



História e política pública de saúde na Amazônia



SÉRIE
SAÚDE & AMAZÔNIA
V.4

**História e política pública
de saúde na Amazônia**

Serie Saúde e Amazônia

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Michele Rocha Kadri
Organizadores

História e política pública de saúde na Amazônia

1ª Edição
Porto Alegre - 2017
Rede UNIDA

H673 História e política pública de saúde / Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017. 214 p. : il. – (Série Saúde & Amazônia)

e-ISBN: 978-85-61175-71-9

DOI: 10.18310/9788566659825

1. Políticas públicas de saúde. 2. Saúde coletiva – Amazonas. 3. Políticas de saúde – Amazonas – História. 4. Sistema Único de Saúde. I. Schweickardt, Júlio Cesar. II. Série.

CDU: 614(811.3)

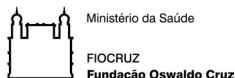
NLM: WA525

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3391-1252 - www.redeunida.org.br

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2016 by Rede Unida



Série Saúde & Amazônia História e política pública de saúde na Amazônia

Organizadores

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Michele Rocha Kadri

Editora Associada da Série Saúde & Amazônia

Renata Flores Trepte

A série Saúde & Amazônia, coleção institucional da Associação Brasileira Rede Unida, pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Digital da Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital>

Coordenação da Série Saúde & Amazônia

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (Lahpsa) - Programa Pesquisador Visitante Sênior Fapeam/ILMD.
Júlio Cesar Schweickardt, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), Fiocruz/Amazonas

Imagem de capa:

Autoria dos artistas visuais Rai Campos - grafiteiro (índio) e Amazon Soares - grafiteiro (pássaro), sendo a foto de Diogo Lagroteria .

A obra Mural Amazônia Urbana é uma colaboração dos artistas na busca de mudar os espaços públicos da cidade, contribuindo com uma estética popular e democrática dos espaços urbanos. Essa obra foi pintada num viaduto da cidade de Manaus e representa a cultura indígena na relação com natureza e a modernidade.

A série Saúde & Amazônia é organizada e coordenada pela Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida) e pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/ Fiocruz Amazonas.

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Sumário

APRESENTAÇÃO

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla,
Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Michele Rocha Kadri..... 11

CAPÍTULO 1

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO AMAZONAS: DA ZONA FRANCA AO SUS, 1967-1990

Júlio Cesar Schweickardt e Ludmila Rolim Martins 17

CAPÍTULO 2

CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE SERVIÇOS NO INTERIOR DO AMAZONAS: A EXPERIÊNCIA DO SESP E DA FSESP

Amandia Braga Lima Sousa 43

CAPÍTULO 3

A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO ESTADO DO AMAZONAS

Julio Cesar Schweickardt 71

CAPÍTULO 4

HISTÓRIA DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO AMAZONAS: A CRIAÇÃO DO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA - CECON, 1974

Lucia Regina de Azevedo Nicida 105

CAPÍTULO 5

A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO AMAZONAS

Raquel Maria Navarro 129

CAPÍTULO 6

AIDS: A EMERGÊNCIA NO AMAZONAS

Michele Rocha Kadri 157

CAPÍTULO 7

HISTÓRIA E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA AMAZÔNIA COMO CAMPO DE PESQUISAS

Júlio Cesar Schweickardt, Michele Rocha Kadri,
Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla..... 183

AUTORES..... 209

APRESENTAÇÃO

O estudo da história e suas conexões com a saúde no campo teórico e empírico da Saúde Coletiva mobiliza a produção conceitual e metodológica. Os estudos aqui reunidos pretendem contribuir nesses dois aspectos. Têm origem num processo de seleção de manuscritos, que foram submetidos à avaliação de pares e resulta nos seis capítulos iniciais, somados a um capítulo final de caráter analítico que busca sistematizar as contribuições dos textos iniciais. É preciso destacar que há semelhanças e diferenças importantes entre os manuscritos e os contextos em que foram produzidos. Se, por um lado, coincidem com um encontro institucional num programa de formação em pesquisa, por outro são distintos em termos de vinculação institucional dos autores, principalmente entre diversos serviços de assistência e instituições de ensino e pesquisa, diversas abordagens metodológicas, diversos campos empíricos. Essas características ampliam a relevância da coletânea, que se tornou significativa das abordagens contemporâneas sobre história e políticas públicas de saúde.

Alguns autores têm atuação em instituições de ensino e pesquisa no estado do Amazonas na área da Saúde Coletiva e outros são vinculados a gestão do sistema de saúde em diversos municípios e Estado, bem como em diferentes serviços da atenção básica à atenção especializada. O que os une, na diversidade de vínculos em um ou outro dos conjuntos de instituições descritas é a determinação de produzir aproximações entre a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico com o sistema de saúde. Pensar na história como o campo onde se desenvolve o pensamento para aproximações entre os sistemas de ensino e ciência e tecnologia e de saúde constitui uma singularidade nos textos apresentados na coletânea.

Os textos reunidos na presente obra são resultados das pesquisas desenvolvidas pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Dea-

ne, órgão vinculado à Fundação Oswaldo Cruz. Textos produzidos a partir de dissertações de mestrado no Programa de Pós-Graduação Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. O Laboratório tem como linha de pesquisa ‘História e Políticas Públicas de Saúde na Amazônia’. A presente obra vem fortalecer e divulgar a produção científica em torno desta área de pesquisa.

Os trabalhos utilizaram método de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com atores-chave nos seus respectivos campos. A pesquisa documental contou com documentos oficiais de governo (leis, decretos, resoluções e relatórios de gestão), incluindo documentos das instituições pesquisadas, além de reportagens de jornais escritos da época que ajudaram a contextualizar o momento histórico em análise. Válido também foram os documentos produzidos por instituições da sociedade civil (atas de reunião, panfletos, relatório de atividades), importantes registros que ajudam a compreender que antes de ser um interesse de saúde pública, o assunto era uma questão a ser enfrentada pelos sujeitos, individual ou coletivo, afetados pela doença. A pesquisa documental é revitalizada e toma potência de campo empírico relevante nessas pesquisas.

Os pesquisadores envolvidos em cada um dos projetos apontam que a história presente está na memória de atores que participaram da constituição e desenvolvimento das políticas, sendo esses representantes dos movimentos, trabalhadores de saúde, gestores, usuários. A informação desses atores complementa os dados encontrados da documentação oficial, que nem sempre são de fácil acesso público e que representam a visão do Estado.

Ao reunir as produções para realização deste livro, ficou claro que dois eventos foram marcantes na história da saúde no Amazonas, trazendo mudanças significativas na história das políticas: a criação da Zona Franca de Manaus - ZFM e toda a profunda mudança que a sua implantação significou na forma de organização da sociedade e das estruturas de governo no estado, e a criação do

Sistema Único de Saúde (SUS), como elemento que reorientou todo o processo de organização e gestão da saúde.

O capítulo de abertura traz uma análise da história da saúde no Amazonas no período entre as décadas de 1960, momento de reorientação do modelo de desenvolvimento e ocupação do território amazônico durante os governos militares incluindo implantação do modelo Zona Franca na cidade de Manaus, até a década de 1990, ano de regulamentação e início da implantação do SUS. A ZFM alterou toda a dinâmica de organização e ocupação do estado do Amazonas, não só pelo aumento de fluxo migratório do interior e de outros estados para capital, e toda demanda de serviços e infraestrutura que o movimento exige, mas também pelo impacto no fluxo financeiro e fiscal do estado. Além de analisar o que isso significou no campo da saúde, o texto também conclui que o Amazonas não superou o paradigma histórico da forte preocupação com as doenças transmissíveis. Ainda assim, o investimento feito tem sido muito mais substancial da construção e ampliação da rede de atenção hospitalar do que atenção básica. Apesar do SUS trazer enfoque da saúde na atenção básica, persiste o modelo centralizador de gestão da saúde, sendo esta uma característica do SUS no Amazonas.

O capítulo seguinte trata sobre o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), posteriormente transformado em Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP. Foi o primeiro serviço a implantar uma rede fixa de assistência à saúde no interior do estado, a partir de 1942, de forma sistemática e permanente com ações voltadas não apenas para combate de endemias ou serviço de vigilância, mas também de educação sanitária, saneamento do meio e formação de profissionais de saúde. O texto traz a análise de que embora o Serviço tenha surgido com o propósito de “manter saudáveis” os soldados da borracha, ocupantes de tão vasto território, foi o mais importante prestador de saúde às populações do interior do estado durante quase meia década e que só perdeu sua razão de existência em 1990 com a implantação do SUS.

Outro tema abordado é a história da hanseníase, um agravo que vem sendo um dos maiores desafios como doença transmissível que ainda é endêmica no Amazonas. O terceiro capítulo analisa a política de hanseníase adotada no estado a partir de 1867, com a criação do Umirisal, passando pelos esforços na assistência e estudos liderados do médico Alfredo da Matta, até os dias atuais de atuação da fundação estadual que leva seu nome - Fundação Alfredo da Matta.

O quarto capítulo aborda a história da política de controle do câncer, com enfoque especial na criação do Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (CECON). O câncer é uma doença não transmissível de grande relevância para saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. O texto analisa que as primeiras ações de assistência aos doentes eram financiadas pela Liga Amazonense de Combate ao Câncer (LACC) e que a atuação dessa entidade foi fundamental para criação do serviço de referência para toda a Amazônia Ocidental na assistência oncológica. Permanece o desafio de facilitar acesso às ações de controle e assistência do câncer no interior, uma vez que a instituição de referência localizada na cidade de Manaus, não consegue promover ações permanentes e com a capilaridade em rede de atenção à saúde.

O tema acerca da Saúde Mental vem destacando o movimento de vanguarda conduzido no estado por alguns profissionais de saúde em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica desde década de 1970. A autora analisa que apesar do pioneirismo do Amazonas na criação da Política Estadual de Saúde Mental e da Lei Estadual que a regulamenta, ainda não se efetivou completamente a Reforma Psiquiátrica que depende em grande parte da articulação política e técnica entre Estado e municípios.

O capítulo sexto apresenta o tema da política de Aids no Amazonas. Traz análise a partir de três perspectivas: I) as diretrizes do Programa Nacional como orientadora em grande medida da resposta local à epidemia; II) decisões políticas na priorização dos temas de saúde pública marcaram a história desta doença no estado, e;

III) a participação dos movimentos sociais de pessoas infectadas ou afetadas pela doença na construção da resposta local à epidemia, entendendo que a mobilização da sociedade civil organizada no Brasil contribuiu ativamente na organização do programa nacional.

Os resultados das pesquisas permitiram a percepção de questões recorrentes em relação a construção e execução das políticas públicas de saúde no estado do Amazonas, impactando no controle e na assistência em saúde para a população. Neste sentido, realizamos uma síntese de abordagem analítica a partir dos referenciais da área da história e políticas públicas. Destacamos alguns marcadores que têm influenciado na construção da agenda governamental em saúde no Amazonas nos diferentes períodos da história.

A investigação na linha de ‘História e Políticas Públicas na Amazônia’ nos trouxe algumas questões: lacunas nas produções científicas sobre história das doenças, das instituições de assistência e políticas de saúde no estado. Pesquisar história é um misto de “caça ao tesouro” e “jogo de quebra-cabeça”. Uma pista – documento, fala de entrevistado, matéria de jornal – faz referência a outra fonte, outra pista. Aos poucos “as peças vão encaixando-se e a figura vai tomando sentido, a história vai fazendo sentido.

A organização da presente obra busca contribuir com o Sistema Único de Saúde, a partir da história das políticas públicas de saúde no estado do Amazonas, superando a visão da região amazônica como lugar de ausências, do abandono e do problema de saúde, mas como o lugar da inovação e da criação de estratégias de fazer saúde no território específico. A história ajuda a analisar o presente com o olhar para o passado. O planejamento de longo prazo do SUS na Amazônia requer localizar suas ações e políticas neste tão singular território.

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Michele Rocha Kadri
Organizadores



CAPÍTULO 1

História das Políticas de Saúde no Amazonas: da Zona Franca ao SUS, 1967-1990

Júlio Cesar Schweickardt

Ludmila Rolim Martins

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a história da política de saúde no Amazonas no período entre 1967, ano de implantação da Zona Franca de Manaus (ZFM), e 1990, ano de regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi realizada em documentos oficiais e relatórios de gestão dos secretários estaduais de saúde e dos gestores das instituições de saúde do Amazonas. A análise da documentação foi realizada com o auxílio de bibliografia na área de políticas públicas de saúde.

As décadas de 1960 e de 1970 foram de profundas mudanças para a região a partir do projeto dos governos militares para a Amazônia. Nesse período foram implantados grandes projetos de infraestrutura socioeconômica como Zona Franca de Manaus, a construção de rodovias como a Transamazônica e de hidrelétricas, projetos de colonização de reforma agrária, Projeto Calha Norte. A proposta foi desenvolver a Amazônia a partir de investimentos e do planejamento estatal ostensivo e impositivo, negando meio de vida e cultura das populações que aqui viviam e entendendo a natureza como algo impeditivo do desenvolvimento da região, sendo portanto algo a ser superado (SCHWEICKARDT, 2011). A ideia de vazio demográfico fez parte da justificativa dos militares, instituições governamentais que teve o slogan de “integrar para não entregar”. Essa construção ideológica traz a negação da diversidade sócio cultural da região:

(...) consolidava-se por meio das Instituições de pesquisa e de desenvolvimento que atuavam na região a ideia de Amazônia como natureza selvagem, desordenada, vazia de homens, que precisava ser ocupada, domesticada e integrada à economia nacional para que pudesse se “desenvolver” (SCHWEICKARDT, 2012, p. 85).

A reorientação no modelo de ocupação regional produzido como parte dessas propostas desenvolvimentista para a região levou a um deslocamento das populações tradicionais das margens das redes hidrográficas para as margens das rodovias e para a periferia das grandes cidades. O crescimento demográfico se deu principalmente nos centros urbanos, que foram influenciados com o processo de expropriação da terra. Por isso, desde a década de 1980, Becker (2005) chama a Amazônia de “floresta urbanizada”. A autora aponta que novos atores sociais surgiram a partir da década de 1990, destacando a atuação dos indígenas na luta pela demarcação das suas terras. Em seguida os atores passaram a exigir outros direitos sociais como a educação e a saúde, garantidos na Constituição Federal.

Os projetos de desenvolvimento econômico também impulsionaram o processo migratório de diversas regiões do país para os estados da região norte, produzindo mudanças nas formas de ocupação da terra e na relação com a natureza. Assim, temos a inclusão de novos sujeitos coletivos nesse cenário, que trazem as suas tradições e práticas culturais. Os vazios não existem, eles estão repletos de seres humanos e não humanos, visíveis e não-visíveis, “gentes” de diferentes formas que habitam, negociam e criam o mundo.

A criação da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), em 27 de outubro de 1966, promoveu a ampliação de incentivos fiscais para as novas indústrias. No entanto, foi em fevereiro de 1967 que se ampliou a “Zona Franca de Manaus como área de livre comércio de importação, exportação e de incentivos fiscais especiais, com a finalidade de criar no interior da Amazônia um centro industrial, agropecuário e comercial” (BENCHIMOL, 1977, p. 492). Segundo Becker, a ZFM representou uma mudança importante na economia,

(...) que passou da exclusividade do extrativismo para a industrialização, com a exploração mineral e com a Zona Franca de Manaus, que foi um posto

avançado geopolítico colocado pelo Estado na fronteira norte, em pleno ambiente extrativista tradicional. Há problemas na Zona Franca, mas hoje ela é grande produtora não só de bens de consumo duráveis, como da indústria de duas rodas, de telefonia e mesmo de biotecnologia (BECKER, 2005, p. 73).

A estrutura urbana da cidade de Manaus não conseguiu responder às novas necessidades que a ZFM trazia, como serviços de saneamento, moradia, educação e saúde. No interior do Estado a carência de serviços de saúde adequados às necessidades da população já era histórica. As unidades de saúde não conseguiam atender a demanda, pois além de ter instalações e materiais precários, havia a recorrente questão da carência de pessoal qualificado para responder aos desafios sanitários característico da região. Para responder aos novos desafios, o Estado do Amazonas necessitou investir em novas instalações de saúde, principalmente na ampliação da rede básica de saúde e de hospitais ao mesmo tempo que passou a investir na formação e qualificação de profissionais de saúde.

Nesse capítulo, discutiremos o cenário nacional das políticas de saúde no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde. Em seguida apresentamos como o Estado do Amazonas respondeu às mudanças que estavam ocorrendo na região Amazônica. A pesquisa documental traz limites porque ao mesmo tempo traz a presença da voz oficial sobre as políticas de saúde e negação de outras vozes. Portanto, fazemos uma leitura crítica dos documentos para poder diversificar os olhares sobre a região.

As políticas de saúde no Brasil anteriores ao SUS

A história recente das políticas de saúde no Brasil é marcada pelo movimento da reforma sanitária e a criação do SUS em 1990, em que se problematizou as ações verticalizadas, a centralização do Governo Federal, a interferência do setor privado na assistência

médico hospitalar e a separação entre a saúde pública e assistência médica hospitalar. As mudanças foram produzidas em modelos de políticas de saúde que se construíram a partir de referenciais nacionais e internacionais.

Na virada do século XX, o problema da saúde pública era a falta de políticas abrangentes para todo o território e população do país, especialmente quando o Brasil era “um país predominantemente rural, com o contingente de analfabetos estimados em 70% no censo de 1920 – analfabetos e doente como apregoavam no movimento sanitarista da época” (LIMA et al, 2005, p.31). Nesse período, a política não era centralizada e cada Estado era responsável pelas ações de saúde, educação e saneamento.

No início do século XX foram criadas duas Instituições de Pesquisas biomédicas e de saúde: O Instituto Soroterápico Federal, transformado posteriormente no Instituto Oswaldo Cruz, em 1908, no Rio de Janeiro, e; o Instituto Butantã, criado em 1901, em São Paulo. Essas instituições são marcos históricos importantes na consolidação das ciências no Brasil e para formalização de políticas nacionais para o combate das principais endemias (SCHWEICKAR-DT, 2011).

Na segunda década do século XX, as expedições científicas para o interior do país foram centrais para o conhecimento da realidade brasileira e também contribuiu para a formulação de políticas para as regiões distantes do litoral. As expedições tinham como objetivo realizar um levantamento das condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essas expedições deram origem ao primeiro movimento sanitarista, que envolveu intelectuais, cientistas e políticos que se envolveram em propor medidas de saneamento para os sertões do país (LIMA, 1999). O movimento sanitarista na Primeira República alcançou importantes resultados no que se refere ao processo de expansão da autoridade estatal sobre o território nos anos de 1910 a 1920, dando condições para a formação da burocracia em saúde pública. Uma

das conquistas desse movimento foi a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNSP) em 1920, dirigido por Carlos Chagas até 1926 (LIMA; HOCHMAN 2004).

Outro produto desse movimento foi a criação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, criando em diversos estados uma estrutura específica para o acompanhamento das endemias rurais. O serviço entendia que as três doenças que afetavam o desenvolvimento do país eram a malária, doença de chagas e a ancilostomíase. Portanto, foram instalados postos rurais que tinham como meta o controle dessas doenças. Segundo Hochman (1998), essa política de saneamento na década de 1920, representou uma oportunidade para que o estado nacional estivesse presente em regiões distantes da capital federal, lançando as bases para uma política de saúde pública nacional.

A implantação de política nacional no período da Primeira República representou um processo de negociação dos seres federativos, pois a jovem república estava formando as relações entre as regiões e a nação. O período entre 1910 e 1930 foi marcado pelo desenvolvimento das políticas que priorizaram o saneamento, com o envolvimento das elites na discussão dos graves problemas sanitários do país. O Estado do Amazonas foi um exemplo disso, com a presença de diversas comissões locais e nacionais que realizaram o saneamento da cidade de Manaus. Além disso, duas viagens científicas foi feitas com o objetivo de propor um plano de saneamento para o Vale do Amazonas: em 1920 com Oswaldo Cruz no Rio Madeira e entre 1912 e 1913 com Carlos Chagas em diferentes calhas de rios (SCHWEICKARDT, 2011).

No primeiro governo de Vargas (1930-1945) um marco nas políticas sociais do Brasil foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). O cenário político, a partir da década de 1930, sofreu transformações no campo da saúde, principalmente pelas alterações no cenário político. A criação de novos órgãos e a reformulação dos existentes contribuiu com o fortalecimento de

“uma estrutura centralizada e hierárquica com intuito de estabelecer mecanismo para normalizar e controlar a execução das atividades de saúde em todo o país” (LIMA et al, 2005, p. 43).

Em 1941, foi realizada uma reforma administrativa no MESP, resultando na verticalização das ações de saúde, centralização e ampliação da base territorial da ação do Governo Federal. A estrutura foi caracterizada por ações e campanhas verticalizadas até 1956. Nessa reorganização foram criados os serviços nacionais da Lepra, da Tuberculose, da Febre Amarela, da Malária, da Peste, das Doenças Mentais, e da Educação Sanitária (BRASIL, 2006).

Para o combate das endemias rurais, foi criado em 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). As campanhas foram direcionadas para o combate da Boubá, Esquistossomose, Tracoma, Helmintoses, Doença de Chagas. O DNERu incorporou os programas que eram coordenados pelo Departamento Nacional de Saúde, no combate à malária, febre amarela e peste. O Combate à febre amarela foi assumido pela Fundação Rockefeller através de um convênio com o governo federal, no período entre 1932 a 1939, para diferentes regiões do país, com destaque para o Nordeste (BRASIL, 2006). As endemias rurais voltaram à agenda nacional depois do movimento sanitário da segunda década do século XX. Assim, novas e antigas doenças passaram a fazer parte dos programas nacionais.

No período de 1945 a 1964, os discursos políticos na área da saúde pública estavam relacionados com o argumento da pobreza, pois havia um entendimento que a possibilidade de desenvolvimento estaria na superação das condições sanitárias do país. Não havia informação e dados sobre o estado sanitário do país, o que dificultava uma avaliação da realidade desses discursos e uma base para a formulação de políticas públicas. Nesse período, o país era predominantemente rural e o combate das endemias rurais e das doenças transmissíveis continuava a ser a principal preocupação da saúde pública (LIMA; HOCHMAN, 2004).

A criação do DNRu possibilitou a centralização num único órgão a organização e a sistematização do combate das doenças rurais, tendo o foco nas doenças das coletividades, em especial das endemias rurais que eram entendidas com um obstáculo para o desenvolvimento de um país ainda marcadamente rural. A coordenação dos serviços resultou em conquistas como a erradicação do transmissor da Febre Amarela e da Varíola. Não foram tão bem sucedidas as tentativas da erradicação da Malária e da Lepra pelo caráter endêmico dessas doenças e também pela falta de uma vacina (LIMA et al, 2005).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde que antes estava junto com a Educação no Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, criado em 1930. O Sistema Nacional de Saúde foi implantado a partir de 1964, no início do governo militar e se caracterizou pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. A saúde pública não foi prioridade para o governo, com características conservadoras, limitando-se a uma em campanhas que tinham pouca eficácia. Segundo Escorel et al (2005), a população das regiões metropolitanas sofria com o regime sócio-político, produzindo péssimas condições de vida e apresentando altas taxas de mortalidade. A repressão política “atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória, falta de financiamento e fechamento de centro de pesquisas” (idem, p.61).

Em 1970, foi criado a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) que incorporou o DNERu e a Campanha de Erradicação da Varíola. Nesse mesmo ano foi instituída a Fundação Oswaldo Cruz, incorporando o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), a Fundação de Recursos Humanos para a saúde, posteriormente passou a se chamar Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Instituto Fernandes Figueira (IFF) (BRASIL, 2006). O perfil da política continua sendo vertical, com a centralização das instituições

que pudessem responder às demandas nacionais. Por outro lado, o “massacre de Manguinhos”, com a demissão de pesquisadores da Fiocruz que não estavam alinhados com a política governamental, representou o autoritarismo vigente no país.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social teve seu período de “expansão em números de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história” (SCOREL et al, 2005, p. 61). Os recursos eram emprestados pelas empresas privadas aos previdenciários, sendo os serviços médicos pagos por Unidade de Serviço. Esses pagamentos se tornaram fonte de corrupção e o dinheiro público financiou inúmeras clínicas privadas.

No campo da saúde pública e da assistência médica, o governo militar intervinha na eficácia gerencial e na estrutura técnica, reduzindo ainda mais a ampliação das ações de saúde. Foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), à semelhança do Conselho de Desenvolvimento Econômico e o Ministério da Previdência e Assistência Social. No entanto, a criação dessas instituições permitiu a contratação de pessoas com pensamentos antagônicos aos vigentes, permitindo o questionamento às políticas. “Por esta brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da Saúde e da Previdência Social” (SCOREL et al, 2005, p.66).

Em 1973 alguns acontecimentos marcaram a política de saúde pública como: a certificação da erradicação da varíola no país, a institucionalização do Programa Nacional de Imunização (PNI), instituição do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva no âmbito da Fundação Serviço de Saúde Pública e a descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para as Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2006). No Amazonas, o hospital de tuberculose foi gerenciado pela União, sendo que, em 1979, passou para um modelo de cogestão estado e união.

O governo de Geisel (1974-1979) iniciou uma estratégia política que possibilitou ao movimento sanitário o surgimento de propostas para ampliar acesso à saúde para toda a população. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) tinha como objetivo a interiorização das ações de saúde, atraindo profissionais médicos para o interior. A sua principal área de atuação foi a região, principalmente nos municípios que não interessavam aos setores privatizantes da medicina. As estruturas contavam “como uma rede de minipostos e ações de saneamento, constatou-se a extrema dificuldade de sustentação e manutenção desta rede, sem articulação com níveis mais complexos” (SCOREL et al, 2005, p.70).

O governo de João Figueiredo (1979-1985), o último presidente militar, iniciou o processo de abertura política. Em 2 de setembro de 1981, foi criado órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, denominado Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), para organizar a assistência médica. Esse órgão “deveria sugerir critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor saúde, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, bem como analisar e avaliar a operação e o controle da Secretária de Assistência de Médica da Previdência Social – em resumo, diminuir e racionalizar os gastos (SCOREL et al, 2005, p. 73).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde deu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde, trouxe como tema o debate sobre a separação do INAMPS do Ministério da Saúde, “a Previdência Social deveria ater-se às ações próprios do seguro social, enquanto a saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características” (SCOREL et al, 2005, p.78). Os recursos da saúde ainda teriam uma fonte no INAMPS, mas a proposta era que o Ministério da Saúde tivesse suas próprias fontes de recursos. Como um desdobramento da conferência, criou-se, em julho de 1987, “o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentra-

lização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária” (SCOREL et al, 2005, p.79) . Essas seriam as bases do SUS na Constituição de 1988 e sua regulamentação em 1990.

A política de saúde no Amazonas: capital e interior

Com o advento da Zona Franca de Manaus houve um declínio do extrativismo e uma aposta num novo modelo econômico, produzindo um forte êxodo rural e a atração de migrantes de outras regiões do país para Manaus. No início do século XX até a década de 1960 a população aumentava entre 20 a 25% a cada 10 anos. Nos dez anos seguintes essa taxa salta para 80 a 100%, passando de aproximadamente 173 mil em 1960 para aproximadamente 312 mil no início de 1970 e, em 1980, já tinha em torno de 634 mil habitantes.

A cidade de Manaus passa a crescer em direção às “terras firmes”, num modelo de planificação mista entre um plano de desenvolvimento do Estado e uma ocupação espontânea da cidade. São planejados bairros para a nova classe média que chegava a Manaus e, ao mesmo tempo, a cidade cresce a partir de “invasões” e ocupações de espaços na zona leste e norte e as encostas dos igarapés (CARNEIRO FILHO, 2000). Esse rápido crescimento da cidade trouxe consequências para as políticas e os serviços de saúde. As respostas às novas demandas se deram através da criação de Instituições de saúde e da ampliação da rede de hospitais no interior do Estado.

Em períodos anteriores, o Amazonas teve duas experiências de estruturação de serviços de saúde que atenderam tanto a área urbana como a região do interior do estado. A primeira foi na década de 1920, quando o Estado fez um convênio com o Governo Federal para a criação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural no Amazonas. Nesse período foram criados postos rurais e itinerantes nas principais calhas de rios do Amazonas (SCHWEICKARDT, 2011). A segunda experiência foi a criação do Serviço Especial Saúde Pú-

blica (SESP), em 1942, no contexto da segunda guerra mundial, quando foi houve uma grande mobilização populacional para trabalhar na extração da borracha na Amazônia, vindos principalmente do Nordeste e foram conhecidos como “soldados da borracha”. O SESP criou uma infraestrutura de serviços de saúde e saneamento em diferentes regiões da Amazônia, contribuindo não somente para a assistência como também para a formação de recursos humanos (SOUSA; SCHWEICKARDT, 2013).

A rede de saúde em Manaus, em 1971, era constituída por três dispensários para atendimento especializado: Alfredo da Matta para hanseníase, Cardoso Fontes para Tuberculose, Eduardo Ribeiro para Saúde Mental. Os hospitais eram os seguintes: Hospital Geral Getúlio Vargas, o Hospital Colônia Antônio Aleixo, Hospital Infantil Dr. Fajardo, Hospital de Isolamento Chapôt Prevost, Maternidade Ana Nery. Os Postos de Saúde estavam localizados nos seguintes bairros: Adrianópolis, Boulevard Amazonas, Glória, São Raimundo, Santa Luzia e São Jorge. Os Hospitais faziam coleta de exames, atendimentos, internações, partos, operações. Cada hospital desenvolvia seu próprio sistema de atendimento à população. Devido ao crescimento populacional, segundo o Relatório do Secretário de Saúde na época, a rede não estava respondendo mais à demanda (RELATÓRIO, 1971). Os hospitais filantrópicos como a Beneficente Portuguesa, Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Militar atendiam grande parte da população, mas não eram de administração direta do governo do Estado do Amazonas.

As condições de atendimento à saúde do interior também eram precárias tanto pelo limite da rede básica e hospitalar. As políticas de saúde sofriam com a falta de continuidade das ações preventivas, pois eram diversas instituições que prestavam a assistência médica. A estratégia utilizada pelo Estado para realizar os serviços no amplo território do Amazonas foi firmar diversos tipos de convênios com: Igreja Católica, SESP, Instituições filantrópicas, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e instituições de gestão federal como

o hospital de tratamento da tuberculose. Na gestão do Secretário de Estado Antônio Ricci, entre 1971 e 1974 foi ampliada a rede de ambulatorios e laboratórios nos bairros em parcerias com o INPS, com paróquias católicas e governo federal (RELATÓRIO, 1974).

A justificativa que o estado utilizava para o atendimento limitado no interior era a grande dimensão territorial, o que gerava a dispersão populacional, carência de infraestrutura socioeconômica e a falta de pessoal especializado. Esses elementos dificultavam a realização de medidas preventivas, principalmente as doenças transmissíveis. As doenças como malária, leishmaniose, tuberculose e hanseníase figuravam como agravos que se perpetuavam desde o início do século XX. Portanto, o desafio não era novo, mas ganhou novas dimensões com os projetos de desenvolvimento no governo militar.

A partir da década de 1980, o Estado adotou o modelo de Fundações como modelo jurídico. As instituições existentes foram transformadas em: Fundação Alfredo da Matta, Fundação de Hemoterapia do Amazonas, Fundação Centro de Controle de Oncologia, Fundação de Medicina Tropical, Fundação Hospital Adriano Jorge. Esse modelo surgiu para fugir da burocracia rígida das instituições públicas, entretanto, com o tempo as estruturas dessas Fundações também tiveram que seguir as regras da gestão pública.

Nesse período, algumas ações de saúde foram descentralizadas do governo federal para os estados. Os programas que tiveram uma tentativa de descentralização foram: Programa de Controle da Hanseníase; Programa de Controle da Tuberculose; Programa Integrado de Saúde Mental; Programa Nacional de Imunização, principalmente em relação à meningite e poliomielite e raiva humana; Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino; Prevenção de Cárie Dentária; Programa de Nutrição em Saúde. O Estado do Amazonas promoveu a descentralização para os postos da capital e para os municípios do interior, com o apoio das Unidades de Saúde e das instituições parceiras. No interior as parcerias foram realizadas com

as Prelazias, Fundação SESP, Superintendência da Borracha – SUDHEVEA e as prefeituras dos municípios (RELATÓRIO, 1981). A descentralização ainda não passava pelo princípio da municipalização, mas por uma necessidade de realizar a assistência para um território extenso e para uma cidade em crescimento territorial e populacional. A descentralização foi, portanto, uma estratégia gerencial centralizada, pois era comandada pela gestão estadual.

A preocupação do governo local, nesse período, estava ainda direcionada para a assistência hospitalar, o curativo em detrimento do preventivo. As iniciativas de prevenção estavam reduzidas aos serviços de imunização e de saneamento. A exceção a esse modelo foi o SESP, pois tinha uma filosofia de educação sanitária, prevenção e saneamento, além das ações de assistência. O modelo de assistência curativa somente foi questionado com a criação da política da atenção básica em saúde, a partir da criação do SUS. Apesar disso, a atenção básica foi implantada definitivamente no interior do Estado somente a partir da década de 2000.

Estrutura e Programas de Saúde no Amazonas

Na gestão do Secretário de saúde José Leite Saraiva (1967-1971) foi implantado o Sistema Estadual de Saúde, passando a controlar e acompanhar as unidades de saúde. Nesse período foi criado o Programa de Implantação de Unidades Médicas no Interior (PIUMI), tendo como principal medida a importação da Inglaterra, em 1967, de 43 unidades médicas pré-fabricadas para atender as necessidades de infraestrutura no interior do Estado. As estruturas inglesas tinham uma concepção de arquitetura tropical que poderiam ser utilizadas tanto nas ex-colônias europeias na África e na Ásia, assim como na América do Sul. José Leite Saraiva viajou até Londres para comprar as Unidades.

A empresa responsável pela montagem desses pré-fabricadas foi a Kosmos Engenharia. As estruturas eram divididas em: Tipos I

e II sem leitos e Tipos III e IV com 10 e 30 leitos respectivamente. Ainda havia um ½ tipo IV com 15 leitos. As unidades pré-fabricadas tinham uma estrutura metálica, piso em cimento, revestimento de plástico, paredes externas em liga de alumínio ondulado e internas de compensado especial, com colchão de fibra de vidro entremeado, forro com placas de metal leve e telhado de alumínio ondulado. As portas eram de madeira e as janelas eram teladas com basculantes de vidro. Móveis, utensílios, instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias também eram de origem inglesa. As Unidades tinham ainda um motor de luz com potência variável e um reservatório de água de estrutura de ferro e um sistema de cloradores individuais.

No entanto a falta de pessoal técnico para a realização de todas as atividades e as funções definidas por cada uma das estruturas, principalmente para os tipos III e IV foi um obstáculo. Não havia profissionais em número suficiente para atuar no interior. Por outro lado, como hoje, os profissionais qualificados resistiam em trabalhar no interior, principalmente para os municípios mais distantes que tinham uma infraestrutura reduzida, exigindo uma logística e um transporte caros.

Em 1975, somente 1 Unidade do tipo IV com 30 leitos estava funcionando no município de Coari. As demais acabaram por ser instaladas na capital, principalmente do tipo I, e em outros municípios do interior. Muitas não foram concluídas ou ficaram armazenadas. Vinte e oito Unidades permaneceram embaladas e armazenadas em Manaus, com um plano de distribuição para o interior. Até março de 1975, dos 43 municípios existentes no período, 13 já possuíam alguma estrutura de Saúde. Nesse ano, a gestão estadual alterou o plano original das unidades pré-fabricadas, atendendo localidades do interior que não tinham unidades de saúde.

As unidades hospitalares de todos os tipos, gerenciadas pelos municípios, estado ou outras instituições, em 1975, estavam assim distribuídas: Coari com uma Unidade tipo IV, destinada a assistência integrada; Manacapuru com uma unidade especializada, registrada

como “Eliza Souto”, com 12 leitos; Itacoatiara tinha uma unidade especializada com 15 leitos, registrado como Maternidade “Cunha Mello”, em regime de administração indireta através da Prelazia; Tefé tinha uma unidade hospitalar com 42 leitos em regime de administração indireta através da Prelazia; Borba tinha um ambulatório para atendimento curativo, feito por pessoal auxiliar treinado; Fonte Boa possuía um ambulatório para atendimento curativo feito por pessoal auxiliar treinado.

As unidades, no mesmo ano, que pertenciam a outras instituições eram as seguintes: Parintins tinha uma unidade mista com capacidade para 45 leitos pertencente à Fundação SESP, funcionando em regime reduzido com 24 leitos; Benjamim Constant tinha uma unidade hospitalar com capacidade para 45 leitos, que era uma antiga unidade mista da Fundação SESP, mas que estava sendo administrada pelo Comando Militar da Amazônia, em regime de assistência reduzida; Humaitá possuía uma unidade hospitalar pertencente à Prelazia Nullius com capacidade para 25 leitos; Maués tinha um hospital em Construção com capacidade para 24 leitos e era administrada pela Prelazia, mas ainda tinha uma maternidade em construção com capacidade para 12 leitos, que era administrada pela Prefeitura e Unidade Sanitária da Fundação SESP. Manacapuru tinha uma Unidade Sanitária da Fundação SESP para assistência preventiva; Itacoatiara possuía uma Unidade Sanitária da Fundação SESP para assistência preventiva; a região do Alto Rio Negro tinha um hospital no município de São Gabriel da Cachoeira, um em Santa Isabel do Rio Negro e outra em Barcelos; São Paulo de Olivença o hospital estava em construção pela Prelazia do Alto Solimões, com capacidade para 25 leitos; Carauari possuía um pequeno ambulatório da Paróquia. Outros municípios receberam as unidades pré-fabricadas, porém as obras foram paralisadas por falta de recursos (RELATÓRIO, 1975).

A Capital, em 1975, contava com a seguinte estrutura hospitalar de gestão estadual: O Hospital Getúlio Vargas com 283 leitos;

Hospital Infantil Dr. Fajardo com 115 leitos; Maternidade Ana Nery com 100 leitos; Hospital Colônia Antônio Aleixo com 1.200 leitos; Hospital Colônia Eduardo Ribeiro com 250 leitos; Hospital de Isolamento Chapot Prevost com 45 leitos; Hospital de Moléstias Tropicais com 57 leitos; e Centro de Controle do Câncer com 32 leitos. Vale destacar que Manaus concentrava 57% dos estabelecimentos hospitalares e 91% dos leitos. O poder público sustentava a totalidade dos leitos de longa permanência (lepra, tuberculose e doentes mentais), sendo 74% mantidas pelo Estado. No Estado existiam 187 facultativos, dos quais 167 estavam atendendo na Capital, e no Interior, havendo somente 20 médicos, 3 enfermeiras e 3 técnicos em laboratório (RELATÓRIO, 1975).

No sentido de aumentar a capacidade de atendimento foi implantada uma política de aumentar os leitos de curta e longa permanência tanto na capital como no interior. De acordo com os dados em 1971, existiam 1042 (Leitos do Governo do Estado, Particulares e Outros) passando a 1888. Distribuídos em Hospitais, Dispensários, Maternidade e Unidades Mistas. Os leitos de longa permanência eram referentes à pacientes irrecuperáveis, que, em março 1971, contavam com 1.690 leitos.

A rede de unidades sanitárias na Capital contava com cinco postos para atendimento ambulatorial (São Raimundo, Santa Luzia, São Jorge, Adrianópolis e Parque 10), três dispensários para atendimento especializado (Hanseníase, Tuberculose e Doenças Mentais) e um Centro de Saúde Central. Devido ao rápido crescimento de Manaus, com o surgimento de novos bairros, a rede sanitária tornou-se insuficiente para atender a grande demanda populacional. Até março de 1975, aumentou-se a carga horária de atendimento que era de 4 horas para 8 horas diárias, desenvolvendo-se atividades puramente ambulatoriais e atividades básicas de saúde pública. Para diminuir a lotação nas outras redes, foram criados mais sete ambulatorios (Alvorada, Morro da Liberdade, Santo Antônio, São Lazaro, São Francisco – Petrópolis, Bouvard Amazonas e Japiim).

No bairro Japiim, próximo ao Distrito Industrial, foi criado além de serviço ambulatorial, o atendimento 24 horas e uma Central de Medicamentos. Todas as unidades existentes receberam recursos para reformas e expansão de suas estruturas (RELATÓRIO, 1971-1974).

Em 1978, a Secretaria de Saúde do Estado desenvolveu outra estratégia para ampliar as ações de saúde para o interior que foi o Programa de Unidades Móveis Flutuantes. Essas unidades faziam parte do convênio com a Superintendência da Borracha, que buscava incentivar a produção da borracha na Amazônia. Assim, o Estado tinha como meta auxiliar a assistência às famílias na promoção, proteção e recuperação da saúde e indiretamente contribuir com a fixação do seringueiro no interior.

O Programa prestava serviços a partir de três unidades fluviais distribuídas nas seguintes calhas de rio: Seringueiro I – Rio Madeira com sede em Manicoré; Seringueiro II – Rio Juruá com sede em Eirunepé; Seringueiro III – Rio Purus com sede em Lábrea. As unidades tinham uma estrutura de consultórios médico e odontológico, laboratório, cozinha, almoxarifado e acomodações para a equipe. Cada unidade tinha no seu quadro: um médico; um odontólogo; uma enfermeira que coordenava as ações locais; auxiliar de patologia clínica; dois atendentes de enfermagem; um contra mestre fluvial; um marinheiro fluvial, um cozinheiro e um taifeiro. As ações de saúde envolviam atividades de assistência médico-odonto-sanitária, controle e acompanhamento de casos de hanseníase e tuberculose, câncer cérvico uterino, supervisão e avaliação dos agentes rurais, que desenvolviam atividades de atenção primária (RELATÓRIO, 1982). Portanto, a estratégia de barcos de saúde e, posteriormente, de Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF foram aplicadas para responder às demandas e as características do território da Amazônia.

A operacionalização do convênio com a SUDHEVEA iniciou em 1978, com a implantação da primeira unidade fluvial no Vale do Purus, aumentando a cobertura das ações de saúde básica em regiões de difícil acesso aos serviços de saúde. As ações foram estendi-

das para as unidades fluviais Seringueiro I, II, II, que tinham apoio de agentes de saúde rural distribuídos em postos nos vales do Madeira, Juruá e Purus. A função dos agentes de saúde era dar noções básicas de saúde à população e servir de apoio às unidades móveis. Em 1982, vale do Rio Madeira tinha 76 agentes de saúde, o vale do Rio Purus tinha 38 e o vale do Rio Juruá contava com 26 agentes (RELATÓRIO, 1982). A novidade desse programa foi o apoio do Agente de Saúde no território, ou seja, um precursor do Agente Comunitário de Saúde – ACS da política de Atenção Básica atual.

Em 1983, foi criado o programa de Desenvolvimento Rural Integrado - PDRI que tinha como objetivo reduzir a mortalidade geral e infantil, além da mortalidade por doenças transmissíveis, através de medidas de saúde coletiva e ambiental. Foram desenvolvidas ações de saneamento básico e assistência médico sanitária, que visavam a melhoria das condições de vida e saúde do pequeno produtor. A PDRI tinha a intenção de promover o desenvolvimento regional através de ações da saúde (RELATÓRIO, 1983). O PDRI ainda realizava cursos de formação de agentes de saúde e treinamento de parteiras, além de promover a implantação de postos de saúde. Na questão do saneamento, implantava fossas higiênicas e poços semi-artesianos nas comunidades rurais.

Em 1984, o Estado iniciou o processo de regionalização de alguns programas e serviços de saúde, que tinha como objetivos racionalizar, disciplinar e operar a rede de serviços, buscando a melhoria da prestação de serviços de saúde. Com a finalidade de assistência a população rural do Estado e sendo a Secretaria o órgão responsável pelos serviços à saúde, foi elaborada a proposta de implantação da política de regionalização da saúde. Os serviços eram desde os mais simples efetuados nos Postos e Centros de Saúde até aos mais complexos prestados em Hospitais de Base e de Especialização. A metodologia de implantação da política de gestão consistia na realização de seminários nas localidades, ou seja, nas sedes regionais,

tendo a participação de técnicos das unidades de saúde envolvidas (RELATÓRIO, 1985).

Foram implantadas nove regiões de saúde, entre 1984 e 1986, no Estado do Amazonas: 1) Regional Metropolitana de Saúde com sede em Manaus; 2) Regional Solimões/Purus com sede em Manacapuru; 3) Regional Médio Amazonas com sede em Itacoatiara; 4) Regional Madeira com sede em Novo Aripuanã; 5) Regional com sede em Barcelos; 6) Regional Solimões/Jutai/Juruá com sede em Tefé; 7) Regional com sede em Lábrea; 8) Regional Juruá com sede em Eirunepé; 9) Regional Alto Solimões com sede em Benjamin Constant (RELATÓRIO, 1985). As regiões seguiram a lógica de calha de rios, tendo uma estrutura administrativa e com a proposta de adequar a política estadual para a realidade em cada região. As regiões possibilitaram a expansão da cobertura de serviços de saúde hierarquizados.

Após a implantação da ZFM, os incentivos financeiros no Estado foram centralizados para desenvolvimento econômico, em detrimento de um investimento no campo da saúde pública. A Secretaria de Estado da Saúde captava recursos provenientes de várias fontes de financiamento. Os recursos de convênio colaboram na complementação do Orçamento total da Secretaria de Saúde, dentre alguns convênios estavam o INAMPS, através das Ações Integradas de Saúde e o próprio Ministério da Saúde, através do convênio específico como a SUDHEVEA, PDRI e INCRA (RELATÓRIO, 1985).

A Secretaria do Estado da Saúde tinha como principal política o modelo assistencial voltado para as Unidades Sanitárias e Hospitalares da Capital e do Interior. A partir do início na década de 1990, no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, as unidades assistenciais do INAMPS foram transferidas para Secretaria Estadual de Saúde, através da assinatura do termo de cessão. Em 1991 foi um período de transição de administração no nível de governo e Secretaria de Estado. Foi implantado o Sistema Integrado de Atendimento de Emergência (SIATE); ampliação do Serviço de Pronto

Atendimento para o Centro de Saúde Coroado e outros já existentes. Foi providenciado o abastecimento de todas as unidades básicas e hospitalar na capital e interior: medicamentos, material permanente de consumo médico hospitalar, cirúrgico e odontológico e de expediente; recuperação de veículos, aparelhos e equipamentos de oftalmologia, Raio X, odontológicos, cirúrgicos, de laboratório e fisioterapia (RELATÓRIO, 1991).

Nesse ano, foram assinados pelos municípios 52 Termos de Adesão ao SUS e 33 Termos Aditivos, formalizando o processo de descentralização da gestão à saúde. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, a SESAU assumiu as tarefas que antes foram de competência do INAMPS. Para dar sustentação aos municípios se criou o projeto Pró-Saúde, que tinha como objetivo promover o reordenamento das unidades primárias e proporcionar a melhoria da qualidade do atendimento à população, assegurando as ações de desenvolvimento de recursos humanos e implantação de um sistema de gerenciamento eficiente (RELATÓRIO, 1991).

E a política continua...

As políticas de saúde no Brasil foram marcadas, no período anterior ao SUS, pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica. A saúde pública, com ênfase na atenção básica, somente foi efetivamente desenvolvida a partir da criação do SUS, no decorrer da década 1990. No Amazonas, a efetiva implantação da Atenção Básica nos municípios do interior ocorreu a partir da década de 2000. Antes desse período, o modelo de assistência à saúde pode ser resumido em algumas características: centralização das ações da saúde no hospital, campanhas de erradicação de doenças, convênios das instituições do Estado com o sistema de Previdência Social, diferentes instituições faziam parceria com o Estado para prestar serviços à saúde nas diferentes regiões.

A implantação da ZFM desencadeou o movimento migratório do interior do Amazônia e de outras regiões para Manaus, gerando problemas na oferta de serviços de saúde para a grande demanda que se criou. As políticas públicas de saúde não conseguiram dar uma resposta rápida para essas mudanças, pois o projeto ZFM estava pautado na expansão do parque industrial e da zona de comércio e pouco investimento na oferta de serviços.

O Estado do Amazonas seguia a política nacional de combate às endemias rurais e das doenças transmissíveis, que eram tidas como obstáculos ao desenvolvimento regional. A marca dos programas nacionais eram as campanhas de erradicação de doenças. Na capital houve a criação das instituições de referência para o tratamento e controle das doenças como a Fundação de Medicina Tropical e a Centro de Oncologia do Amazonas. A FMT se tornou uma importante referência para o tratamento, pesquisa e a formação de profissionais na área da medicina tropical. A instituição foi convidada a intervir nos canteiros de obras de infraestrutura da cidade, devido às epidemias que foram geradas pela derrubada e invasão da floresta.

Observamos nos documentos do período analisado que havia uma forte preocupação com as doenças transmissíveis e as condições de saneamento tanto na capital quanto no interior. No entanto, o investimento maior foi para a ampliação da rede de atenção hospitalar, criação de postos, ambulatorios, treinamento e contratação de pessoal especializado. Houve uma pequena iniciativa com a descentralização de Programas de prevenção às doenças, como da hanseníase, tuberculose e câncer, mas não passaram de iniciativas pontuais de alguns gestores. O Estado utilizou o modelo de instituições de referência que passaram a responder pela política de alguns programas em diferentes áreas da saúde, coordenando a assistência, a formação e a pesquisa.

A implantação do SUS trouxe uma nova realidade para as políticas no Estado do Amazonas, mas a descentralização e a implantação da política de atenção básica foram lentas e, podemos dizer que

ainda permanecem as marcas de um modelo centralizado de gestão pelo Estado. Esse é um capítulo que ainda vamos escrever, pois na história da política precisamos ir criando nossos objetos e problemas de pesquisa.

Referências Bibliográficas e Fontes Documentais

BECKER, B. Geopolítica da Amazônia. **Estudos Avançados**. v.19, n. 53, 2005. pp.71-86.

BENCHIMOL, S. **Amazônia**: um pouco-antes e além-depois. Manaus: Editora Humberto Calderaro, 1977.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2006.

CARNEIRO FILHO, A.. **Manaus e a borracha**. Um exemplo da dinâmica urbana na Amazônia. In: A Floresta em jogo. Os extrativismos na Amazônia Central. São Paulo: Editora UNESP, Imprensa Oficial do Estado, 2000.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R; EDLER, F.C. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.; SUÁREZ, J. (Orgs). Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec: Anpocs, 1998.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. **A saúde na construção do Estado nacional no Brasil**: Reforma Sanitária na perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio; SUÁREZ, Júlio (Orgs). Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. **“Pouca Saúde e Muita Saúde”**: sanitário, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (orgs). Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: Uma introdução. In: Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: 2004.

LIMA, N. T. **Um sertão chamado Brasil**: intelectuais e representações da identidade nacional. Rio de Janeiro: IUPERJ:REVAN, 1999.

RICCI, A. **Contribuição ao Estudo de Aproveitamento da Capacidade Ociosa de Unidades Sanitárias Locais**: Situação no Estado do Amazonas. Tese de doutorado. São Paulo: USP, 1972.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, José Leite Saraiva, Gestão 1967-1970. Manaus: 1971.

RELATÓRIOS DE PROGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE, PROGRAMA SAÚDE E SANEAMENTO, Gestão 1971. Manaus: 1971

RELATÓRIOS DE PROGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE, PROGRAMA DE SAÚDE E SUA IMPLANTAÇÃO, Gestão 1972. Manaus: 1972.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Antônio Ricci, Gestão 1971-1974. Manaus: 1974.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Dr. Carlos Augusto Borborema, Gestão 1975. Manaus: 1975.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Dr. Tancredo Castro Soares, Gestão 1979-1981. Manaus: 1981.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Tancredo Castro Soares, Gestão 1982. Manaus: 1982.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Nelson Antunes de Araújo Filho, Gestão 1983. Manaus: 1983.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Euler Esteves Ribeiro, Gestão 1985. Manaus: 1985.

RELATÓRIOS DA I CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS, 1986. Manaus: 1986

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Euler Esteves Ribeiro, Gestão 1987. Manaus: 1987.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Carlos Augusto Telles de Borborema, Gestão 1990. Manaus: 1990.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Dr. Arnaldo Russo, Gestão 1991. Manaus: 1991.

SCHWEICKARDT, J. C. **Ciência, Nação e Região**: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SCHWEICKARDT, K. C. **Faces do Estado na Amazônia**: entre as curvas no Rio Juruá. São Paulo: AnaBlume, 2012.

SILVA, R. Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961). **Tese de Doutorado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.


SOUSA, A. B. L.; SCHWEICKARDT, J. C. ‘O Sesp nunca trabalhou com índios’: a (in)visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** (Impresso), v. 20, p. 1635-1655, 2013.



CAPITULO 2

CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE SERVIÇOS NO INTERIOR DO AMAZONAS: A EXPERIÊNCIA DO SESP E DA FSESP

Amandia Braga Lima Sousa



Introdução

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)¹, ainda que tenham atuado no Brasil ao longo de quarenta e oito anos e estabelecido uma rede de assistência pública no interior do país, têm sua história ainda pouco conhecida e explorada no campo das pesquisas em saúde pública.

Esse capítulo traz reflexões sobre a política internacional, nacional e local que garantiram a manutenção dessa instituição nessa região. Além disso, explora os processos de trabalho construídos diante das especificidades amazônicas e aponta caminhos que podem ser aprofundados na tentativa de encontrar respostas para a atuação da saúde pública diante da realidade do interior da região amazônica.

É válido destacar que o SESP passou a existir no país a partir do ano de 1942 por meio de um acordo entre os EUA e o Brasil. Inicialmente planejado para ser provisório, estendeu-se após a Segunda Guerra, permanecendo atuante no país até o ano de 1960, quando foi substituído pela FSESP, que, enquanto fundação subordinada ao Governo Central, continuou existindo até o ano de 1990.

Ao longo de suas atuações no país, tanto o SESP, como a FSESP tiveram a região amazônica como espaço prioritário para suas ações. Sob o argumento de combate à febre amarela e malária, que se juntou a interesses políticos que entendiam como estratégico o avanço do governo central para o interior do país naquele período², o SESP encaminhou políticas sanitárias para a região, montou uma rede de unidades e outros equipamentos, construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros e postos de saúde, sistemas de águas e saneamento, normatizou técnicas e procedimentos, contratou e expandiu uma burocracia, estabeleceu convênios para executar e padronizar políticas de saúde formou mão de obra qualificada e promoveu a educação sanitária.

O estado do Amazonas foi um dos primeiros locais onde o SESP iniciou suas atividades, datadas do ano de 1942. No interior desse estado, ele foi responsável pela implantação da primeira rede fixa de serviços de saúde dessa região, construindo os primeiros prédios onde funcionaram as unidades de saúde na maior parte dessas localidades. Além disso, fixou recursos humanos, inclusive profissionais de nível superior, e, em grande parte delas, implantou os primeiros serviços de saneamento e disponibilização de água potável para população.

Interesses Externos e Internos na Fixação e Permanência do SESP e da FSESP no Brasil

O acordo que originou o SESP definia que o mesmo seria custeado com recursos americanos e em parte com recursos nacionais. Na ocasião de sua implantação havia interesses, tanto americanos quanto nacionais, favoráveis ao SESP. Enquanto, no âmbito nacional, as políticas públicas priorizavam centralizar os cuidados com a saúde no país, por outro lado os EUA buscavam uma forma tanto de garantir a produção de borracha, quanto de manter sua influência comercial sobre o Brasil. Campos (2006) analisa que a entrada desse serviço no país aconteceu devido a uma conjugação de fatores muito mais complexa do que apenas um movimento de fora para dentro com interesses norte-americanos se impondo a uma realidade local. Ele analisa a entrada e permanência do SESP e da FSESP em território nacional como parte de uma negociação de interesses que atendeu às demandas internas do momento político do país, bem como, ao desejo norte-americano de estar presente nessa região.

O SESP tem seu funcionamento no país regulado pelo Decreto-lei nº. 4.275 de 1942, que estabeleceu em sua cláusula primeira que o serviço teria a seguinte função:

O saneamento do vale amazônico, especialmente profilaxia e os estudos da malária no vale do Ama-

zonas e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da região; o preparo de profissionais para trabalho na saúde pública, compreendendo aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiras de saúde pública e o treinamento de outros técnicos; a colaboração com o Serviço Nacional de Lepra, e por intermédio deste, com as repartições sanitárias estaduais, para o combate da Lepra. (Decreto-lei n.º 4.275 de 1942)

Essa agência, ainda que subordinada ao então Ministério da Educação e da Saúde, teve garantida sua autonomia. Conforme Bastos (1996), essa autonomia possibilitava flexibilidade para ajustar-se às variedades de tarefas que eram necessárias ser cumpridas. Entretanto, a atuação do SESP não fugiu do que havia sido previsto na agenda do governo central. “... a trajetória do SESP nunca deixou de estar afinada aos interesses do regime Vargas de fortalecimento do Estado nacional e de desenvolvimento econômico do país” (CAMPOS, 2006, p. 56).

Os mesmos interesses presentes na implantação do SESP reafirmaram o desejo pela sua permanência no período pós-guerra. A conjuntura internacional desse momento apresentava vantagens aos EUA na manutenção de seus programas na América Latina. Nesse período, os EUA enxergavam como vantajoso a expansão dos mercados para os produtos americanos e o controle das epidemias. Por outro lado, o Brasil também mostrou-se favorável à manutenção do acordo em saúde, que, na época, continuava coadunando com os interesses políticos internos.

Com relação à expansão do SESP no território brasileiro até 1948, a instituição teve sua atuação limitada aos estados do Amazonas, Pará, Territórios Federais e o Vale do Rio Doce, o que Bastos (1996) denomina como primeira fase do SESP. A seguir, segundo esse autor, o SESP vivenciou uma fase denominada de “fase de ex-

pansão” que se caracterizou pelo aumento da sua influência sobre o restante do país por meio de ações de saneamento do meio ambiente, assistência médica, educação para saúde, controle das doenças transmissíveis e treinamento de pessoal, profissional e auxiliar.

Após o ano de 1946, o SESP procurou, com apoio fundamental dos municípios e estados, ajustar-se aos princípios de uma “saúde pública moderna”⁷⁴ Essa forma de atuar estava baseada na constituição vigente que previa a autonomia dos estados. Neste sentido, o SESP ficava responsável por supervisionar a criação e reprodução das unidades de saúde, que posteriormente seriam entregues à administração do estado. Entretanto, os custos operacionais das Unidades de demonstração que vinham sendo mantidas pelo SESP nos vários estados da União, impediam que esses serviços fossem absorvidos pelas administrações estaduais, o que levou ao não cumprimento do que estava acordado com a maioria dos estados.

No decorrer desse período, o SESP passa a ter um gradativo aumento da participação nacional no seu sustento e uma diminuição do capital externo. Em 1960 encerrou por completo o Convênio Internacional que o mantinha, de forma que a saída encontrada pelo governo para continuar dispondo desse serviço foi transformá-lo em Fundação.

Neste novo modelo, o Serviço passou a responder diretamente ao governo federal, sendo que, por meio do Decreto-lei n.904 de 01/10/69 foi retirado o “especial” do seu nome passando a se chamar Fundação Serviços de Saúde Pública. A Fundação deu continuidade às ações que vinham sendo realizadas pelo SESP desde 1942. Entretanto, conforme a Lei n°. 3.750/60 passou a dar prioridade para as seguintes ações: organização e operação dos serviços de saúde pública e assistência médico hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvessem programas de valorização econômica, sempre que os serviços não constassem dos órgãos federais; estudo, projeção e execução de empreendimentos relativos à construção, ampliação ou melhoria de serviços de abastecimento

d'água e sistema de esgotos; desenvolvimento de um programa de educação sanitária nas localidades onde mantivesse unidades sanitárias; desenvolvimento de programas em cooperação com os estados, o Distrito Federal, os territórios ou os municípios, visando à higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública.

A condição de fundação deu para a FSESP maior autonomia e possibilidade da instituição qualificar-se com liberdade, sendo possível a aplicação de novos métodos e a realização de novos estudos que puderam ser incorporados à rotina de trabalho (BASTOS, 1996). É válido considerar que o SESP já tinha 18 anos de atuação quando foi transformado em Fundação, sendo necessário ressaltar que durante o decorrer desse período muitas coisas foram sendo modificadas da ideia original do serviço, inclusive sua base de funcionamento, originada a partir de preceitos do sanitarismo americano. Com as mudanças advindas do momento histórico e político do país, a FSESP fez ajustes visando adequar o serviço a esta nova realidade. Em 1964 os militares tomaram o poder e neste contexto foi promulgado o Decreto Lei n.º 200 de 1967 que criou o Ministério da Saúde e estabeleceu como sua competência a formulação e coordenação da política nacional de saúde. Desde o final da década de 1960 e primeira metade da década de 1970, viveu-se no país um período de expansão da privatização que trouxe impactos para o funcionamento da FSESP.

Diante dessas realidades, a FSESP sobreviveu à custa de manobras políticas e outras oportunidades de preservação institucional. Em 1964, houve uma ajuda do governo por meio da Lei n.º 4.441/64, que assegurou recursos para manutenção da Fundação, inclusive para novas perspectivas de trabalho. Nesse mesmo período foram dissolvidos os Serviços Cooperativos de Saúde e realizados novas formas de acordos com os estados. Entretanto, a FSESP passou ao longo dos anos a sofrer restrições orçamentárias, o que provocou um enfraquecimento na sua atuação.

Essa situação foi agravada com a criação de uma Divisão de Engenharia, dentro do Ministério da Saúde que concorreu com as ações de engenharia sanitária executadas pela FSESP, culminando com a transferência dessas ações para o Instituto Evandro Chagas. Na mesma linha, em 1974, foi implantado o Plano de Pronta Ação do Ministério da Previdência e Assistência Social – PPA, que previa a expansão dos serviços médicos contratados, ampliando a rede pública. Essa nova forma de lidar com a saúde pública desconsiderou por completo a existência da FSESP e não desenvolveu conexões com sua rede instalada.

Mesmo com enfraquecimento da FSESP, em 1986 essa agência comemorou os resultados alcançados no país. O serviço havia atingido 600 municípios, contando com quase 800 unidades de saúde e com 11 mil servidores espalhados nos estados. Destaca-se que 97% dos municípios assistidos pela FSESP tinham menos que 50 mil habitantes e em 200 localidades havia mais de mil habitantes. Além disso, a FSESP se consolidou como agência formadora, o que garantiu entre os anos de 1942 e 1986 a formação superior de 8.183 profissionais, além de ter possibilitado a realização de atualizações e aperfeiçoamentos de 14.623 profissionais de nível superior e 6.619 profissionais de nível médio. (BRASIL, 1987).

Além desses resultados, a análise do percurso desse serviço apresenta a criação de técnicas específicas de assistência médico-sanitária, como é o caso da integração do controle da tuberculose e da hanseníase, que tornaram-se modelos nas atividades básicas de saúde pública. A introdução da profilaxia do câncer de útero, a montagem de bancos de sangue simplificados e o aperfeiçoamento dos indicadores de saúde, todas as inovações trazidas pelo SESP e a FSESP que foram incorporadas às formas de fazer saúde no país. Além disso, destaca-se sua atuação na área de pesquisa que resultou em projetos com temas que variavam desde o estudo de arboviroses na área do Projeto Carajás à ecologia e epidemiologia da leishmaniose visceral na Região Amazônica. Em 1990, a FSESP foi

incorporada à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) no processo de criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), por meio da Lei n.º 8.029 de 12 de abril daquele ano.

Processos de Trabalho do SESP e da FSESP no Amazonas

As ações desenvolvidas pelo SESP na Amazônia foram realizadas a partir do Programa da Amazônia⁵ que passou a existir ainda em 1942. A existência desse programa teve como foco o aumento da produção de borracha na região, que acreditava possível com a melhoria das condições de saúde da população. Assim, o SESP se instalou nessa região com um objetivo claro de aumento de produção e vislumbrava a melhorias das condições de saúde da população como forma de garantir esse aumento.

De forma tímida e com sede em Belém, foi criado o escritório do Programa, que segundo Bastos (1996), ficou dividido em três setores: Pará, Amazonas e Acre. Logo em seguida, foi reorganizado em dois, tendo o Setor Pará sede em Belém e o Setor Amazonas sede em Manaus. Cada setor era composto de distritos sanitários e cada distrito era composto por postos de higiene.

Na época, o desafio do Governo de Getúlio Vargas era aumentar a produção anual de látex de 18 mil para 45 mil toneladas, como previa o acordo feito com os Estados Unidos. Devido à carência de mão-de-obra, o Governo ficou responsável por promover a vinda de migrantes do nordeste para a Amazônia. Em razão dessa necessidade, em dezembro de 1942 foi criado o Programa de Migração do SESP, que ficou encarregado de realizar a seleção dos migrantes fisicamente capazes, prover assistência médica nos postos do Departamento Nacional de Imigração (DNI) e pelas boas condições sanitárias nos alojamentos (BASTOS, 1996).

Por outro lado, o aumento na produção de borracha implicava em ter que lidar com a Malária. Esta já vinha sendo alvo de combate por parte dos governos local e central desde o início do século XX

(SCHWEICKARDT, 2009). Com a assinatura dos acordos com os EUA, as ações contra a malária foram intensificadas, tendo o SESP como responsável pelo combate à doença no vale. Dentre as primeiras ações do SESP no combate à malária destacou-se a busca de estratégias de intervenção no meio-ambiente. O serviço também organizou formas de fazer chegar o medicamento às populações, o que implicou na construção de uma vasta rede distributiva. Como estratégia de longo prazo, o SESP iniciou a construção de uma rede de unidades sanitárias no Vale Amazônico. De acordo com Campos (2006), em fins de 1942 o SESP já havia implantado 10 postos de saúde no Vale, acrescido de mais 14 postos no ano seguinte. Dessa forma, as pretensões do governo Vargas tornavam-se realidade, constituindo a presença dos profissionais nessa região uma garantia do contato das populações com o poder público nacional.

Para instalação das ações do SESP foi necessário a construção de prédios desde suas fundações devido falta de infraestrutura nas comunidades do interior (Figura 01). Nesses locais não havia sequer construções que pudessem ser utilizadas para residência do pessoal técnico e administrativo, ao mesmo tempo em que, na maioria, não havia prédios públicos disponíveis para instalação do SESP.

Em Boletim do SESP, datado de julho de 1951, constam matérias que foram divulgadas pelo jornal da Folha Carioca do Distrito Federal. Na reportagem “Higiene sobre o Amazonas” o SESP destacou três municípios do vale amazônico: Abaetetuba, Cametá e Benjamin Constant, e descreveu como as unidades de saúde trouxeram transformações para estas localidades.

O significado do que representou o SESP para a região é ressaltado por Campos (2006) quando afirma que a presença do SESP na Amazônia implicou na sua ocupação territorial e econômica.

No Estado do Amazonas, entre os anos 1942 a 1945, o SESP implantou serviços (Figura 02) nos municípios de Manaus, Fonte Boa, Benjamin Constant, Eirunepé, Lábrea, Parintins, Uaupés, Manicoré, Itacoatiara, Maués e Tefé, além de subpostos nos municí-

pios de Envira, Carauari, São Paulo de Olivença e Borba (BASTOS, 1996). Conforme os anos se passaram, seguindo o que aconteceu nos demais estados do país, o SESP e depois a FSESP realizaram obras de saneamento e prestação de serviços à saúde que foram atingindo outros municípios do estado de forma gradativa. Os municípios do Amazonas, em sua grande maioria, utilizavam água direto do rio, sendo que em muitos deles a atuação do SESP foi a primeira iniciativa de algum tipo de tratamento da água para consumo. Em abril de 1946, o SESP iniciou a construção dos primeiros sistemas de abastecimento de água no Estado do Amazonas, começando pelas sedes dos municípios de Itacoatiara e Parintins (MIRANDA e TABOSA, 1948 apud AZEVEDO, 2007)

O SESP foi responsável pela criação de uma rede de serviços no interior do Amazonas que passou a atuar de forma permanente. A implementação dessa rede foi algo inédito para o interior do estado, marcado historicamente pela ausência de profissionais de saúde ou com sua presença de forma esporádica e com enfoque curativo. A abrangência desse serviço nos municípios pode ser percebida a partir dos seus relatórios datados do período de implantação do SESP, que retratam um número significativo de atendimentos realizados, inclusive com visitas a domicílios, notificações de doenças transmissíveis e realização de ações de educação em saúde (FSESP, s.d)

Chama atenção nos relatórios do SESP e da FSESP o profundo conhecimento sobre os locais onde atuavam e a organização dos seus processos de gestão. Antes de executar suas ações, os profissionais faziam um diagnóstico do local, reconhecendo os serviços de saúde existentes, a quantidade de moradores, as doenças prevalentes, as condições econômicas e de saneamento e as causas de mortalidade. Esses dados eram coletados e mantidos dentro dos serviços, sendo conhecidos por todos os funcionários que ficavam responsáveis pela sua atualização. Posteriormente, eram reunidos e consolidados pela gestão, que os incluía nos relatórios anuais, os quais eram usados como base para construção de metas para os anos seguintes de tra-

balho. Com relação a esse fato, destaca-se um comentário de um médico da FSESP:

“... nós trabalhávamos programações, fazíamos programação antecipada e éramos muito cobrados pelas metas a serem alcançadas na área de imunização, cobertura de gestantes, pré-natal, doenças infecciosas e saneamento. Havia uma programação e um acompanhamento sistemático por parte da diretoria regional.” (Pollari, 2 jul. 2010).

O SESP devido à sua estrutura de trabalho e organização, estabeleceu nesses serviços a mesma padronização exigida em âmbito nacional. Conforme previsto no Manual 09 das Instruções Técnicas e Administrativas do Programa da Amazônia as visitadoras deveriam abrir uma ficha da família para todas as famílias residentes na cidade (Figura 03). Essa forma de acompanhar a saúde nos domicílios e a preocupação com as doenças transmissíveis foram marcas da sua forma de atuar no interior do estado. Essa estratégia tinha como base as orientações contidas no Relatório dos anos 1942 a 1959, das localidades trabalhadas pelo SESP no território brasileiro, apresentado ao ministro da saúde (FSESP, s.d.). Um exemplo dessa forma de atuar é visível no seu funcionamento no município de Itacoatiara, que naquele período, contando com 4.166 pessoas, teve um quantitativo de 1.906 pessoas - quase metade da sua população - atendidas pelo menos uma vez ao ano pelo SESP. Além disso, constava nesse relatório as notificações dos casos de malária, lepra, puru-purú e tétano encontradas naquele município.

Com relação à sua produção, destaca-se no relatório anual do SESP, datado de 1950, que naquele ano haviam sido realizadas 592 visitas domiciliares em Itacoatiara, 526 em Parintins e 208 em Maués (FSESP, 1950).

A partir de análises de artigos produzidos por cientistas que retratavam o SESP no início de sua atuação, Vilarino (2008) traçou al-

gumas perspectivas comuns desse serviço, dentre elas a necessidade da superação médico-sanitária que representava o desenvolvimento para o país, a prioridade de medidas de saneamento, o conceito de saúde, que levava em conta aspectos físicos, mentais e sociais, responsabilidade individual e da sociedade pelo estado da saúde/doença e valorização da atuação coordenada dos técnicos.

Muito além da prestação de assistência à saúde, a atuação do SESP nessas localidades contemplou a realização de obras sanitárias que representavam uma intervenção na maneira de funcionamento desses municípios, em alguns casos chegando a interferir na elaboração de leis para o município. É o que se depreende do Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 4º trimestre de 1951, que relata a transformação em Lei da exigência do “Habite-se” do SESP para a instalação das privadas no município de Tefé (FSESP, 1951). Nesse mesmo relatório, consta que em Itacoatiara, o SESP inaugurou banheiros, lavanderias públicas e realizou a reforma do Mercado, o que demonstra o grau de intervenção do SESP nessas localidades. Neste ano o SESP contabilizava 22 postos e 26 sub-postos nos estados do Amazonas e do Pará. Nesse ano, o controle e profilaxia da lepra nos municípios desses estados passou a ser responsabilidade do SESP.

No que diz respeito à fixação dos profissionais, é no mínimo curioso como essas instituições, conseguiram manter trabalhadores, especialmente de nível superior, oriundos de outras localidades do país, residindo no interior do estado do Amazonas. A visita aos documentos institucionais e a narrativa de seus profissionais aponta como uma das possíveis explicações para esse fato, o sentimento de estarem assistidos, valorizados e com possibilidades de se desenvolverem nas suas carreiras. Isso se revela desde a contratação dos mesmos, quando são acompanhados, introduzidos no serviço, treinados, e posteriormente, com a convivência direta de profissionais mais antigos ao longo das suas atuações. Também destaca-se quanto a este assunto, a possibilidade de progressão na carreira e

de continuidade dos estudos que eram incentivados pelos serviços, conforme comenta médico sobre sua formação durante a atuação na FSESP: “Tive, tive sim, a gente fazia muito curso voltado para nossa formação, fiz curso de especialização em pediatria, fiz curso de saúde pública, epidemiologia”. (Pollari, 2 jul. 2010).

O sentimento de pertencimento à instituição e de valorização profissional pode ser evidenciado também na fala dos seus funcionários de nível médio, é o que se depreende da fala de uma visitadora de Saúde FSESP: “Foi o início da saúde naquele município, foi uma época muito boa; as pessoas trabalhavam por amor à instituição” (Sousa, 2 jul. 2010). O que se destaca nas suas narrativas é que a autodenominação *seespiano* é dita com orgulho para destacar a participação de um modelo que era, no entendimento desses profissionais, exemplo de funcionamento de serviço.

É válido ressaltar que o SESP e a FSESP tinham preocupação com a regionalização das suas atividades, montando desenhos para conformação da sua rede de atendimento. A Revista da FSESP de 1975 mostra essa realidade (Figura 04), que pode ser observada através da estratégia de divisão de unidades periféricas que seriam responsáveis pelas ações básicas de saúde, preventivas e curativas, estas, eram unidades que funcionavam em caráter permanente, com ou sem médico, entretanto, seu funcionamento era assegurado por outras unidades de maior porte que complementavam suas atividades, bem como, proporcionavam orientação e supervisão a cada uma de suas ações. Segundo dados dessa revista, essa conformação das unidades teria sido responsável pela diminuição da mortalidade infantil e dos óbitos em menores de cinco anos naquele período.

Um dos pontos fortes da atuação do SESP, bem como da FSESP foi o trabalho com a educação sanitária (Figura 05). Na concepção do serviço, segundo Cardoso (2009), a educação sanitária caberia a todos os profissionais da unidade de saúde. No interior do Amazonas, foi criada extensa rede de serviços, que passou a atuar de forma permanente, com destaque para profilaxia de doenças transmissíveis.

veis, sobretudo helmintoses, malária e gripe. A seção Educação Sanitária atuou na instalação de bibliotecas nos centros de saúde, com o claro objetivo de incentivar a leitura sobre assuntos de higiene, mas também de funcionar como local para exposição de slides-sounds e cinema. Outra estratégia de educação era a criação dos clubes de saúde, que tinham como finalidade difundir o ensino da higiene e criar consciência sanitária entre as novas gerações, sendo as escolas o espaço privilegiado para a educação sanitária (FSESP, 1946-1947). A ação educativa tinha interesses na modificação dos hábitos culturais da população regional.

Segundo Cardoso (2009), a educação sanitária apoiou a implementação da política de saúde pública do Sesp, que, seguindo um padrão de formação, conseguia atuar nas práticas cotidianas da população rural, transformando seus hábitos e costumes, e modificando sua vida a partir de uma nova consciência sanitária. Como destaques dessa intervenção, constam nos relatórios do SESP e da FSESP alguns resultados das suas ações, dentre estes, citam, como exemplo, o caso do município de Maués que no início de 1946 contava com três hortas e no final do ano, devido os trabalhos educativos do SESP, passou a contar com quarenta hortas nos quintais dos moradores da cidade. Outro fato destacado nesse mesmo município, foi a mudança de hábitos de higiene, dentre eles, os cuidados de lavar as mãos e andar calçado (FSESP, 1947).

Essa forma de atuar tinha como base o entendimento que a busca pela saúde seria o único caminho que levaria o desenvolvimento a estas populações. Para isso, elas deveriam dominar o ambiente e higieniza-lo, conceito adotado pelo SESP, bem como da FSESP, que destacava a medicina preventiva com privilégios frente à medicina curativa.

Entretanto, ainda que o SESP e a FSESP tivessem como uma das suas principais bandeiras a defesa das medidas sanitárias básicas, a proposta de transformação da realidade da população atendida não envolveu o questionamento sobre as condições socioeconômi-

cas que tinham impacto sobre a saúde das mesmas. Ao invés disso, havia uma cobrança para uma mudança individual das pessoas sem questionamento sobre os impactos políticos e econômicos que estavam relacionados à saúde dessas populações, sendo esta uma das principais críticas ao modelo de trabalho do SESP e da FSESP.

Em 1960, ano que o SESP viria a se transformar em Fundação, este atuava em 24 municípios no estado do Amazonas e atendia 466.781 pessoas, o que representava 65,1% da população. Neste estado, o serviço contava com 14 Postos, 12 Sub-postos e 01 hospital. Os postos estavam localizados nos municípios de Alvarães, Benjamin Constant, Itacoatiara, Boca do Acre, Borba, Coari, Eirunepé, Lábrea, Manacapuru, Manicoré, Maués, Parintins, São Paulo de Olivença e Tefé; os sub-postos, em Barreirinha, Canutama, Carauri, Codajás, Fonte Boa, Frederico Veiga, Humaitá, Itapiranga, Novo Aripuanã, Urucará, Urucurituba e Parintins; e o hospital funcionava no município de Benjamin Constant.

Em 1965, o serviço teve que elencar prioridades para seu trabalho em virtude da contenção de recursos. Nesse momento, a FSESP escolheu o abastecimento de água, a assistência à gestante e à criança de 0 a 4 anos e o controle das doenças transmissíveis como sendo suas prioridades. Nesse período, foi formalizado número de profissionais nas unidades, que deveria ser proporcional ao número de habitantes de cada localidade. Assim, ficou definido que: localidades com até 2500 habitantes não teriam necessidade da presença de médicos, somente 1 visitadora de saúde; população acima de 25.000 justificava um médico permanente, sendo considerado necessário 1 visitadora para cada 5000 habitantes. Essa divisão também levou em conta a restrição orçamentária pela qual vinha passando a fundação (FSESP, 1965).

Em 1986, passaram a ter menos contratações no nível médio em virtude de restrições governamentais, ao mesmo tempo que passou a existir uma rotatividade de profissionais que nunca tinha acontecido dentro do serviço. As visitas de enfermagem nesse período,

realizadas em menor quantidade, passaram a ser delegadas às Visitadoras de Saúde. Conforme relatório datado deste ano, a conjuntura nacional encontrava-se desfavorável para a continuação da FSESP, agravado pelas críticas que vivenciava o Ministério da Saúde.

Em documento que analisa qual perfil deveria ter a Fundação, datado de 1988, fica descrita a preocupação de como este serviço seria inserido dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), surgido naquele ano. É válido ressaltar que a implementação do SUS previa a diminuição das ações executadas de forma direta pelo governo federal, remetendo aos municípios e estados tais responsabilidades. No documento intitulado: “Fundação Sesp: um novo perfil institucional”, datado de 1988, o serviço traz uma reflexão sobre sua atuação, nele indica que a instituição teria como continuar seus serviços, sugerindo que na esfera estadual pudesse participar da vigilância epidemiológica, na assessoria técnica de áreas específicas e assumir unidades que pudessem ser executoras da política nacional, já no âmbito municipal, esse documento dispõe que a FSESP poderia se responsabilizar por suas unidades de saúde e sistema de água e esgoto, prestar assessoria técnica e administrativa, colaborar com o município na solução de seus problemas e na capacitação de recursos humanos. A FSESP ainda continuou funcionando até o ano de 1990, quando foi extinta e suas atribuições, acervos e recursos foram transferidos para a recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Encontros e Desencontros da Metodologia Sespiana e as Especificidades de Saúde do Interior do Amazonas

O SESP e a FSESP realizavam seleção e contratação de pessoal, primando que os profissionais residissem nos locais onde iriam trabalhar, ou pelo menos o mais próximo possível. Esse fator era considerado importante para implantação e continuidade do serviço, além disso, o enxergavam como vantagem pelo fato de contribuir na

fixação das pessoas ao meio rural e atenuar os problemas de migração. Essa forma de selecionar e contratar foi possível com o pessoal auxiliar, entretanto, no que diz respeito aos profissionais de nível superior isso tornou-se impossível visto que nos pequenos municípios, localizados em áreas rurais, dificilmente havia profissionais disponíveis para atuação dentro dos serviços (FSESP, 1973).

Para seleção dos profissionais o SESP e a FSESP realizavam provas, avaliações físicas e entrevistas. Para o cargo de Visitadora Sanitária especificamente, dentre os critérios, estava o de ter entre 16 e 28 anos e ser solteira ou viúva (casadas somente com autorização do marido), ter concluído o primário, além de atributos de ordem pessoal que eram avaliados a partir de um questionário com 50 perguntas. Esse questionário tinha intenção de conhecer as concepções e práticas da mesma e observar se coadunavam com os preceitos da medicina. Dentre as questões presentes na prova para visitadoras, haviam questões sobre suas crenças e avaliação do seu caráter. No que diz respeito à exigência de formação para as Visitadoras, o estudo de Teixeira (2008) evidenciou uma ênfase na ordenação moral e higiênica, havendo obrigação das visitadoras em espelhar o espírito do sanitarismo dentro das comunidades. Isso pode ser observado na forma como SESP e a FSESP selecionavam seus profissionais, buscando filtrar na entrada desses serviços, aqueles que pudessem se enquadrar na rígida disciplina de trabalho estabelecida por essas instituições e estivessem dispostos a abandonar suas crenças pessoais assumindo compromisso com objetivos da saúde pública como seus.

Logo após a seleção, os profissionais passavam por treinamentos que enfatizavam a parte prática. Nesses, havia uma continuidade do processo de seleção com ênfase na forma de trabalho regida pelas normas do serviço. A exigência do SESP e da FSESP são reconhecidas na literatura e podem ser observadas na fala de uma visitadora de saúde que atuava no município de São Paulo de Olivença:

“É acompanhada por uma enfermeira ou médicos observando as nossas práticas de trabalho para ver se a gente atendia a expectativa da instituição.” (Sousa, 2 jul. 2010).

Os médicos contratados, ao ingressarem, recebiam um treinamento de quarenta dias que englobava conhecimentos sobre a área burocrática do serviço. Dentre esses médicos, 85,1% declararam que seus conhecimentos não eram suficientes para exercer a prática curativa e preventiva nas unidades locais, em sendo assim, ao longo de sua atuação recebiam prioritariamente treinamentos nas disciplinas de traumatologia, cirurgia, clínica obstétrica e ginecológica, anestesia, radiologia e nas áreas de tuberculose e pediatria (FSESP, 1974).

“Eu aprendi em cinco anos de interior o que eu não aprendi em cinco anos de SUSAM, a lidar com as pessoas, conhecimento da parte administrativa, conhecimento de compreender e entender a legislação...” (Guimarães, 17 jun. 2010).

A exigência de uma sólida formação foi uma marca do SESP e da FSESP ao longo de seus trabalhos desenvolvidos no Brasil. As imposições para ingresso, faziam com que muitos profissionais não conseguissem concluir os cursos iniciados. Um exemplo disso pode ser constatado no curso de Visitadoras realizado em Itacoatiara no ano de 1946, onde das 20 candidatas que iniciaram, somente 13 conseguiram concluir o curso, tendo como justificativas mais frequentes a existência de candidatas fracas intelectualmente ou que tinham apresentado problemas com a disciplina (FSESP, 1946).

Os profissionais do SESP e posteriormente da FSESP tinham em comum a obrigação de passar por treinamentos para realização do serviço. Esses treinamentos visavam proporcionar o conhecimento indispensável sobre a filosofia fundamental do trabalho a desenvolver e sobre os métodos e técnicas que seriam necessários para

executar as ações previstas. Os profissionais eram cobrados também no que diz respeito a parte organizacional e burocrática do serviço.

O que se observa a partir dos relatórios desses serviços é que o treinamento sempre foi uma peça chave para a condução dos trabalhos, e que, foi utilizado como forma de introduzir os profissionais dentro das normas presentes nesses serviços visando unificar sua forma de trabalho (FSESP, 1975). Além do treinamento, o que se depreende dos depoimentos é a existência de um acompanhamento muito próximo aos profissionais o que reforçava que os mesmos mantivessem um padrão de atendimento, ao mesmo tempo que se sentiam apoiados e reforçados no cotidiano de suas ações.

O SESP e a FSESP foram caracterizados como entidades detentoras dos melhores profissionais da área prestadora de serviços de assistência médica e profilática, bem como serviços introdutórios de técnicas de saneamento (FSESP, 1976). A qualidade de seus serviços e dos servidores também é reconhecida na fala de uma médica da FSESP:

“... era o serviço de ponta, o melhor serviço que tinha ainda hoje nossos profissionais, justiça seja feita a gente tem que tirar o chapéu, são servidores bem formados, são servidores que vestiam a camisa.” (Guimarães, 17 jun. 2010).

No que diz respeito à atuação desses profissionais, diante das especificidades amazônicas, se constatou um despreparo dos mesmos com relação aos aspectos culturais com os quais tiveram que se deparar atuando no interior do estado do Amazonas naquele período. Conforme Maio e Lima (2009) estava dentro das prioridades do SESP e da FSESP lidar com as questões culturais, entretanto, esses fatores eram considerados um empecilho para alcançar melhorias na saúde e, por sua vez, um entrave para que conseguissem se desenvolver. Ao observarmos uma tabela que elenca assuntos abordados para treinamento dos médicos, entre os anos de 1963 a 1972, não consta qualquer menção a temas referentes a cultura das pessoas

atendidas (FSESP, 1976). Teixeira (2008) destaca a ausência de conteúdos relacionados aos aspectos humanos na formação das Visitadoras de Saúde e dos Guardas Sanitários, pertencentes ao município de Itacoatiara (AM). “Afinal, as pessoas a serem trabalhadas pelas visitadoras não são consideradas, pelo menos não é abordado na descrição do curso, como portadoras de razão ou sensibilidade, reduzidas que foram a potenciais veículos de microorganismos patológicos, nem tampouco em sua especificidade sociocultural, sendo pressupostas como genericamente desprovidas de educação sanitária e de condições de vida e saúde.” (TEIXEIRA, 2008, p. 973).

Em análise dos manuais de formação dos Guardas de Saúde e das Visitadoras Sanitárias do SESP, Teixeira (2008) destaca o autoritarismo presente na atuação desses profissionais, o Guarda Sanitário com os aspectos materiais e as Visitadoras de Saúde com os aspectos humanos.

O contraste entre as normas e padrões exigidos nos treinamentos do SESP e da FSESP e a realidade amazônica com a qual convivem esses profissionais está presente na fala dos mesmos, conforme uma visitadora de saúde relata:

“porque lá na área indígena é o seguinte: você faz treinamento em hospital com maca, tudo numa boa mas no interior não, os ticuna quando vão fazer parto eles fazem de cócoras, não deitam não, aí tu já encontra impacto” (Araújo, 2 jul, 2010)

Esse encontro com as culturas do interior amazônico não consta nos documentos oficiais do SESP e da FSESP, entretanto ele é marcante na fala dos seus profissionais que tiveram que criar estratégias para lidar com essa realidade.

“Enfermeira não adianta a senhora colocar remédio porque foi feitiço e não vai curar. Tá bom, mas a gente vai colocando remédio assim mesmo, aí eles iam aceitando.” (idem)

Na atuação do SESP e da FSESP no Amazonas destaca-se a predominância dos seus atendimentos no interior dos municípios (Figura 06). Sua atuação na área rural dos municípios era superior aos atendimentos realizados nas áreas urbanas desses locais. Esse fato indica que esses profissionais tiveram que atuar diante das realidades do interior amazônico. A médica da FSESP relata um pouco de como eles tinham que lidar com isso:

“eu sei que eu tinha minhas anotações para poder me comunicar às vezes não ia interpretar e era o jeito ou por meio de sinais ou de desenhos e as receitas tu imagina eu desenhava luas e sóis, uma beleza o sol, desenhava um comprimido, um copo, uma tigela, sei lá o que fosse pra que desse pra entender, dentro do possível se procurava fazer vendo a questão do humano mesmo” (Guimarães, 17 jun. 2010)

O Que Podemos Aprender com o SESP e a FSESP na Construção da Saúde Pública no Interior do Amazonas

O SESP e a FSESP significaram para o país o avanço das políticas públicas de saúde na direção do atendimento às populações rurais. O estudo de seu funcionamento nos permite enxergar erros e acertos, funcionando como um balizador para pensar caminhos que visem a implantação de políticas públicas, em especial, para o interior do país.

No Amazonas, considerando a atuação dessas instituições ao longo de todo o vale amazônico, o reconhecimento de suas histórias, possibilita encontrar respostas para problemas atuais relacionados à implantação de políticas públicas de saúde que deem conta das especificidades locais.

Acompanhar o trabalho dessas instituições através das narrativas dos seus profissionais e dos seus documentos nos possibilitou reconhecer os méritos do trabalho dessas instituições, em especial,

na gestão dos processos de trabalho, dos quais destaco os padrões de registros, o conhecimento profundo dos territórios trabalhados, as estratégias de cobertura, o treinamento e o acompanhamento dos profissionais. Outro ponto muito debatido nos dias atuais e que pode ser beneficiado com a experiência do SESP e da FSESP é o tema da fixação de profissionais no interior do país. Com relação a esse tema, é válido destacar que o SESP e a FSESP conseguiram que profissionais de nível superior, oriundos de diversas localidades do país, mantivessem suas residências fixas no interior do Amazonas por longos períodos.

No que tange às ações do SESP e da FSESP frente às especificidades culturais da região, ainda que, ao longo da atuação dessas instituições, a questão da cultura tenha se destacado no âmbito nacional, tendo sido até mesmo contratados cientistas sociais para lidarem com os “problemas” culturais⁶, nos documentos relativos ao Amazonas existe um silêncio quanto a esta questão. O interior do estado ocupado naquele período pela maioria de indígenas não teve essas nem as demais populações locais contempladas em seus relatórios e intervenções.

O silêncio oficial quanto às populações indígenas revela a forma como as mesmas eram enxergadas pelas políticas públicas naquele período. Fruto de um momento histórico que entendia esses povos e suas tradições como transitórios e, de certa forma, invisíveis para atuação da saúde (SOUSA, 2013). Entretanto, na fala dos profissionais, evidencia-se que o contato com essas populações fez parte do seu cotidiano. Destaca-se a contradição entre o disposto oficialmente pela FSESP e a realidade de seus profissionais no interior do estado do Amazonas. Os profissionais, em seus relatos, trazem estratégias criadas por eles para lidarem com essas especificidades e evidenciam a dificuldade que tiveram devido à ausência de preparo nas suas formações para lidar com as diferenças culturais. Além disso, ressalta-se que a falta de institucionalização dessas populações como parte das atribuições do SESP e da FSESP preju-

dicou a visibilidade das diferenças, criando uma falsa ideia de homogeneidade das pessoas atendidas o que dificultou o cuidado em saúde a essas populações. Essa reflexão traz pontos para pensarmos situação semelhante vivenciada atualmente nas políticas públicas de saúde no que diz respeito à inclusão das populações tradicionais.

É válido ressaltar que graças à tradição de registro dessas instituições, seus documentos estão acessíveis, organizados e conservados e além disso, encontram-se catalogados nos acervos pesquisados, o que permite ao pesquisador ter contato com esses temas nos dias atuais. Por fim, para quem se aventurar em aprofundar algum dos temas trabalhados por essas instituições, poderá além dos documentos, contar com o privilégio de entrar em contato com funcionários que atuaram nesses serviços o que torna ainda mais rico e interessante esse percurso.

NOTAS

1 Serviços que atuaram no interior do país, com trabalho voltado para saúde pública, que existiram entre os anos 1942 e 1990, resultado de uma parceria entre o Brasil e os EUA.

2 Nesse período, a permanência do SESP no interior do país coadunava com os interesses da política interna de Vargas de, por meio da saúde, garantir a presença do governo central nessas localidades.

3 Estratégia do SESP de “modernizar a administração sanitária” utilizando-se de convênios com departamentos de saúde estaduais esteve em plena sintonia com as diretrizes das reformas sanitárias implementadas pelo ministro Gustavo Capanema.

4 Compreensão que se destaca na atuação do SESP e da FSESP de que as questões culturais significavam um empecilho para que se atingisse a saúde, e, por conseguinte, o desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES DOCUMENTAIS

ARAÚJO, Hildete Ribeiro. [Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde. 2 jul. 2010.

AZEVEDO, Rainier Pedraça. Cronologia do Sistema de Abastecimento de água no estado do Amazonas. In: 24 Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, Belo Horizonte, 2007.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. **SESP/FSESP: 1942- Evolução Histórica – 1991**, 2 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação SESP. Revista Fundação Serviços de Saúde Pública: 45 anos (Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas). 1987.

CAMPOS, André Luiz Vieira. **Políticas Internacionais de Saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARDOSO, José Leandro Rocha. **Educando os educadores: Ciências sociais e educação sanitária na experiência do SESP (1950-1960)**. Tese (Doutorado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

FSESP. Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório das localidades trabalhadas pelo SESP no território brasileiro apresentado ao Ministro da Saúde (1942- 1959). Acervo Fundação SESP (Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). s.d.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório do Curso de Visitadora Sanitária. Itacoatiara, 1946. Acervo Fundação SESP. (Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). 1946.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório da Seção de Educação Sanitária do Programa da Amazônia, 1946-1947. Acervo Fundação SESP (Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). 1947.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 1º trimestre de 1950. Acervo Fundação SESP. (Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). 1950.

FSESP. Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 4º trimestre de 1951. Acervo Fundação SESP (Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). 1951.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório de atividades da Divisão de Saúde da Comunidade, apresentado pelo diretor Aldo Villas Boas. Acervo Fundação SESP (Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). 1965.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Revista da Fundação SESP. Acervo Fundação SESP. (Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, Manaus). 1973.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Revista da Fundação SESP. Acervo Fundação SESP (Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, Manaus). 1974.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Revista FSESP. Acervo Fundação SESP (Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, Manaus). 1975.

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública. Revista da Fundação SESP. Acervo Fundação SESP (Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, Manaus). 1976.

GUIMARÃES, Elizabeth Socorro Cavalcante. [Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde, 17 jun. 2010.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Tradutores, intérpretes ou promotores de mudança? Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940–1960). **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 2, p. 529-561, 2009.

POLLARI, Humberto da Silva. [Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde. 2 jul. 2010.

SOUSA, Amandia Braga Lima. O SESP nunca trabalhou com índios: A (in) visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação SESP no estado do Amazonas. **História, ciências e saúde-Manguinhos**, v. 20, n. 4, 2013.

SOUZA, Sirley Maria Tourinho. [Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde. Arquivo digital (39min21s). 2 jul. 2010.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. **Ciência, nação e região**: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890-1930) Tese (Doutorado História da Ciência) - Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 965-974, 2008.

VILARINO, Maria Terezinha B. **Entre lagoas e florestas**: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce – 1942-1960. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ANEXOS

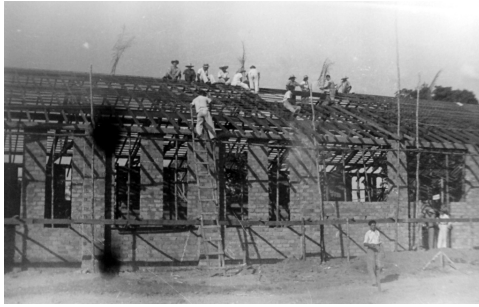


Figura 01: Construção do Posto de Higiene em Maués, em 1945. Acervo da FSESP, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

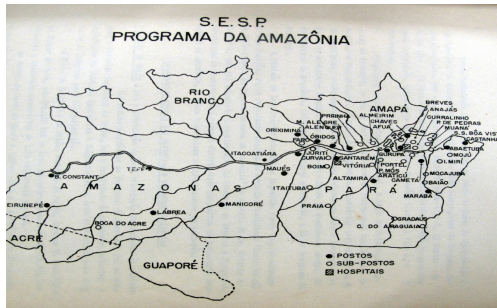


Figura 02: Mapa da Atuação do Programa da Amazônia em 1952 – Fundo SESP – Acervo da FSESP, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.



Figura 03: Visitadora de Saúde realizando visita no domicílio de Itacoatiara em 1946. Acervo da FSESP, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

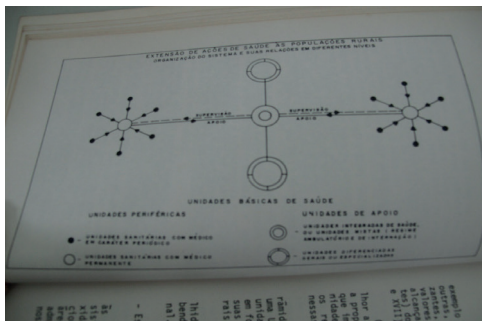


Figura 04: Desenho da estratégia de funcionamento das unidades do SESP. Acervo da Biblioteca da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Amazonas.



Figura 05: Procedimento de escovação realizado pela FSESP no município de São Paulo de Olivença, s/d, Arquivo da sala de leitura da FUNASA.

- 18 -

GRANDE I
POPULAÇÃO DAS LOCALIDADES DA ÁREA PROGRAMÁTICA ESTIMADA PARA
1975

LOCALIDADES	POPULAÇÃO		
	URBANA	RURAL	TOTAL
BENJAMIN CONSTANT	5.159	11.214	16.373
Esperança	1.050	-	1.050
FERNET	-	-	-
SÃO PAULO DE OLIVENÇA	1.841	4.719	6.560
Belém	1.403	-	1.403
Amatari	870	5.550	6.420
Santa Rita Nelt	723	6.467	7.190
Som Futuro	30	-	30
Flores	61	-	61
Caturús	73	-	73
SANTO ANTONIO IÇA	-	-	-
Roca do Jacaré	18	-	18
Tombatins	619	4.433	5.052
Constituí	316	-	316
FORTE SOA	-	-	-
Foz do Jucat	583	-	583
Foz da Mambria	152	-	152
Santa Maria	61	-	61
JURUÁ	-	-	-
Tamanjus	296	-	296
TEFÉ	8.143	13.044	21.186
Alvarães	1.064	-	1.064
TOTAL	22.576	45.427	68.003

BASE DO CENSO DE 1970 DA FERSE - A taxa geométrica.

Figura 06: Quadro que retrata o número de pessoas atendidas pela FSESP em 1975. Acervo da Biblioteca da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Amazonas.



CAPITULO 3

A história da política de controle da hanseníase no Estado do Amazonas

Julio Cesar Schweickardt

Introdução

O capítulo tem como objetivo analisar a história da política de hanseníase no estado do Amazonas entre o período da Primeira República (1889-1930) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). São períodos com o contexto sócio, político e científico muito distintos, mas que trazem elementos que nos permitem analisar o processo da política em relação ao controle e tratamento da hanseníase na região. Assim, vamos buscar analisar a política de modo processual e não por etapas, entendendo os períodos não como uma sucessão de eventos separados, mas como marcos históricos da política local, nacional e internacional sobre a doença.

O tema da política da hanseníase no Estado do Amazonas associado à história das instituições foi abordado em outra produção de SCHWEICKARDT & XEREZ (2015). Este presente texto abordará a formulação e a aplicação das políticas locais para o controle e tratamento da hanseníase e como elas refletiram as políticas nacionais e de outras praticadas no mundo. Assim, a experiência local mostra como as políticas nacionais foram executadas, respeitando as especificidades culturais e a dinâmica da política local.

O 7º Congresso Internacional de Lepra, realizado em Tóquio, em 1958, recomendou a abolição do isolamento e no seu lugar os serviços de saúde pública deveriam ter medidas extensivas (BASTOS, 1993). No país, o modelo de isolamento foi extinto na década de 1960, e no Amazonas aconteceu tardiamente em 1978, quando a Colônia Antônio Aleixo foi transformada em bairro da cidade de Manaus. A política de isolamento compulsório foi marcante na vida social daqueles que sofreram as consequências de tal prática, justificando inclusive, o pagamento, a partir de 2010, de indenização através de uma pensão para pessoas que viveram em colônias de isolamento no país. Outro aspecto marcante dessa doença é o es-

tigma que promoveu a mudança do nome de lepra para hanseníase como uma estratégia de diminuir o preconceito da doença.

No entanto, apesar de termos um tratamento eficaz para a doença e uma política com diversas estratégias de controle, ainda permanecem os altos índices de hanseníase país, e, especialmente, na região norte. Portanto, falar da história da política da hanseníase traz elementos para o entendimento dos processos que ainda permanecem presentes na política como: adesão ao tratamento, descentralização das ações; autocuidado, superação do estigma. Todas essas têm como objetivo final a extinção dessa doença, meta que parece ser complexa, pois já se passaram 10 anos do prazo sugerido pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde para a eliminação da doença no país.

As políticas de controle da hanseníase foram influenciadas pela identificação do agente causador da doença em 1873. A partir de então a doença deixou de ser somente uma referência bíblica para se tornar alvo das políticas públicas. Apesar disso, as imagens bíblicas e as histórias medievais contribuíram para a formação do estigma que acompanha a hanseníase até os dias atuais. No entanto, vale destacar que não é somente a identificação do bacilo de Hansen e o tratamento pelas drogas que contribuiu com a diminuição da doença nos últimos séculos em regiões do planeta, mas também vale considerar a multiplicidade de fatores ambientais, comportamentais, sociais, culturais e econômicos. A Hanseníase tem no componente ambiental uma importante explicação para os mecanismos de transmissão.

Segundo o Ministério da Saúde, a transmissão da hanseníase se dá pela pessoa doente

(...) que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae*, e sabe-se que a susceptibilidade ao *M. leprae* tem influência genética. A principal via de elimina-

ção do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), através de contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença. A hanseníase não é de transmissão hereditária (congenita) e também não há evidências de transmissão nas relações sexuais” (BRASIL, 2008, p. 66)

Apesar das informações técnicas e científicas dos processos de transmissão da hanseníase, ainda permanecem o estigma sobre a pessoa doente, gerando constrangimentos na família, no trabalho e nas redes de sociabilidade. Apesar dos avanços científicos e da mobilização política dos movimentos sociais, ainda temos fortes preconceitos na sociedade. Considerando longa existência da doença na história da humanidade, os avanços alcançados no último século ainda são recentes para produzir mudanças profundas na sociedade quanto redução do estigma e no tratamento das pessoas portadoras da doença.

O isolamento dos hansenianos é prática antiga, segundo o historiador Roy Porter (1997), na Europa do século XII foram construídas casas para tratamento e isolamento dos doentes. Em 1226, havia em torno de 2 mil, somente na França, e na Inglaterra 130. Em toda a Europa havia mais de 19 mil leprosarias que ofereciam abrigo para o isolamento. Em 1350, a lepra teve declínio, tendo impacto nas estruturas de isolamento. Assim, a estratégia de utilizar locais para a exclusão e isolamento faz parte da história da doença, sendo que apenas muito recentemente essa política foi abandonada.

A imagem descrita por Foucault para descrever o modelo político da lepra e da peste, ilustram bem os padrões que definiam a doença na idade média europeia: “O leproso era visto pela prática da rejeição, do exílio-cerca, deixa-se que se perca lá dentro como uma massa que não tem muita importância diferenciar (...)” (2000,

p. 164). Foi a partir do século XIX que a lepra deixou de ser somente um espaço de exclusão para ir se transformando em espaço disciplinar, projetando “recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso do internamento, trabalhá-lo com os métodos de repartição analítica de poder, individualizando os excluídos, mas utilizar processos de individualização para marcar exclusões” (2000, p. 165). Nesse momento, a lepra se torna visível para a ciência e para as políticas públicas, não sendo mais possível somente isolar os doentes numa massa desconhecida e uniforme, mas surgiu a necessidade de conhecer os casos e produzir um determinado conhecimento sobre esse grupo social.

A análise da história das políticas de controle e resposta à Hanseníase no Estado do Amazonas pode ser dividida nos seguintes períodos históricos: 1) 1867 – 1930, do hospital de isolamento à criação da Leprosaria de Paricatuba. Nesse período as instituições abrigavam os doentes sem que a internação fosse obrigatória, tendo liberdade de circular pela cidade; 2) 1930 - 1978, caracterizado pela política de isolamento compulsório em leprosas e colônias; 3) a partir de 1978 aos dias atuais, marcado pela política de tratamento sem internação com um sistema de serviços no Sistema Único de Saúde – SUS e coordenados pela Fundação Alfredo da Matta - FUAM. Esse último período é marcado pela efetividade da cura e por um cuidado multiprofissional.

Do Hospital de isolamento à leprosas: as primeiras políticas de isolamento, 1867 a 1930

Com a descoberta do bacilo *Mycobacterium leprae* causador da lepra, em 1874 pelo médico e botânico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, abandonou-se de vez as teorias da hereditariedade da doença. Apesar da transmissibilidade da doença por contágio, ainda permaneciam as dúvidas sobre o processo de transmissão e de

cura, o que contribuiu para que a política de isolamento fosse aplicada até a década de 1970.

A história da hanseníase ganhou importância nacional e internacional no final do século XIX, quando Hansen promoveu as primeiras experiências de tratamento em locais exclusivos. A experiência teve como proposta o isolamento do doente, mas Hansen também entendia que o tratamento poderia ser domiciliar. A internação compulsória somente era aplicada depois de exames de caso a caso (PANDYA, 2003). A Primeira Conferência Internacional sobre Lepra, em 1897, reconhecendo a experiência, indicou o isolamento dos doentes como uma estratégia política e profilática de combate da doença (CABRAL, 2013; PANDYA, 2003). Esta conferência é considerada o primeiro evento que teve como objetivo discutir o problema como uma questão internacional e defender a necessidade de se colocar em prática o isolamento.

A Europa do final do século XIX estava em pânico com uma agressiva disseminação da lepra com os migrantes que retornavam das colônias trazendo a doença. Alguns países aplicaram a política de segregação dos doentes, embora alguns médicos e cientistas considerassem a possibilidade de combinação de estratégias para controle da hanseníase. Embora descartada a possibilidade de transmissão hereditária, permanecia sendo defendida a proibição do casamento entre doentes e a institucionalização de mendigos leprosos, comerciantes doentes e aqueles que se voluntariassem à internação (PANDYA, 2003).

A diminuição dos casos de hanseníase na Noruega se deu também por estratégias conjugadas como a adoção de medidas educativas e de internação voluntária do doente, algo totalmente oposto ao que se difundiu na política de internação compulsória (PANDYA, 2003). Isso ilustra que as decisões não são somente empíricas, científicas ou técnicas, mas também são políticas, fazendo parte do arcabouço moral e intelectual de cientistas e da sociedade. Isto é muito bem ilustrado por Hobsbawm:

Os processos do intelecto não são autônomos. Sejam quais forem a natureza das relações entre a ciência e a sociedade onde está embutida e a conjuntura histórica particular onde ocorre, essa relação existe. Os problemas que os cientistas identificam, os métodos que usam, os tipos de teorias que consideram satisfatórias em geral ou adequadas em particular, as ideias e modelos que usam para resolvê-los são os de homens e mulheres cujas vidas, mesmo no presente, não se restringem ao laboratório ou ao estudo (HOBSBAWN apud DUCATTI, 2007, p. 309)

A Conferência de 1897 teve desdobramentos no Brasil, quando se discutia a necessidade de criar leprosarias, embora no meio médico-científico não houvesse consenso sobre a eficácia de tal medida. Foi na segunda década do século XX que a hanseníase ganhou destaque na política de saúde, quando foram realizados os levantamentos estatísticos da doença (CABRAL, 2013). No entanto, foi somente a partir de 1930 que a ideia de isolamento se tornou dominante no meio político, tornando-o compulsório para todos os casos diagnosticados.

O debate sobre o isolamento, antes de 1930, tinha duas posições que se destacavam. O grupo humanista ou liberal entendia que o tratamento poderia ser realizado em pequenas colônias e nas residências e para aqueles que apresentassem estados mais avançados da doença o isolamento seria medida adotada. Esse grupo que, enquanto liderava Inspeção de Profilaxia da Leprosia e das Doenças Venéreas, eram contrários a internação compulsória, apostando em ações de tratamento e acompanhamento. O segundo grupo era conhecido como isolacionistas e defendia a internação compulsória e o isolamento completo dos doentes em colônias (MONTEIRO, 2003; CUNHA, 2010; CABRAL, 2013). A proposta do segundo grupo ganhou espaço após o golpe de Getúlio Vargas, a partir de 1930, adotando a partir de então a estratégia de internação compulsória. O estado de São Paulo foi pioneiro na criação de uma arquitetura e de

uma burocracia de tratamento da lepra, sendo seguido por outros estados (MONTEIRO, 2003). No entanto, foi o Estado do Paraná que criou a primeira Leprosaria inspirado no modelo norte-americano de Carville, em Louisiana (CABRAL, 2013).

A história da lepra no Amazonas inicia em 1867 com a criação de um espaço denominado lazareto para isolamento dos casos de bexiga (varíola) e outras doenças, que passou a ser denominado de Umirizal (Gama e Abreu, 1868, p. 460). A varíola tinha eventos epidêmicos que assustava a população porque seus efeitos eram catastróficos. A vacina vai se desenvolvendo durante o século XIX, mas somente no XX é que vai se tornar uma doença controlada e finalmente erradicada. A população demorou para confiar nos efeitos da vacinação, inclusive resistindo aos regulamentos sanitários, como aconteceu no episódio da Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro, em 1904. O Umirizal era um local com casas de palha usado em períodos de epidemia, mas que passou também a ser utilizado como moradia dos portadores de lepra, sendo que, a partir de 1908, passou a ser utilizado exclusivamente para isolamento e acompanhamento dos leprosos.

Segundo Maciel (2007), antes do surgimento dos hospitais específicos, no final do século XIX, os cuidados dos doentes eram realizados pela Igreja. A partir de então, a hanseníase vai ganhar espaço como uma doença a ser compreendida e tratada por profissionais de saúde, contudo as irmandades católicas continuaram atuando nessas instituições. A hanseníase passara a ser objeto de conhecimento médico-científico, deixando de ser somente um ato de caridade. Isso fica bem caracterizado com a criação do Laboratório Bacteriológico no Hospital dos Lázaros, no Rio de Janeiro, em 1894, reorientando a forma de tratar a doença (CABRAL, 2013). O regulamento da Leprosaria de Paricatuba no Amazonas é um exemplo dessa ideia, pois definia que a função do diretor médico bacteriologista seria também de realizar pesquisas no campo da bacteriologia e experimental, que tinham como objetivo a produção de diagnósticos que auxiliasse na

cura e no tratamento da doença (REGULAMENTO PARICATUBA, 1929).

A primeira fase da política da hanseníase no Amazonas é caracterizada pelo atendimento dos doentes na Santa Casa de Misericórdia e que continuavam vivendo no Umirizal e em um outro local conhecido como Linha do Tiro. Os municípios do interior não tinham instituições que tratavam dos doentes, tendo que os enviar para a capital (MATTA, 1929a). As pessoas que tinham o diagnóstico de lepra eram rapidamente excluídas das famílias e dos seus locais de moradia. Quando a família não decidia isolar a pessoa num quarto ou num lugar isolado da floresta, as conduziam para Manaus em condições deprimentes. Os relatos dos idosos que vivem atualmente na Colônia Antônio Aleixo trazem na memória diversas situações que vividas por eles quando foram diagnosticados com a doença¹. O isolamento da pessoa já iniciava em sua própria casa, depois era levada para Manaus ou escondida no porão dos barcos ou levada numa canoa que era puxada distante do barco, e por fim, a pessoa era praticamente abandonada na instituição.

Nesse período, a região amazônica vivia o *boom* da borracha, estimulando a migração intensa de pessoas outras regiões do país, principalmente do nordeste. Os chamados rios borracheiros atraíam grande contingente de migrantes que chegavam num território novo e com características epidemiológicas muito diferentes. Alguns historiadores apontam que o crescimento da lepra no Estado do Amazonas se deve a esse processo migratório, tendo os maiores índices da doença nas localidades com maior contingente de migrantes. No entanto, entendemos que assim como as pessoas circulam, as doenças também utilizam dos corpos das pessoas para se misturar às outras doenças. A prioridade da vigilância em saúde nos portos recaía sobre as doenças tropicais como a febre amarela

¹ Um dos desdobramentos desta pesquisa foi sobre a memória da hanseníase pelo ponto de vista dos idosos nos trouxe vários depoimentos que tratam das histórias de vida dessas pessoas que foram excluídas das suas famílias e comunidades.

e a malária, que impactavam diretamente na economia do Estado (SCHWEICKARDT, 2012).

Outro processo migratório aconteceu por conta da construção a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, em Porto Velho, no período entre 1890 a 1910, atraindo milhares de trabalhadores do mundo inteiro. O corpo médico da empresa tratava dos doentes quanto às moléstias tropicais, sendo os casos mais graves encaminhados para Manaus. No censo publicado por Alfredo da Matta em 1928, apresenta-se 22 casos de lepra provenientes de Porto Velho, mas não há informações sobre tempo de doença (MATTA, 1928). Assim, não resta dúvida que o processo migratório contribuiu para o aumento dos casos da doença no Estado frente ao incremento econômico e as obras de infraestrutura no interior e nas cidades de Manaus e Belém que atraíram milhares de pessoas buscando melhores condições de vida ou o enriquecimento rápido.

Os serviços de saúde aos doentes eram realizados principalmente por médicos que estavam vinculados ao Serviço Sanitário Estadual e, na década de 1920, foram contratados pelo Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Esse Serviço criou o Dispensário Oswaldo Cruz que realizava o atendimento e encaminhamento dos doentes aos outros serviços. Nesse primeiro período, os doentes andavam livremente pela cidade, dormindo nas ruas e nas calçadas, e viviam das esmolas e pequenos serviços que realizavam na cidade (UCHOA, 1926, p.13). O Umirizal não restringia a saída e entrada dos doentes e nem Estado e Município tinham restrições para a movimentação das pessoas com hanseníase. A estrutura do “isolamento” era precária, sendo de madeira e palha, pois não havia um hospital ou colônia que fizesse o tratamento e o acolhimento dos hansenianos.

O exemplo do Amazonas exemplifica como não havia uma orientação central e única para os estados, pois cada um dava respostas diferentes para o problema. Em 1918 que o governo federal passou a tratar a hanseníase como uma endemia rural, e, a partir

de 1921, as ações foram centralizadas no Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural (CABRAL, 2013). O Serviço de Saneamento fez convênios com os Estados para criar Inspetorias de Lepra e Doenças Venéreas. O Amazonas assinou o acordo em 1921, que incorporou os serviços de saúde pública no Estado (SCHWEICKARDT, 2011).

O Regulamento do Serviço Sanitário do Amazonas, em 1921, definia o Umirizal como Hospital de Isolamento e Colônia de Leprosos. O Regulamento também orientava que as embarcações que trouxessem doentes para a internação deveriam se desinfetadas para serem liberadas. A preocupação era pela disseminação das doenças infectocontagiosas no espaço urbano e nas embarcações. O Regulamento também proíbe o tratamento de doentes de hanseníase nos hospitais e casas de saúde juntamente com outros doentes. Do mesmo modo, se proíbe aos estabelecimentos comerciais a contratação de hansenianos. O regulamento reconhece a falta de um hospital adequado para o tratamento da hanseníase no Estado, mas não aponta para um encaminhamento do problema. A lepra, juntamente com 12 doenças já listadas, passa a ser de notificação compulsória. A legislação nacional exigia a notificação e o isolamento obrigatório: podendo ser em domicílio, colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais e asilos (SOUZA-ARAÚJO, 1956).

O médico Alfredo da Matta defendia o isolamento dos doentes, amparado nas experiências na Europa, mas entendia que a o doente poderia fazer uma escolha voluntária pelo isolamento (Matta, 1916, p. 78). A estrutura do isolamento deveria ter todas as condições apropriadas para a vida social dos doentes, motivando para a escolha para viver nesse local. As esperanças de cura naquele momento eram mínimas, cabendo ao doente terminar os seus dias em um asilo-colônia, que, na opinião do médico, deveria ser construído em uma das ilhas próximas de Manaus, formando uma “leprosaria fluvial”.

A política nacional de enfrentamento da hanseníase, através do Serviço de Profilaxia e Saneamento Rural, induziu a criação de Dispensários e Inspetorias de lepra e doenças venéreas. As duas do-

enças eram tratadas no mesmo espaço pela relação que tinha com os sintomas que se manifestavam na pele, embora houvesse divisão dos serviços. Em 1922, foi criado no Amazonas o Dispensário Oswaldo Cruz que realizava os serviços da Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas (SCHWEICKARDT, 2011). O Dispensário realizava a avaliação das pessoas com suspeita de hanseníase, fazia os exames laboratoriais e os estudos sobre aspectos clínicos e terapêuticos da hanseníase. O serviço tinha também a pretensão de realizar pesquisas clínicas (MATTA, 1922b). As orientações sobre o funcionamento dos dispensários seguiam o protocolo de atendimento da coordenação nacional dos serviços, no entanto, havia autonomia local para as escolhas clínicas e terapêuticas. Há que destacar que Alfredo da Matta era um cientista que colaborou com a classificação da hanseníase, dialogando com cientistas de outras regiões e países.

Nesse momento, a política nacional era de centralização das ações de profilaxia da hanseníase nas Inspetorias de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, a partir do tripé: dispensário, educandário e leprosário. A discussão sobre a criação das leprosas estava mais presente no discurso médico, mas ainda se manteve uma política liberal de tratamento da doença, ou seja, sem a internação compulsória e a institucionalização do doente em sistemas fechados (CABRAL, 2013). No Amazonas, o diretor do Serviço Sanitário, Samuel Uchoa, defendeu a criação de uma leprosaría no Estado.

A política nacional de controle da lepra definiu a realização de um censo sobre os casos e sua distribuição no território, pois não havia informações confiáveis sobre doença. A estatística sobre a hanseníase lepra foi uma ferramenta dos médicos e gestores para a definição da doença como um problema nacional (CABRAL, 2013). Segundo os dados do censo realizado entre 1920 e 1925, o país tinha o total de 11.174 doentes, sendo que as regiões com mais casos eram o Sudeste e o Norte, e os estados do Pará, Amazonas e Maranhão eram os que mais tinham casos no Norte, com 2.013, 691 e 653 respectivamente (SOUZA-ARAÚJO, 1956).

O censo do Amazonas, publicado no primeiro relatório do Serviço Sanitário e Profilaxia Rural, em 1922, analisou os seguintes dados: idade, sexo, naturalidade, raça, profissão, estado civil, residência, idade em que a moléstia irrompeu, sintoma inicial, parente leproso, diagnóstico de Hansen, isolamento, tratamento, observações. Todos os casos foram avaliados pelo médico Alfredo da Matta, inclusive aqueles que já haviam passado pelo acompanhamento no Umirisal. O censo mostrou que os doentes estavam distribuídos em toda a cidade de Manaus e em diversas calhas de rios do estado do Amazonas (MATTA, 1922b). As localidades de maior prevalência da doença estavam nos rios Solimões e Purus e os municípios de maior número de doentes eram Fonte Boa e Lábrea. As localidades que receberam grande volume de migrantes devido à extração da borracha apresentaram números mais elevados de doentes de hanseníase. Ainda, segundo o censo, o número de pessoas falecidas pela doença entre 1905 e 1922 foi de 118 pessoas (MATTA, 1922b).

Na publicação sobre o censo da lepra no Amazonas, em 1928, Alfredo da Matta, destaca que essa estatística foi realizada entre 1922 e 1928, no interior da seção da Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, parte do Serviço de Profilaxia e Saneamento Rural do Amazonas. Foram examinados 971 enfermos no período. A capital tinha o maior número de doentes com 551 casos, mas isso se explicava pelo fato dos doentes virem do interior e de outros estados. A distribuição dos casos ao longo das calhas dos rios eram: 11 no Rio Negro, 2 casos no Branco, 154 no Solimões, 38 no Purus, 42 no Amazonas, 72 no Madeira e 15 casos no Juruá. Foram identificados ainda 30 casos procedentes do estado do Acre, 9 do Mato Grosso, 8 do Pará e 2 do Rio de Janeiro. A maioria dos casos era de brasileiros, 864, seguido de portugueses com 55, 17 espanhóis, 14 italianos, 7 peruanos, 6 sírios, 2 bolivianos, 2 turcos e 1 caso proveniente de cada um dos países Venezuela, Inglaterra, Colômbia e Polônia. Dos brasileiros, a maioria era de amazonense (287), seguidos por cearenses (253), paraibanos (50), paraenses (47), maranhenses e potiguar (38 cada). Observamos

um número significativo de estrangeiros, que poderiam estar atuando tanto nas obras de infraestrutura da cidade de Manaus como estar atuando nos seringais no interior. Quanto à atividade profissional, os que mais se destacam são os trabalhadores da agricultura com 211 casos, 156 trabalhadores domésticos, 93 eram seringueiros, 56 estudantes, 34 jornaleiros e 20 lavadeiras (MATTA, 1928).

As grandes distâncias e a falta de estrutura específica para o tratamento da hanseníase no Amazonas era a justificativa dos médicos para a criação de uma leprosaria na década de 1920. O censo de Alfredo da Matta levantou evidências que deram argumentos para que gestores e políticos justificassem a construção da leprosaria, pois havia um aumento no número de casos a partir dos movimentos migratórios para o Amazonas. No entanto, a proposta vai se concretizar somente no início do Estado Novo. O Umirizal e a Linha do Tiro foram destruídos quando a Leprosaria de Paricatuba foi inaugurada no início de 1930.

As leprosarias como resposta política, 1930-1978

A política de combate à hanseníase teve uma mudança a partir da década de 1930, quando Getúlio Vargas assume o poder. Primeiramente, foi desativado o Serviço de Profilaxia e Saneamento Rural que coordenava os Dispensários de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Em segundo lugar, ganhou força a política de construção de leprosarias e da internação compulsória em todo país (MACIEL, 2007; Cabral, 2013). Essas mudanças se deram por conta do grupo político que ganhou espaço no novo governo, assumindo o perfil autoritário que se estabeleceu no país. A internação passou a ser compulsória e coercitiva dos doentes acometidos de hanseníase.

A maioria dos médicos e gestores do Amazonas defendia o isolamento dos doentes como uma estratégia de tratamento e combate da doença. No entanto, não havia consenso sobre essa questão em outros países ou no Brasil. A primeira proposta de isolamento de do-

entes foi de Hansen na Conferência Internacional da Lepra, de 1897 (SANTOS, FARIA, MENEZES, 2008). No Brasil, em dezembro de 1916, no Primeiro Congresso Médico Paulista, ratificou a necessidade de uma profilaxia voltada para o isolamento, de preferência não domiciliar, mas ainda demorou alguns anos para que se tornasse uma internação asilar e compulsória (MACIEL, 2007). Somente o Estado de São Paulo foi contrário à política da Inspetoria Nacional e seu diretor Eduardo Rabello, definindo o isolamento compulsório (CABRAL, 2013). Segundo Cunha (2010) o modelo paulista praticou a exclusão de todos os doentes de Hansen, independente da forma clínica ou estágio da doença, distinguindo-se fortemente dos métodos adotados por médicos e autoridades de outros estados. Os pacientes de formas não-contagiosas da doença também poderiam ser internados logo após o diagnóstico. Com base nessas premissas, o Estado de São Paulo construiu várias colônias para leprosos.

A inauguração da Leprosaria de Paricatuba, no Amazonas, marcou o início efetivo da política de isolamento compulsório dos doentes. O nome oficial da instituição era Hospital-Colônia Vila Belisário Penna, homenageando o grande divulgador do saneamento no país. Samuel Uchôa, chefe do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, em seu relatório de *Um ano de campanha* (1922), alerta sobre a situação da “lepra” no Amazonas. O discurso era de chamar a atenção sobre a gravidade da doença, que além da malária, as verminoses e as doenças venéreas se configuravam como graves problemas de saúde pública da região. A fala dos médicos sobre a hanseníase tinha uma conotação de que se nada fosse feito, haveria uma contaminação generalizada com o aumento crescente dos doentes. As primeiras conferências nacionais e internacionais alertavam para o crescente número de doentes, o que não foi plenamente confirmado pelo censo realizado no país (CABRAL, 2013).

A fala de Uchôa tinha como base a experiência dos médicos locais que acompanhavam o crescimento da doença no estado. Segundo Alfredo da Matta, antes de 1900, os casos de hanseníase eram

raros. A tese dos médicos do Amazonas era que a doença surgiu no Amazonas com a migração de pessoas doentes de outros estados e países. A maior parte dos migrantes chegou entre 1885 e 1910, quando a economia da borracha estava em alta. Nesse período, não havia uma estrutura de serviços de saúde no interior, dificultando ainda mais o acompanhamento dos doentes em seus locais de moradia.

A reforma do prédio de Paricatuba demorou quase toda década de 1920, pois além dos altos custos da obra, ainda houve divergências políticas sobre o local adequado. A área de Paricatuba foi repassada para o Serviço de Profilaxia e Saneamento Rural para fazer as adaptações necessárias para abrigar os doentes. O prédio iniciou as obras em 1896, sendo concluídas em 1905. O local seria destinado para hospedaria de migrantes, no entanto em 1906 foi utilizado como sede do Instituto Amazonense Agrícola Industrial Affonso Penna inaugurado pelo próprio presidente Affonso Penna como espaço para a formação de meninos, preferencialmente indígenas, nas artes e ofícios, como marcenaria, alfaiataria e sapataria (SCHWEICKARDT, 2011, p.200).

Na década de 1910, o prédio foi transformado na Casa de Detenção e, mais tarde, dividiu o espaço com o Horto Florestal. A partir de 1922, a estrutura foi sendo adaptada para acolher os hansenianos dentro da filosofia de hospital-colônia. O conjunto arquitetônico era formado por: prédio principal, capela, cemitério, necrotério, caixa de água, recepção, caldeira, casa do administrador, casas dos casados, casa dos trabalhadores e porto. Algumas dessas edificações resistiram ao tempo, sendo algumas reaproveitadas, ainda hoje, para uso comunitário, como a capela e o cemitério (SCHWEICKARDT; XEREZ, 2015).

No dia 14 de junho de 1931, 226 hansenianos do Isolamento de Umirisal foram transferidos para o novo prédio, sendo que o novo local tinha capacidade para abrigar trezentos pacientes. A colônia tinha o princípio de uma vila, com autonomia e autossuficiência, mas

sempre precisou de subsídio dos governos. A área era dividida entre a “zona doente” e a “zona sadia”, que o regulamento definia como distintas: “uma destinada ao pessoal administrativo, e outra ao isolamento dos doentes” (REGULAMENTO PARICATUBA, 1929, p. 5). O funcionamento e divisão interna da Colônia eram semelhantes a outras instituições como: Carville e Curupaiti, no Rio de Janeiro (White, 2003); Itapuã, na região de Porto Alegre (Fontoura et al, 2003); Santo Ângelo, Pirapitingui e Padre Bento, no Estado de São Paulo (Monteiro, 2003).

A carência de profissionais de assistência aos hansenianos fez com que os médicos organizassem os próprios doentes para auxiliar no serviço no interior do isolamento: “entre os próprios doentes, um administrador, um enfermeiro, uma enfermeira e seus ajudantes, cozinheiro e ajudante, lavanderia, guardas e núcleos de oficinas de carpintaria e funilaria”. Os doentes auxiliavam no serviço interno da Colônia, sendo em alguns casos remunerados pelo trabalho (MATTIA, 1929a, p.11). O serviço realizado por doentes fazia parte da estratégia dos asilos-colônia, pois essas atividades eram entendidas como produtivas e seguiam uma lógica funcionalista do sistema.

Entre 1965 e 1967 a Vila Belisário Penna foi desativada e os seus pacientes foram transferidos para a Colônia Antônio Aleixo, que já existia como um hospital-colônia desde 1942. A Colônia Antônio Aleixo foi criada em 10 de fevereiro de 1942 no mandato do governador do estado Álvaro Botelho Maia, sendo que o nome foi dado em homenagem ao Ministro da Educação da época. A estrutura da Colônia seguiu o mesmo modelo dos hospitais-colônia no Brasil com um conjunto arquitetônico e burocrático para a atenção aos doentes.

Os hospitais-colônia tinham a instituição denominada preventório, que fazia parte da política de isolamento do hanseniano. O preventório recebia os filhos dos hansenianos tirados dos pais logo após o nascimento. A instituição tinha como finalidade abrigar as crianças e encontrar uma família para adoção. A primeira instituição com essa finalidade foi a creche Alice Sales, criada em 1926 e loca-

lizada no bairro da Cachoeirinha, no período da gestão do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas (UCHOA, 1922, p.15). Em 1939 foi criado o Educandário Gustavo Capanema, que teve como objetivo dar o apoio ao controle da hanseníase no Amazonas, amparando os filhos dos doentes nascidos nos leprosários Belizário Penna e Colônia Antônio Aleixo (TAVARES, 2011).

A política que justificava o afastamento dos filhos dos seus pais doentes estava amparada na noção médica do contágio de pessoa a pessoa. A separação dos menores do foco contagiante foi considerada uma medida eficiente, porém, nesse período, não se contabilizava os prejuízos psicológicos e sociais para as pessoas e famílias. Como não havia muitas perspectivas de cura, a separação das famílias era entendida como salvação das crianças do risco da contaminação. O decreto de 29 de maio de 1976, do Ministro da Saúde, aboliu a prática de afastar as crianças dos pais enfermos, buscando preservar a unidade familiar. Desde o 6º Congresso Internacional da Lepra em Madri, em 1953, se considerava que o preventório era uma política ineficiente para o combate da doença e do estigma da mesma. Depois do decreto, muitos casais não só criavam os seus filhos como passaram a criar outras crianças.

A estrutura da Colônia Antônio Aleixo era constituída por pavilhões destinados às mulheres, homens, crianças e jovens. Os casais vivam em casas ou em quartos dos pavilhões. Além dos pavilhões e casas, havia centro social, clube de senhoras, quadra de esportes, poços e rede de água, moradia dos trabalhadores e irmãs, delegacia. Os doentes tinham procedência dos municípios do interior e, ainda, dos estados de Rondônia, Roraima e Acre. Em Manaus, os doentes passavam por uma triagem no Dispensário Alfredo da Matta, conhecido também como “Casa Amarela”, sendo os casos confirmados deslocados para a Colônia por automóveis ou em barcos (SCHWEICKARDT; PEREIRA, 2010).

As Irmãs Franciscanas de Maria assumiram a administração da Colônia entre 1966 e 1979, até a sua desativação. A gestão das

Irmãs foi marcada pela disciplina e pela organização dos internos em grupos de trabalho, sistematizando também a administração da medicação, que, segundo depoimento de um ex-interno, não acontecia anteriormente. Nesse período foi construída uma escola para alfabetização de adultos e posteriormente para o ensino das crianças (TAVARES, 2011). Segundo relato da irmã Ângela, ex-diretora da Colônia, os internos foram organizados em grupos de trabalho: sapataria, padaria, olaria, pescaria e agricultura (ANGELA, 2012). A proposta das irmãs era dar um status e autonomia para os internos, sendo a educação uma importante estratégia de instrumentalizar as pessoas para a vida em sociedade.

Nesse período, a única política de controle ainda era o isolamento, com o argumento de contenção da disseminação da doença porque não havia uma droga eficaz para o tratamento. Segundo a Irmã Ângela, foi somente a partir da década de 1940 que houve interesse pelo desenvolvimento de uma droga mais eficiente para o tratamento da hanseníase, principalmente durante a Segunda Guerra Mundial quando os americanos ocuparam alguns territórios na Ásia. Assim, a primeira droga dessa geração foi a sulfona, que impedia a evolução do bacilo, mas não o eliminava do organismo humano. No entanto, a nova droga representou esperança de cura ao doente (ANGELA, 2012).

O Congresso Internacional da Lepra de Tóquio, em 1958, considerou que a política de isolamento não era efetiva para o controle da hanseníase. No Brasil, o Decreto nº968, de 7 de maio de 1962 apontava para o caminho da desinstitucionalização, mas foi somente a Portaria Ministerial de 14 de maio de 1976 que decretou o fim dos asilos-colônias, permanecendo os asilos para a assistência dos mutilados que não poderiam ser reintegrados à sociedade. As colônias deveriam ser transformadas em cooperativas, com apoio governamental e mantida pelos próprios associados. Do mesmo modo, os hospitais dariam assistência para os doentes residentes nesses

locais. A mesma Portaria extingue o termo “lepra” e as outras designações, passando-se a adotar o termo hanseníase.

A Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, em 1976, recomenda encerrar as atividades nos leprosários, hospitais, colônias, asilos, transformando-os em hospitais gerais ou de dermatologia sanitária. A Conferência ainda destaca a importância da pesquisa, do ensino, treinamento e reabilitação física e social das pessoas. Nesse momento, o usuário passou a ser entendido não mais como um ser incapaz e marginal na sociedade, marcando uma nova perspectiva na política e na gestão (FIGUEIREDO, 2006).

A Colônia Antônio Aleixo foi desativada pelo decreto nº 4.464, de 18 de dezembro de 1978. Nessa ocasião, foi criada a comissão de desativação que contava com o envolvimento de diversos órgãos do Estado e do Município de Manaus. Na Colônia viviam em torno de seiscentas pessoas. A Comissão teve um prazo de 12 meses para finalizar o trabalho, mas não foi possível devido a falta de apoio político (TAVARES, 2011).

Os objetivos da Comissão estavam claramente identificados com os princípios da política nacional que era pela inclusão das pessoas internas à vida social. A Colônia passou a ser uma comunidade aberta, com estratégias de manutenção das suas atividades para uma vida normal, permitindo o exercício dos direitos de cidadania. Antes disso, os serviços na Colônia eram de responsabilidade da área da saúde e com sua transformação em bairro da cidade, outras instituições e órgãos assumiram os serviços públicos.

O corpo médico que atuava na Colônia tinha as seguintes propostas: criar um asilo para as pessoas que apresentassem graves mutilações; criação de um posto de saúde para o atendimento médico-odontológico da antiga colônia e dos novos moradores; doação das casas para os moradores; criação de “repúblicas” para os jovens que vivessem nos pavilhões; continuidade de operação da cooperativa que já existia, através de entendimentos com o Instituto Nacional de Reforma Agrária; transformação da Colônia em bairro através

de entendimentos com a prefeitura de Manaus; comunicação das mudanças aos moradores de Manaus (TALHARI et al, 1981).

Durante a desativação foi criado o hospital Geraldo da Rocha com o objetivo de dar assistência aos doentes com incapacidades físicas, e, ao mesmo tempo, se implantou o serviço de atendimento médico-sanitário na comunidade. A Secretaria de Saúde do Estado tomou a decisão de dar alta para todos os doentes que estivessem em boas condições físicas e promover o retorno dos doentes que tiveram recuperação para seus familiares. Outra medida foi conceder aposentadoria a todas as pessoas que estavam internadas no hospital-colônia. Em 2007, reconhecendo equívocos na prática de isolamento e transtornos de toda ordem na vida dos internos, o governo federal editou medida provisória concedendo pagamento de pensão especial para as pessoas que foram submetidas ao regime de internação compulsória nos hospitais-colônia. Importante destacar ativismo do Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN) na negociação desse benefício e de outras conquistas para a ampliação da cidadania das pessoas que contraíram ou contraem a doença.

Iniciado o processo de desativação no dia 6 de janeiro de 1979, o jornal *A Notícia* publicou a seguinte nota ao lado de fotografias de mutilados: “600 leprosos ameaçam descer para mendigar. A Colônia Antônio Aleixo está à venda desde o dia 2 deste mês, quando teve início o processo de desativação e sua transformação em Bairro” (*A Notícia* citada em TALHARI et al, 1981, p.183). A falta de informações sobre a doença fez com que a desativação se tornasse um problema político e social, decorrente do estigma sobre a doença. Após a formação do bairro, muitas famílias fixaram residência no local, sendo tanto parentes de ex-internos como pessoas que não tinham relação com a história do lugar. O bairro continuou com alguns benefícios, como a isenção do pagamento de energia elétrica, aluguel e água (RELATÓRIO PARICATUBA, 1983).

Os serviços de saúde ofertados no novo bairro eram: centros de saúde Antônio Aleixo e do Lago do Aleixo, que realizavam a imuni-

zação e exames laboratoriais, assim como consultas médica e odontológica; a Maternidade Izabel Nogueira, com dez leitos; o Centro Assistencial Geraldo da Rocha, com 120 leitos destinados aos casos de hansenianos com grande mutilação, servindo como asilo, e; Hospital de Isolamento Chapot Prevost, com quarenta leitos destinados a pacientes crônicos e em fase terminal de câncer.

O SESP e as políticas nacionais de controle da hanseníase

O Serviço Especial Saúde Pública surgiu da cooperação entre o governo brasileiro e o governo dos Estados Unidos para a realização dos serviços de saúde na região amazônica e vale do Rio Doce em função da segunda guerra mundial. A cooperação visava o saneamento, a profilaxia da malária e a assistência médico-sanitária à população das áreas de produção da borracha. O serviço do Vale do Rio Doce centralizou as suas ações na assistência aos trabalhadores que construíam a estrada de ferro Vitória-Minas. A cooperação iniciou em 1942, mas em 1960 a instituição transformou-se em Fundação, sendo totalmente assumida pelo governo brasileiro. A partir de 1949 um novo convênio entre governo federal permitiu a expansão do serviço para outras regiões do país. Foi extinta em 1992 e sem seu lugar foi criada a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (SOUSA; SCHWEICKARDT, 2010).

O SESP tinha uma ação centralizada na assistência geral da saúde e no saneamento, mas, ao longo dos anos, foi incorporando o combate às doenças transmissíveis como: tuberculose, hanseníase, malária, varíola, raiva, doenças sexualmente transmissíveis. Essas doenças faziam parte de programas nacionais e que na Amazônia foram assumidas pelo SESP.

Em relação à hanseníase, o acordo internacional desde o início previa a colaboração com o Serviço Nacional de Lepra (SNL), sendo assinado um convênio que responsabilizava o SESP a realizar o controle nas áreas de atuação (ROCHA, 1978; BASTOS, 1993).

Esse convênio também apoiou a criação de infraestrutura como foi a construção da coordenação do Serviço no Amazonas. A política era coordenada nacionalmente através do SLN, sendo que as coordenações estaduais realizavam a execução dessa política localmente. O SESP utilizava o material e o sistema de informação do SLN, seguindo, portanto, as orientações da política nacional. Os dados estatísticos eram remetidos diretamente para a coordenação estadual e nacional do Serviço de Lepra.

Os serviços de lepra eram desenvolvidos por diferentes instituições no mesmo território, que recebiam paralelamente as orientações do SLN, dificultando o entrosamento das instituições para a mesma política. Não havia ainda “um sistema dinâmico de notificação, composto de elementos auxiliares devidamente treinados e identificados com a doença” (BASTOS, 1993, p. 283). Com a abolição do isolamento, a partir da década de 1960, o SESP procurou inserir o tratamento da hanseníase no seu modelo de atuação: “assistência global aos problemas de saúde da família, barateamento do custo operacional, diagnóstico precoce, desistematização doente” (BASTOS, 1993, p. 283). A partir de 1966, o SESP firmou novo convênio com a Divisão Nacional de Lepra (DNL) para dinamizar o trabalho de controle da hanseníase. O convênio tinha as seguintes propostas: treinamento de pessoal, reorganização do controle e revisão dos casos e controle dos comunicantes, adoção do modelo utilizado pela instituição, relacionamento com outras instituições, educação em saúde e incorporação na rotina de trabalho às ações de controle da doença. A partir de 1975, o SESP iniciou o treinamento dos profissionais de saúde para todas as diretorias regionais (BASTOS, 1993).

Na renovação do convênio em 1977, passou-se a fazer o atendimento dos doentes e dos comunicantes no horário de funcionamento das unidades de saúde, sem locais e horários específicos. Isso demonstra uma mudança na conduta nos serviços de saúde em relação ao doente de hanseníase, tendo uma preocupação maior com o

diagnóstico, o tratamento, o exame dos comunicantes e as ações de educação com os doentes e os comunicantes (BASTOS, 1993). Nesse momento, a política passa a ser de descentralização das ações, em que todas as unidades de saúde assumissem a responsabilidade de acompanhamento das pessoas.

A contribuição do SESP para a política de hanseníase foi no sentido de ampliação das ações de controle da doença em áreas que o governo federal e estadual não tinha uma presença regular. O Serviço de Saúde Pública aplicava a sua estrutura de gestão para o Programa da Hanseníase, com especial atenção ao sistema de informação, trabalhando também na formação de pessoas para realizar a identificação e educação em saúde voltada para a população. A orientação era para que se realizasse a busca ativa nos serviços locais, não apenas a identificação pela demanda livre que chegava aos serviços. No entanto, a queixa dos gestores era que a informação não retornava para as unidades do SESP, ficando centralizada no DNL. Além disso, entendiam que havia uma sobreposição das atividades, sendo realizadas por diferentes instituições, inclusive por Organizações Não Governamentais, igrejas e instituições privadas.

O 7º Congresso Internacional de Lepra realizado em Tóquio, em 1958, propôs a abolição do isolamento dos doentes para um tratamento extensivo realizado pelos serviços de saúde (BASTOS, 1978). Essa decisão coincidia com as estratégias do SESP, pois realizava um serviço baseado no território e na lógica de equipes de saúde. Assim, organizou-se os núcleos de referência da hanseníase nos diferentes territórios da Amazônia, considerando que o serviço de Lepra deveria ser integrado às demais atividades realizadas, ou seja, não tendo pessoas e ações exclusivamente para o serviço de assistência à hanseníase. Nesse sentido, o SESP estava apresentando uma lógica de serviço de atenção integral e não fragmentado em Programas.

A proposta de integrar as ações de lepra, segundo Bastos, trazia as seguintes vantagens: “assistência global aos problemas de saúde

da família; barateamento do custo operacional; diagnóstico precoce; desestigmatização do doente” (BASTOS, 1978, p. 35). A organização do serviço era por uma proposta de “Unidades Polivalentes de Saúde”, com um serviço hierarquizado nos diferentes níveis desde o nível administrativo até a execução dos serviços. Essas ideias se encaixam na lógica da Atenção Primária à Saúde, que vinha sendo proposta por diferentes conferências internacionais de saúde. A extinção da FSESP, em 1992, coincidiu com a implantação do SUS e a descentralização dos serviços de saúde.

Os anos de “liberdade” e de estigma (1978 – 1990)

Depois da desativação da Colônia Antônio Aleixo em 1978, as atividades do Dispensário Alfredo da Matta foram ampliadas, sendo assumidas pela Coordenação do Programa de Dermatologia Sanitária do Estado do Amazonas. O Dispensário passou a ser um ambulatório de assistência aos pacientes com hanseníase. O Programa Estadual de Hanseníase ficou responsável pelo monitoramento e avaliação dos pacientes, tornando-se referência para assistência e a coordenação da política da hanseníase. O Programa ampliou a função da instituição, que passou a fazer mais do que simplesmente manter os doentes em um Hospital Colônia, sem a preocupação com o aumento da cobertura diagnóstica. Em entrevista, a médica Adele Benzaken (2011) avaliou que “um dos parâmetros de sucesso do Programa de Hanseníase foi a taxa de incapacidade, pois quanto menos pessoas incapazes e sequeladas pela doença, maior o sucesso do Programa, porque o diagnóstico sendo feito precocemente reduz os sintomas da doença”.

O Programa de Controle da Hanseníase foi implantado no Triênio 1979 a 1981, que tinha como meta descentralizar a assistência. As ações de controle da hanseníase foram desenvolvidas tanto no interior como na capital, com a realização de exames nos comunicantes e o exame em estudantes das escolas, registro e controle de todos os mu-

nicípios do interior. O resultado imediato foi o aumento no número de casos e o diagnóstico mais preciso da doença. A descentralização das ações do Programa também envolveu a Fundação SESP e as unidades fluviais da Superintendência da Borracha (SUDHEVEA), que tinha três barcos para atender os seringueiros nos vales do Madeira, Purus e Juruá. Os barcos eram da Superintendência da Borracha no período entre 1967 a 1989. Esses rios possuíam os maiores índices da hanseníase, por isso a importância dessa articulação com outros Programas governamentais (RELATÓRIO, 1981).

A possibilidade de cura da hanseníase com a poliquimioterapia (PQT), no início da década de 1980, mudou a forma de realizar a assistência, transformando o perfil das instituições e das políticas de controle. A instituição passou por mudanças de estatuto jurídico, passando de Centro de Dermatologia Tropical, Ambulatório, finalmente, Fundação Alfredo da Matta (FUAM), se consolidando como um espaço de pesquisa, ensino e assistência. A instituição assumiu um papel relevante no cenário nacional e internacional ao adotar o esquema terapêutico poliquimioterápico para o tratamento da hanseníase, pois esse esquema diminuía consideravelmente o tempo e ampliava as possibilidades de cura. Segundo Benzaken (2011):

nós fomos a primeira instituição a aplicar o tratamento com sucesso. Antes disso, o tratamento durava a vida inteira, gerando a possibilidade de resistência ao medicamento devido à monoterapia e à irregularidade do tratamento. Os tratamentos multi-terápicos passam a ser de seis meses a um ano, com várias drogas ao mesmo tempo. Quando a FUAM adotou esse sistema, ganhou uma visibilidade internacional (Entrevista, 2011).

A partir da criação do SUS, a política de hanseníase continuou sendo coordenada pela FUAM. Apesar da coordenação do Programa ser de responsabilidade dessa instituição, as ações passaram ser

descentralizadas para os municípios do interior e para a capital como uma área programática da Atenção Básica na relação com a Vigilância em Saúde. O tratamento passa a ser realizado pela Equipe de Saúde da Atenção Básica, com o esquema terapêutico padronizado pelo Ministério da Saúde. A recomendação é que a administração das doses seja supervisionada com acompanhamento da equipe de saúde (BRASIL, 2008).

A grande mudança que o tratamento poliquimioterápico trouxe foi a possibilidade da cura. A alta por cura acontece de acordo com o tipo da doença, sendo que os casos paucibacilares concluem o tratamento entre seis e nove meses e os casos multibacilares concluem o tratamento entre 12 e 18 meses (BRASIL, 2008). Em pesquisa sobre o abandono do tratamento em Manaus, constatou-se que em alguns casos o desaparecimento dos sintomas e a cura aconteceram em períodos menores que o recomendado pelo Programa (SCHWEICKAR-DT; PEREIRA, 2004). Assim, as condições sociais, ambientais e culturais são relevantes na avaliação das pessoas e da doença.

A história continua na vida das pessoas

As políticas públicas não foram homogêneas em relação ao controle da hanseníase nos diferentes períodos históricos, mas divergiram quanto ao modo de tratar do problema de acordo com as conquistas no campo das ciências e também dos movimentos sociais. No Amazonas, não houve muitas divergências em relação aos modelos e orientações de controle da doença pela política nacional, tendo pequenas diferenças em relação ao modelo gestão das instituições e às características do território. A política nacional, primeiramente com o Serviço Nacional de Lepra e depois com o Departamento Nacional de Lepra, foi descentralizada cabendo aos Estados e Instituições conveniadas executarem a política. Contudo, sabemos que os territórios têm uma relativa autonomia porque conhecem o seu lugar e sua população.

Os fenômenos locais e históricos foram marcados pela migração maciça de nordestinos nos períodos da borracha (final do século XIX e início do XX), dispersão da população no território cortado por rios e lagos, representando desafios para os serviços de saúde. Os principais serviços de controle da hanseníase estavam concentrados na capital, embora alguns municípios tenham criado pequenos locais de isolamento, como é o caso de Lábrea e Parintins. Nesses locais, a igreja católica teve um papel importante na organização de serviços e de assistência aos doentes.

A hanseníase continua sendo endêmica no Brasil, sendo a região Norte de maior incidência. Assim, a história não é de um passado distante, mas se faz presente no cotidiano dos serviços e nos territórios da vida das pessoas. Apesar dos avanços científicos no tratamento e na estruturação dos serviços, permanece o desafio de erradicar essa doença fortemente atrelada às condições sociais e ambientais da população. As tecnologias do cuidado em educação e a promoção da saúde são importantes estratégias de respostas para o enfrentamento da doença.

Aprendemos com a história que não se trata de fazer uma cronologia de fatos e eventos que marcaram uma determinada política, mas apresentar a complexidade dos fenômenos tanto do presente como do passado. A questão é saber que as perguntas são do presente para o passado, e que o entendimento da hanseníase como um problema de saúde pública ainda nos dias de hoje passa pela compreensão das forças políticas que decidem a agenda de prioridade. Políticas não são formulações exclusivamente técnicas de cientistas e de gestores, mas envolve também as vozes de movimentos sociais, usuários e sociedade.

O limite desse texto é não trazer a voz dos usuários que viveram nas “Colônias”, embora suas narrativas e discursos façam parte das nossas preocupações, seguindo sendo um compromisso com esses que se apresentam e deixam a sua marca nessa história. A vida social é múltipla e feita de relações, histórias de encontros e de muitos desencontros, embora não se resumam a amargas experiências.

REFERÊNCIAS

- ANGELA, I. [Depoimento]. Entrevistador: Júlio Cesar Schweickardt. Manaus: Fiocruz Amazonas. **Depoimento concedido ao Projeto Memória da Hanseníase no Amazonas**. 2012. (CD 1, duração 2 horas)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2 ed. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.
- BASTOS, N.C.B. **SESP/FSESP: 1942, evolução histórica, 1991**. Recife: Comunicarte, 1993.
- CABRAL, D. **Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2013.
- COIMBRA, A. R. **Relatório apresentado ao Ex. Sr. Dr. Getúlio Vargas, chefe do governo provisório da República**. Manaus: Imprensa Pública. 1932.
- CUNHA, V. S. Isolados “como nós” ou isolados “entre nós”? a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.17, n.4. 2010, p. 939-954.
- CUNHA, V. S. O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). **Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2005.
- DUCATTI, I. Discurso científico e legitimação política: Hanseníase e isolamento compulsório (Brasil, século XX). **Projeto História**. n. 34, São Paulo, 2007. p. 303-315.
- ENTREVISTA ADELE BENZAKEN realizada em 16 de Agosto de 2011. **Projeto de História e Arquitetura das Instituições do Amazonas (2009-2012)**.
- FIGUEIREDO, Ivan Abreu. O plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública. **Tese de doutorado**. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2006.
- FONTOURA, A. A.; BARCELOS, A.; BORGES, V. T. Desvendando uma história de exclusão: a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital-Colônia Itapuã. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.10, n.1. 2010, p. 397-414.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

- GAMA E ABREU, J. C. **Exposição do presidente de província do Amazonas lida em 25 de novembro de 1867**. Manaus: Typographia do Amazonas. 1868.
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 1998.
- LISBOA, A. **Campanha contra a lepra no Amazonas**. Manaus: Secretaria de Estado de Cultura do Amazonas. (Coleção Documentos da Amazônia). 2002.
- MACIEL, L. R. “Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). **Tese** (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007.
- MATTA, A. A. **Escorço histórico da lepra no Estado do Amazonas**. Rio de Janeiro: Sodré & Cia Editores, 1929a. 20p. (Separata *Brazil Medico*, n.10, 9 – 3 - 1929.
- MATTA, A. A. **Os sintomas iniciais das leproses: seu contágio e evolução relativamente rápida**. Rio de Janeiro: Impreza Graphica Editora, 1929b. (Reimpressão da *Scientia Medica*, Anno VII, n. 5, 1929.
- MATTA, A. A. **Relatório do Dispensário Oswaldo Cruz**. In: Uchoa, Samuel. Três meses de atividade: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Manaus: Imprensa Pública. 1922a.
- MATTA, A. A. **Relatório do Instituto Pasteur**. In: Uchoa, Samuel. Um ano de campanha: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Belém: A Semana – Casa Editora). 1922b. (A Semana era a editora que publicou o relatório e para deixar claro pode incluir Casa Editora)
- MATTA, A. A. **Relatório do Dispensário Oswaldo Cruz – Colônia Umirisal**. In: Uchoa, Samuel. Um ano de campanha: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Belém: A semana. 1922c.
- MATTA, A. A. **Geografia e topografia médica de Manaus**. Manaus: Tipografia da Livraria Renaud. 1916.
- MESQUITA, C. **O hospício Eduardo Ribeiro e o leprosário de Paricatuba**. Manaus: Tipografia Reis. 1926.
- MONTEIRO, Y. N. Profilaxia e exclusão: o isolamento compulsório dos hansenianos em São Paulo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.10, n.1. 2003, p. 95-121.

OFÍCIO ENVIADO AO INTERVENTOR DO ESTADO DO AMAZONAS, Alvaro Maia, em 22 de maio de 1944. Arquivo COC/SESP.

PANDYA, S. S. The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.10, n.2. 2003, p. 161-177.

PORTER, R. **The Greatest benefit to mankind: a medical history of humanity**. New York: Norton & Company, 1997.

PORTO, D. P. **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Amazonas**. Manaus: Imprensa Pública. 1930.

REGULAMENTO DO SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DO AMAZONAS. Decreto n. 1.413 de 30 de maio de 1921. Manaus: Imprensa Pública, 1921.

REGULAMENTO... **Regulamento da Leprosaria Vila Belisário Penna**. Decreto n.247. Manaus: Imprensa Pública. 1º out. 1929.

RELATÓRIO... **Relatório do secretário de Estado de Saúde do Amazonas**, Nelson Antunes Araújo Filho: gestão 1983. Manaus: 1983.

RELATÓRIO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS, Tancredo Castro Soares, Gestão 1979-1981. Manaus: 1981.

ROCHA, A.T.S. Contribuição da Fundação SESP para o controle da Hanseníase. **Revista da Fundação SESP**. n. 1, 1978.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.25, n.1, p.167-190. 2008.

SCHWEICKARDT, J.C. **Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas (1890 – 1930)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

SCHWEICKARDT, J.C.; PEREIRA, E. A memória da hanseníase no estado do Amazonas: a história de vida do isolamento na Colônia Antônio Aleixo e Paricatuba. **Projeto de Pesquisa**. Manaus. 2010.

SCHWEICKARDT, J.C.; PEREIRA, E. Abandono ou não-adesão: uma discussão sobre a hanseníase em Manaus/AM. **Projeto de Pesquisa**. Manaus. 2004.

SCHWEICKARDT, J.C.; XEREZ, L. A hanseníase no Amazonas: política e institucionalização de uma doença: **História, Ciências, Saúde - Manguinhos** (Online), v. 22, p. 1141-1156, 2015.

- SOUZA-ARAÚJO, H. C. **A história da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional. 1956.
- SOUZA, A. B. L.; SCHWEICKARDT, J. C. ‘O Sesp nunca trabalhou com índios’: a (in)visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** (Impresso), v. 20, p. 1635-1655, 2013.
- TALHARI, S. et al. Hanseníase no estado do Amazonas: histórico e desativação do leprosário. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 56, n.3, p.179-184. 1981.
- TAVARES, T. **Antônio Aleixo: de leprosário a bairro de Manaus**. Manaus: Edição do autor. 2011.
- UCHOA, S. **A Leprosaria de Paricatuba**. Manaus: Tipografia Palácio Real. 1926.
- UCHOA, S. **Um triênio de labor: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas**. Manaus: Lino Aguiar. 1924.
- UCHOA, S. **Um ano de campanha: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas**. Belém: A semana. 1922.
- WHITE, C. Carville and Curupaiti: experiences of confinement and community. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.10, n.1. 2011, p. 123-141.



CAPITULO 4

História da política de prevenção e controle do câncer no Amazonas: a criação do Centro de Controle de Oncologia - CECON, 1974.

Lucia Regina de Azevedo Nicida

Introdução

Dentre os inúmeros desafios que envolvem as questões relativas à saúde encontraremos aqueles que se referem a ações que possibilitam a prevenção, redução e controle dos casos de câncer. Doença considerada um grande problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento, que apesar dos avanços científicos ocorridos no século XX, ainda desperta um grande temor na população.

A crescente incidência dos casos de câncer em grande parte do mundo faz com que diversos países busquem, cada vez mais, adotar medidas efetivas de prevenção na atenção básica e atenção especialidade (relacionada ao diagnóstico precoce) para reduzir os números de novos casos, assim como medidas de controle e redução das taxas de mortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 40% das mortes por câncer poderia ser evitada, o que transforma as estratégias de prevenção num importante componente em qualquer plano de controle do câncer (BRASIL, 2012).

Outro aspecto que merece um cuidado acurado, diz respeito às análises e às ações realizadas em países de baixa e média renda uma vez que, segundo dados do GLOBOCAN - Programa de Controle do Câncer da OMS, mais de 70 % das mortes por câncer ocorreram nesses países (WHO, 2013). Considerando-se somente as mortes por doença, as neoplasias representam a segunda causa de morte em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2011). Na região Norte ela tem alcançado índices preocupantes principalmente aqueles que se referem ao câncer do colo do útero, de pele, de estômago e de mama.

Inclui-se ainda, neste panorama, que além dos problemas concernentes a própria doença, acrescentam-se outros relativos a características únicas do estado do Amazonas onde se inclui a diversidade de seu ambiente natural e de desigualdades sociais. Estas características aparecem como condicionantes e determinantes quando se

pensa nas ações que serão implementadas na região, em relação à mobilização da população para proceder à prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença (SCHWEICKARDT, 2011).

Nesse sentido, a produção histórica sobre as políticas de saúde, dirigidas ao enfrentamento da doença, podem contribuir para o entendimento dos modelos assistenciais que têm sido adotados, das relações políticas que têm sido estabelecidas e como tem se dado a interlocução entre as diferentes esferas políticas. Consideramos, ainda, que o conhecimento histórico em muito tem a contribuir para o controle do câncer, pois além de nos permitir o registro e a memória daquilo que já foi vivido e experimentado, nos possibilita também, compreender o sentido das ações que já integraram as políticas de controle em outros momentos. Desse modo, podemos perceber possíveis caminhos para o alcance de resultados positivos em relação à prevenção e controle.

Assim, com o objetivo de compreender essa realidade, este trabalho pretende responder a seguinte questão: como se configurou o processo de estabelecimento das políticas públicas referentes ao câncer no estado do Amazonas, que culminou com a criação do Centro de Controle de Oncologia – CECON no ano de 1974?

A opção justifica-se pelo fato de que, embora no Estado do Amazonas a história da temática do câncer se inicie com a Liga Amazonense de Combate ao Câncer - LACC em 1955, será a partir de 1974 que as políticas de controle do câncer passam a ser realizadas por uma instituição de referência. A criação da instituição inaugura um processo de ampliação da oferta de serviços voltados para a região norte, diminuindo a necessidade de encaminhar os doentes para outros estados da União.

Para tanto estabelecemos como objetivo da pesquisa compreender como as políticas públicas referentes ao câncer foram aplicadas na região, e sua relação com o Programa Nacional de Controle do Câncer (década de 1970), a partir desta instituição de referência. Desta forma pretendemos contribuir com os estudos históricos que

relacionam a região e a nação, buscando compreender a inter-relação de políticas públicas de saúde.

A saúde e o câncer no Amazonas no período que antecede a criação do CECON

Com a implantação da ditadura civil-militar, em 1964, o Brasil experimentou um projeto que ficou conhecido por “milagre brasileiro”. Nele, ao mesmo tempo em que o avanço econômico era impulsionado; o abandono das causas sociais também pode ser fortemente sentido gerando baixos índices de saúde, educação e habitação. “O ‘capitalismo selvagem’ caracterizou aqueles anos e os seguintes, com seus imensos projetos que não consideravam nem a natureza nem as populações locais” (FAUSTO, 2012, p. 415).

O Estado do Amazonas, local no qual se concentra nosso trabalho, se inclui nesse projeto econômico nacional, em que se destaca a Operação Amazônica, instituída em 1966, com a proposta de modernizar e de integrar a região ao Brasil; e a implantação da Zona Franca de Manaus ocorrida em 1967 (SERÁFICO; SERÁFICO, 2005). Várias indústrias se instalaram na da cidade de Manaus, com uma proposta de criação de quarenta mil empregos. Para possibilitar essa transformação, foram montadas as estruturas para que essas indústrias se estabelecessem, mas a mesma preparação não ocorreu para o acolhimento das pessoas que foram atraídas. A cidade que possuía cento e cinquenta mil habitantes em 1968, passou para seiscentos mil em 1975 (SOUZA, 2009).

É nessa atmosfera de significativas transformações econômicas e sociais, que emergiram inúmeros desafios envolvendo questões relativas à saúde, e dentre elas as que se relacionam aos casos de câncer, que desenvolveremos as análises relativas a este estudo.

No âmbito da política nacional de saúde, teremos o estabelecimento do Plano Nacional de Saúde – PNS que, revestido de ideais de desenvolvimento, propunha a privatização do setor, e se distan-

ciava do conceito de saúde enquanto bem-estar. A visão de saúde era compreendida como um investimento capaz de gerar alta rentabilidade. A política dava ênfase na medicina assistencial, curativa e individual, provocando um profundo abalo na política de combate ao câncer, preconizada pelos cancerologistas.

Em meio a tantos abalos, o que se conseguiu, no ano de 1967, quando Leonel Tavares de Miranda ocupava o cargo de ministro da saúde e Adayr Eiras de Araújo dirigia o Serviço Nacional do Câncer, foi instituir a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC. Fruto de um processo de luta que se estendia desde 1964. A CNCC vinha com a proposta de intensificar e coordenar as atividades públicas e privadas relativas ao câncer, em todo o território nacional, apesar de enfrentar sérios obstáculos devido à política de contenção de verbas do governo (BODSTEIN, 1987).

É nesse contexto de abalos e mobilizações que iniciaremos as primeiras considerações concernentes a política de saúde do Estado do Amazonas, analisando a gestão anterior aquela onde ocorrerá a criação do CECON, para que possamos compreender os fatores que, conjugados, favoreceram o estabelecimento da instituição.

Entre 1967 e 1971, Danilo Duarte de Matos Aersa assume como governador do Estado do Amazonas, indicado pelo então Presidente Castelo Branco e na secretaria de saúde o Dr. José Leite Saraiva. Segundo o Relatório de Atividades da Secretaria de Saúde (1967-1969) com a intenção de dar maior ênfase a Medicina Preventiva do que a Assistencial, a secretaria passou a atuar através de 03 frentes de trabalho: Departamento Médico Hospitalar; Departamento de Medicina Preventiva e uma Superintendência dos Serviços Médicos do Interior - SUSEMI-Am (AMAZONAS, 1970).

O discurso na medicina preventiva pode parecer contraditório com o direcionamento do governo federal, que naquele momento tinha como foco a assistência privada hospitalar. Contudo quando se observa os interesses ali embutidos constatamos que eles se complementavam já que a chamada medicina preventiva se concentra-

va nas ações de imunização as doenças transmissíveis, exames nos postos médicos e exames laboratoriais. Ou seja, medidas que visavam prevenir a ocorrência de doenças infectocontagiosas, como forma de enfrentamento dos problemas gerados pela chegada de um grande contingente de migrantes.

Pretendiam manter o mínimo de condições de saúde, que garantisse a realização do trabalho e a geração de riquezas econômicas ambicionadas pelas empresas que se instalavam no Estado, em conformidade com os interesses econômicos vigentes. Tal direcionamento não incluía investimentos em campanhas de educação e conscientização que seriam elementos que consideramos como fundamentais em um processo que se diga ser de prevenção.

No relatório citado, encontramos menção ao Serviço de Câncer, que no primeiro ano daquele governo realizou uma compra de aparelhagem científica (que não aparece especificada), com recursos oriundos de campanha liderada pela Primeira Dama do Estado, Violeta de Matos Aerosa. Campanhas como estas recebiam o suporte da Liga Amazonense de Combate ao Câncer – LACC, que havia sido fundada em 02 de fevereiro de 1955, pelo médico Mário Sahdo (LACC, 1999).

Nesse período, os doentes eram atendidos no Hospital Geral Getúlio Vargas, e a LACC atuava na captação de recursos dando o suporte financeiro para que os tratamentos fossem realizados. Fazia compra de medicamentos, vestuário, material de enfermagem, entre outros; além de sistematizar um acompanhamento do número de doentes acometidos pela doença e os tratamentos a eles aplicados (LACC, 1969a).

Sobre os dados encontrados, nos relatórios da LACC de 1968, vimos uma totalização de 258 atendimentos realizados, dos quais 68 apresentavam a doença. E entre os procedimentos realizados foram enumerados: a realização de 60 cirurgias, 30 biópsias, 21 tratamentos com radioterapia (realizados fora do Estado) e 13 pacientes que se encontravam Fora de Possibilidade Terapêutica – FPT (LACC,

1969b). E em ofício do Ministério da Saúde, de 06 de janeiro de 1969, dirigido à LACC encontra-se a menção do repasse da quantia NCR\$5.000,00 (cinco mil cruzeiros novos) para custeio de suas atividades, indicando as diferentes origens dos recursos movimentados pela Liga (BRASIL, 1969).

Desejando melhores condições para a realização de seus trabalhos, em 30 de janeiro de 1969, Mário Sahdo esboçava sua intenção de, através da referida instituição, construir uma clínica próxima ao Hospital Getúlio Vargas, com recursos que seriam solicitados da Direção do Serviço Nacional de Câncer já que até aquele momento:

A Liga Amazonense Contra o Câncer, vem desenvolvendo suas atividades juntamente com o Serviço de Câncer do Estado no Hospital ‘Getúlio Vargas’, onde possui a sua disposição Leitos para tratamento cirúrgico e quimioterápico de seus pacientes além de uma sala para ambulatório. (...) foi examinado todo o problema relativo a Liga e ficou estabelecido que seria preciso a construção de uma Clínica que viesse dar maiores condições de trabalho as nossas atividades (LACC, 1969c, p.2).

Segundo esta proposta, seria firmado um convênio com a Fundação da Universidade do Amazonas para que pudesse ser utilizado um terreno próximo ao Hospital, e onde o Governo do Estado se comprometeria com a sua construção (LACC, 1969c). Contudo não foram encontrados outros registros especificamente tratando deste projeto, além do que aparece mencionada a constante ameaça de cortes de verbas, o que dificultaria sua execução; demonstrando similaridade com o que ocorria na esfera federal (AMAZONAS, 1970).

Ainda no ano de 1969, em outra referência ao Serviço de Câncer do Estado, o médico Mário Isaac Sahdo é enviado para participar da V Campanha Nacional de Combate ao Câncer, realizada no Rio de Janeiro e para o Congresso Brasileiro de Cancerologia

realizado em São Paulo, a fim de se inteirar e participar das discussões e trabalhos sobre o tratamento do câncer que estavam sendo desenvolvidos (AMAZONAS, 1970).

Amazonense, nascido em julho de 1930, Mário Sahdo foi médico e professor de medicina da Universidade do Amazonas com especialização em radioterapia e cancerologia pelo Serviço Nacional de Câncer do Estado do Rio de Janeiro. Entre as décadas de 1960 e 1970 foi referência para o tratamento de câncer no Estado, além de grande incentivador para o ensino da cancerologia na Universidade do Amazonas.

Personagem que se destacou na intermediação, tanto em relação à disseminação do conhecimento entre os médicos locais, como em relação a sua ativa participação na implantação e desenvolvimento das ações e da política do câncer, atuou como diretor a frente da Liga Amazonense Contra o Câncer - LACC e participou da movimentação para criação do CECON (LACC, 1999).

Em 1969, o Serviço de Câncer do estado apresenta um balanço de 366 pacientes consultados, dos quais em 13% foi confirmada a presença de câncer e 3% deles foram enviados para outros estados para a realização de tratamento radioterápico. Nesta ocasião, ressaltou o então secretário, sobre a necessidade de compra de equipamento de radioterapia, para que fosse evitado o desconforto das viagens dos doentes para fora do Estado, assim como o sofrimento daqueles que permaneciam em Manaus a espera de um tratamento adequado. Acrescenta sobre o momento oportuno para a compra, dada a existência de recursos oriundos de doação da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia – SUDAM (AMAZONAS, 1970).

Demonstrando que a necessidade de descentralização de serviços já fazia parte da pauta de discussões da secretaria de estado, contudo não encontramos menção da existência de um número significativo de profissionais que realizassem procedimentos relacionados à doença.

Corroborando com nossa análise sobre a necessidade de arrematamento de um maior número de profissionais voltados para o tratamento do câncer na região, destacamos o envio do Dr. Sardo para participação em Congressos e eventos como alternativa de aprofundamento dos conhecimentos médicos sobre a doença. E do movimento que se fazia, quando em seu retorno a cidade, em prol da disseminação deste conhecimento entre os pares, a citar os médicos João Lúcio Pereira Machado, Jorge Laerte Gennari e Yassunari Ishida (BOTELHO, 20 jan. 2015; COELHO, 04 nov. 2014), nomes que podem ser considerados como a 1ª geração de médicos envolvidos com questões relativas ao câncer no Estado do Amazonas.

Outra diretriz adotada pela secretaria e que indiretamente se relacionará a criação do CECON, foi o projeto desenvolvido pela SUSEMI. O Projeto de Implantação das Unidades Médicas do Interior (PIUMI) compreendeu a aquisição de 43 Unidades Médicas pré-fabricadas de origem inglesa, com o objetivo de enfrentamento das questões relativas à oferta de serviço de saúde nos municípios do interior (AMAZONAS, 1971).

A compreensão mais ampla do significado da implantação deste projeto ultrapassava os limites da área da saúde. No processo de negociação para sua implementação, o então Ministro do Interior, José Costa Cavalcanti, em defesa da execução do PIUMI, esclarece que o interesse que ali se expressava era o de integração da Amazônia, pois se acreditava que com uma infraestrutura de saúde estabelecida se conseguiria “fixar” o homem no interior, o que por sua vez seria um dos componentes do processo de desenvolvimento regional. Algumas dessas Unidades serão realocadas para servir de instalação ao CECON.

Criação do CECON

No ano de 1971, pela indicação do Presidente Médici, assume como governador o coronel e engenheiro João Walter de Andrade, e como secretário de saúde o Dr. Antônio Ricci.

O novo governo solicita a Comissão de Desenvolvimento do Estado do Amazonas – CODEAMA, órgão de assessoria do poder executivo, um estudo sobre o andamento do projeto. Constata-se então que até 1971, somente 33% do material havia chegado ao interior, e que mais de 60% estava se deteriorando em Manaus. Além disso, o relatório aponta uma série de outros entraves que vieram a comprometer o andamento do projeto: a imprecisão das informações concernentes a qualidade dos materiais que haviam sido entregues; imprecisão dos relatórios de fiscalização e falta de organização, ocasionando envio de materiais de forma incorreta e para regiões erradas.

Identifica-se que a empresa SORTEC contratada para a prestação de assistência técnica não atendia as exigências relacionadas a qualidade do serviço, assim como a empresa de engenharia Kosmos S.A. responsável pela execução do projeto não estava cumprindo os prazos estabelecidos no cronograma. A Kosmos se justifica atribuindo a responsabilidade a Susemi-am por não ter efetuado os pagamentos no tempo previsto, e a Susemi-am, por sua vez, justifica que a falta de repasse de recursos.

O fato é que, com o atraso do projeto, os materiais foram se deteriorando pela falta de acondicionamento apropriado desses materiais que haviam sido entregues em Manaus, mas que não tinham sido enviados para o interior. Por conseguinte, surgiram outras dificuldades tais como: o desaparecimento da identificação e codificação das peças; aumento do risco de envio de material trocado para o interior, aumento do custo previsto de envio e o atraso das obras; aumento do risco de perda de material, o que impediria a conclusão das instalações. Sem contar com o risco de perda do material de construção e do equipamento médico de forma irreversível (AMAZONAS, 1971).

O estudo demonstrava, também, que além do alto custo que envolvia a manutenção das Unidades e a conservação dos materiais, havia outro item que sequer havia sido contemplado no projeto original que era a apreciação cuidadosa sobre se existiam profissionais habilitados para a realização dos serviços de saúde que seriam dis-

ponibilizados e se estes profissionais estariam dispostos a permanecerem no interior (AMAZONAS, 1975).

Ademais observando a correspondência entre os Ministérios: do Interior, da Saúde, do Planejamento e Coordenação Geral, do Ministério Extraordinário para assuntos do Gabinete Civil percebe-se que entre eles havia uma coincidência de pensamento e proposta no que tange a ocupação da Amazônia como questão de segurança nacional e sobre a realização de projetos que viessem a ocupar o “vazio” ali existente (AMAZONAS, 1971).

Coincidiam também na intenção de criação de uma infraestrutura capaz de “fixar do homem” no interior, sendo citado tanto o projeto de construção da transamazônica, como o Plano Estadual de Saúde apresentado pelo governo do estado do Amazonas como elementos importantes nesse processo. Contudo em relação ao repasse de verbas para execução das ações estabelecidas pelo referido Plano de Saúde do Estado, o que se viu foram reiterados pedidos de apreciação do caso. O repasse não se dava a contento do Governo do Estado com inúmeros pedidos para a intermediação do Ministério do Interior para aceleração do processo de liberação de recursos (AMAZONAS, 1971).

A nova gestão concebe novas diretrizes para o setor da saúde, considerando que mesmo que um bom plano de saúde fosse instaurado no interior, este só se tornaria viável com a implantação de uma estrutura básica na capital que viesse a lhe dar o necessário apoio. Para se contaria com a cooperação de outras entidades como a Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP)², o INPS, o Comando Militar, Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRU)³, as Missões Religiosas e as Universidades (AMAZONAS, 1975, p.11).

Nesse sentido ela passa a concentrar seus esforços e recursos em Manaus. A SUSEMI é extinta e suas responsabilidades e ativida-

2 Criada em 1942 e que financiou a expansão da Rede Primária de Atenção à Saúde no Estado.

3 Fundo criado em 1963 foi aplicado em projetos nas cidades vizinhas a Manaus, assim como nos bairros periféricos da própria cidade (BRASIL, 2015)

des são transferidas para a própria secretaria de estado, redefini-se o PIUMI ocorrendo a suspensão da instalação de novas unidades no interior. Sobre as que continuavam em Manaus seriam utilizadas em novas construções, na própria cidade, ou adaptadas em construções já existentes para ampliação de seus espaços físicos (AMAZONAS, 1975). Segundo Ricci o plano não estava adequado a realidade financeira do Estado⁴ e:

Não havendo estrutura para obras de tal envergadura e não tendo a SUSEMI conseguido recursos suficientes, encontramos o órgão em precárias condições financeiras e o Interior do Estado com apenas uma unidade pré-fabricada implantada, a do Município de COARI e assim mesmo, funcionando em regime reduzido, com grandes dificuldades.

Outras unidades com obras já iniciadas, estavam paralisadas por falta de recursos e outras ainda, com material precariamente armazenado nos municípios e já em deterioração franca. Na Capital a maior parte do material não remetido para o interior se encontrava em péssimas condições de armazenamento, amontoados ao tempo, sofrendo deterioração (AMAZONAS, 1975, p.11).

Um novo Plano passa a ser aplicado, normatizando e regulamentando o sistema de estadual de saúde para que funcionasse de forma mais integrada e harmônica. Para o interior se propõe a implantação de unidades médicas de menor complexidade, acompanhada de um programa de saneamento e abastecimento de água que contribuiria com as condições de saúde e diminuiria o volume de serviços da assistência médico hospitalar de Manaus (AMAZONAS, 1972).

4 Segundo consta no Anexo II do relatório final da gestão do Dr. Antônio Ricci foi pago pelo governo anterior a quantia de Cr\$ 3.418.220,45; pela sua gestão um total de Cr\$ 23.560.528,17, e restou a pagar em promissórias, sem a inclusão dos juros, o valor de Cr\$ 17.359.983,19 (AMAZONAS, 1975).

As ações seriam concentradas no enfrentamento das doenças transmissíveis, com destaque para aquelas que apresentavam elevada taxa de incidência: tuberculose, sarampo, coqueluche, hepatite infecciosa, malária e hanseníase. Para tanto seriam adotadas ações relativas a educação sanitária; e como suporte técnico se incluiria a compra de instrumentos para montagem do serviço de bioestatística, capaz de colher e analisar informações e fornecer os dados para a execução dos programas.

O Programa esclarece que a responsabilidade do Estado em relação à saúde individual seria de caráter supletivo, devendo atender a assistência médica e hospitalar aos “desprovidos de meios, aos que não se encontram filiados a algum sistema previdenciário” (AMAZONAS, 1972, p.14). Segundo o secretário, foi por ter arcado com o ônus da saúde individual que o Estado comprometeu o bom andamento das atividades relacionadas a saúde coletiva, de tal forma que doravante, a saúde individual seria deixada a cargo do setor privado e do sistema previdenciário.

Diante do crescimento da cidade a Secretaria de Saúde do Amazonas (SESAU) assume como urgente a necessidade do aumento de número de leitos destinados as doenças de curta permanência, e aumento do número de postos de saúde. Também, concentra esforços na instalação de programas de saúde específicos como: o Programa de Assistência Médico Sanitária à Gestante; o Programa de Assistência Médico Sanitária a Criança de 0 a 4 anos; o Programa de Controle de Doenças Transmissíveis para a cidade de Manaus. Além disso, a SESAU planeja ações voltadas para a educação e informação à comunidade sobre os programas de saúde que seriam instalados (AMAZONAS, 1972).

Passa a fazer parte da pauta de discussões a questão do reduzido número de profissionais da área da saúde: médicos, enfermeiros e técnicos de laboratórios; de sua concentração na cidade de Manaus, e sobre a necessidade de que fossem destinados recursos para treinamento e capacitação de pessoal. O Estado solicita a participação

financeira do Governo Federal esclarecendo que sem ela seria inviável a execução do Plano de Saúde estadual (AMAZONAS, 1972).

Dentre as intenções expressas no Plano Estadual de Saúde, do ano de 1972, não aparece qualquer referência a ações voltadas para o Serviço de Câncer ou sequer qualquer menção a doença enquanto um problema a ser enfrentado.

No âmbito nacional, nessa década de 1970, o modelo político e econômico adotado pelos militares apresenta sinais de desgaste, impelindo ao redirecionamento de várias posições do governo, e dentre elas, aquelas relacionadas à saúde. O desequilíbrio social acentuado com aumento da população pobre; o processo de migração do campo para a cidade, gerando um aumento populacional concentrado em grandes centros urbanos, faz aumentar a preocupação em se evitar movimentos que pudessem colocar em risco a estrutura de poder que havia sido montada (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Com a crise econômica internacional, em decorrência do aumento do preço do petróleo, em 1974, se encerra o ciclo de forte crescimento econômico. No país, as tensões sociais se ampliam, originando movimentos por mudanças nas condições sociais, e dentre elas as que se relacionam com área da saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Como parte desse redirecionamento, o Serviço Nacional do Câncer (SNC) se transforma em Divisão Nacional do Câncer (DNC) e sob a direção de João Sampaio Góes, instituiu-se o Programa Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), que visava integrar as ações de enfrentamento do câncer em todo o Brasil. O Programa tinha como objetivo a prevenção e o diagnóstico precoce; ou seja, a descoberta da doença em situação que fosse possível a oferta de tratamento imediato e adequado ao paciente (BRASIL, 1973).

Entre as justificativas apresentadas para o seu estabelecimento incluía-se o fato do câncer ser uma das doenças que trazia prejuízo sócio econômico, na medida em que o seu tratamento implica um

alto custo, e alocação de recursos, de além de provocar desequilíbrios e desajustes familiares,

...uma vez que o mal atinge não só as mulheres numa das fases mais produtivas, ou seja, de 25 a 45 anos, como conseqüentemente facilitará desajuste nos filhos carentes de amor materno facilitando o desenvolvimento de desajustados e delinquentes juvenis. Outro fato doloroso é a incidência do mal em crianças de 5 a 14 anos contribuindo com 1/6 de óbitos ocorridos nesta idade. Verifica-se, por estes dados, que qualquer investimento a ser feito pelo Governo Brasileiro será rentável, se apoiado em uma estrutura sólida (BRASIL, 1973, p.2).

O programa é então organizado a partir da definição de quatro grandes metas: implantação do Sistema; ensino e pesquisa; prevenção e detecção; tratamento, acompanhamento e reabilitação. Os recursos destinados prioritariamente ao controle da doença, assim como as normas e regulamentos que envolveriam tanto a área administrativa, a médico-assistencial e quanto à epidemiológica. O programa implementaria um arquivo de dados estatísticos para o registro e controle das atividades como forma de possibilitar um acompanhamento contínuo, e desta forma forneceria as informações para área de ensino e pesquisa. Pretendia-se contemplar a formação, treinamento e especialização de recursos humanos da área médica e técnica, assim como estruturaria a Campanha Nacional de Combate ao Câncer garantindo uma atuação contínua (BRASIL, 1973).

Considerando a grande extensão territorial brasileira, as dificuldades de locomoção a falta de estrutura e recursos de toda ordem encontradas em várias localidades o programa previu a criação:

...em todos os Estados do País Centros de Controle do Câncer de caráter comunitário, com a participação dos Governos Federal, estadual e Municipal, das

instituições oficiais e privadas e do povo em geral e com atividades coordenadas e orientadas pelo Ministério da Saúde (Divisão Nacional de Câncer).

Esses Centros, guardando as devidas proporções quanto às populações a serem atendidas e as possibilidades materiais e humanas do local, estão sendo equipados como verdadeiros Centros de Controle da doença.

Todas as capitais de Estado contam assim com Centros Estaduais de onde se estenderá o atendimento à toda população (BRASIL, 1973, p.2, grifo no original).

Com a instauração do Programa, foram firmados convênios entre o Ministério da Saúde e os Governos Estaduais, e através do Ministério do Planejamento seriam liberados os recursos, para construir, reformar, comprar equipamentos e manutenção dos leitos hospitalares. (BRASIL, 1973; TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Até então, a clínica de câncer, que como mencionado anteriormente, funcionava no Hospital Getúlio Vargas tendo a frente o Dr. Sahdo, oferecia serviços que incluíam a intervenção cirúrgica e a utilização de um aparelho de radioterapia, que tinha como fonte o raio-X⁵ (COELHO, 04 nov. 2014). Mas, neste contexto, passa a ter a sua transferência indicada a funcionar como Centro de Controle em uma unidade independente, tendo na sua construção a utilização das unidades pré-fabricadas inglesas⁶ que estavam sendo realocadas.

5 Tratamento que embora tido por alguns médicos da época como pouco eficiente e restrito, apresentava-se como útil por seu caráter paliativo. No processo de transferência do aparelho, após a inauguração do CECON, ocorreu um erro operacional, os cabos de força foram cortados de maneira incorreta e o aparelho ficou por um tempo parado até que se conseguisse a reposição de suas peças junto ao fabricante. Tornando-se obsoleto o aparelho ainda permaneceu por um tempo no CECON apenas como referência histórica (COELHO, 04 nov. 2014).

6 No mesmo período outras construções e ampliações hospitalares são realizadas em Manaus com a utilização dos referidos materiais, a citar: a construção das Unidades de Serviço Parque 10, Morro da Liberdade, Santo Antonio, Alvorada, Japiim, Hospital de Isolamento “Chapot Prevost” (AMAZONAS, 1972).

Ao proferir uma conferência na manhã de ontem, por ocasião da cerimônia de aniversário do Hospital “Getúlio Vargas, o Secretário de Saúde, Médico” Antônio Ricci, anunciou que, dentro dos próximos dias será instalada a clínica de Cardio-Uro-Renal, no Hospital “Getúlio Vargas”.

Revelou também o titular da SESAU que, “já a partir dos primeiros dias de outubro, a clínica de câncer que ainda funciona no “Getúlio Vargas”, será transferida para o centro de Controle do Câncer, que irá funcionar no hospital construído no Conjunto “D. Pedro Primeiro” (RICCI..., 1974, p.2).

Desta forma, podemos dizer que a criação do CECON está relacionada com a implantação do Programa Nacional de Controle do Câncer; e sua relação com os programas de saúde do estado do Amazonas.

Centro de Câncer terá Ministro na inauguração

Para presidir as solenidades de inauguração do Centro de Controle de Câncer, estará em Manaus no próximo dia 21, o Ministro da Saúde, cientista Paulo Machado. O Centro de Controle de Câncer implantará no Estado do Amazonas, o Programa Nacional de Controle de Câncer.

Informou o Secretário de Saúde do Estado do Amazonas, Sr. Antonio Ricci, que a construção do Centro de Controle de Câncer foi realização do governo do Estado, e que sua manutenção também está a cargo desse mesmo órgão estadual sendo que o Ministério da Saúde os auxiliará com equipamentos e recursos para pesquisas. Esta unidade especializada tem a finalidade exclusiva de fazer diagnóstico precoce para prevenção e controle da doença.

Como funcionará o centro

Durante o período de funcionamento, essa unidade colherá dados que serão manipulados por um Banco de Dados, a fim de se definir a situação real da incidência do Câncer na Amazônia Ocidental. Estará apta a fazer o tratamento especializado, clínico ou cirúrgico das formas iniciais de tumores malignos, e para isso contará com um laboratório especializado, salas munidas de Colposcópios para diagnosticar doenças de câncer ginecológico, salas de biópsias, centro cirúrgico e 20 leitos para observação de casos, bem como, constará de imediato com o equipamento de radioterapia do H. G. V. e o apoio dessa unidade hospitalar para grandes cirurgias.

Os exames para a detecção dos casos iniciais serão feitos não só nessa unidade, como também em todas as redes hospitalares e sanitárias da rede estadual, bem como das redes particulares. Disse ainda o Secretário de Saúde que, para o próximo ano será instalada no centro, uma bomba de Cobalto, para tratamento denominado Cobaltoterapia, e que este aparelho será doado pelo Ministério da Saúde (CENTRO..., 1974, p. 3).

Constatamos que inicialmente o programa de saúde do Estado não apresentava uma preocupação específica em relação à política de combate e tratamento do câncer. Contudo verificamos uma mudança deste posicionamento, que se relacionaria a proposta do governo federal estabelecida pelo PNCC, e que no Estado no Amazonas será fortemente incentivada pelo então Ministro Paulo Almeida Machado.

Assim se tomarmos como base as análises de Béland (2005) sobre a incorporação de uma determinada matéria na pauta de políticas públicas: “[a] eleição de um novo governo ou o surgimento de um poderoso grupo de interesse pode remodelar a agenda política

e ajudar a atrair ideias políticas novas para o centro do debate político” (BÉLAND, 2005, p.10). O que nos permite compreender que embora o câncer ainda não apresentasse índices alarmantes, quando comparados a outras doenças existentes no Estado, e que ainda não fosse considerado, pela gestão local, como problema a ser enfrentado de forma urgente naquele momento; a interlocução entre personagens locais junto à movimentação do governo federal, através da agenda estabelecida pelo PNCC, impulsionou a criação do Centro e das ações que passam a ser implementadas.

Inaugura-se, então, em 21 de dezembro de 1974, no Conjunto D. Pedro I, o Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – CECON, instituído como unidade hospitalar especializada. Fora assim instituído pela Portaria de N° 64, assinada em 25 de junho de 1974, através de um convênio assinado entre o Governo do Estado do Amazonas - Secretaria de Saúde e o Ministério da Saúde – Divisão Nacional de Câncer (DNC). Sendo a secretaria a encarregada por manter as instalações e equipamentos que ali seriam instalados, assim como os funcionários necessários para a execução do programa (AMAZONAS, 1974a; AMAZONAS, 1974b).

Contando com a presença do Ministro, no dia da inauguração, Antônio Ricci em seu discurso declara: “Ganha hoje o Amazonas o seu centro de controle de câncer, significando que pelo esforço do governo Estadual, Federal e do Ministério da Saúde o Câncer será tratado com mais carinho tal como todas as doenças infecto contagiosas” (MINISTRO..., 1974, p. 2). Tal posicionamento abriu a perspectiva da incorporação do câncer na pauta de trabalho do Estado de forma mais contundente, ganhando espaço junto às doenças de tradicionalmente causavam maior impacto na região.

Desta forma o CECON como unidade hospitalar especializada, era composto por 20 leitos que passaria a prestar auxílio a pacientes com câncer; e naquela oportunidade foram designados: o Dr. Mário Sahdo, como diretor clínico, a Dr^a Maria Zélia Fiorillo Casella, como diretora administrativa do Centro e o Sr. Heyder Loureiro Pi-

nagé, como representante da Secretaria de Saúde junto ao Núcleo Central (setor responsável pela orientação e fiscalização do emprego das verbas oriundas da Divisão Nacional de Câncer), seguindo as diretrizes estabelecidas pelo convênio SESAU/DNC (AMAZONAS, 1974a; COELHO, 04 nov. 2014).

Conclusão

A instalação da Zona Franca de Manaus fez emergir importantes desafios no setor da saúde no Estado do Amazonas, criando uma situação de urgência na implementação de medidas que pudessem conter os agravos gerados pelo crescimento populacional, em especial aqueles encontrados na cidade de Manaus.

A construção do Serviço do Câncer realizado por uma instituição especializada no seu tratamento é um importante legado deste período e o entendimento desta conquista perpassa pela identificação da influência de movimentos políticos nacionais com o fortalecimento do PNCC, associados a conjunturas locais, tais como a implantação de diversos programas de saúde por parte do Estado e a necessidade de redirecionamento de utilização das unidades pré-fabricadas do projeto PIUMI.

O estudo das áreas caracterizadas como periféricas, como o caso da região amazônica, nos permitiu dar visibilidade a forma como as políticas nacionais são assimiladas no dia-a-dia vivido pelas cidades. E essa perspectiva de pesquisa também possibilitou a inclusão dentro da historiografia nacional de atores que tiveram importante participação nesse processo de desenvolvimento das políticas públicas de combate e controle do câncer no Estado e da inter-relação que se estabelece entre centro e periferia.

Percebemos a falta de continuidade entre as políticas de saúde dos dois governos estaduais estudados, incluindo os diferentes posicionamentos em relação ao Serviço de Câncer. A compreensão dessa descontinuidade perpassa pela apreciação de diferentes fatores:

crise econômica internacional, o PNCC e as mudanças na conjuntura local. Também foi possível identificar que os recursos financeiros para aplicação no Serviço de Câncer do Estado tinham como origem tanto as atividades filantrópicas, quanto as doações e receitas do setor público, e não foram encontrados registros da atuação da iniciativa privada naquele período.

Dentre as limitações apresentadas por este trabalho encontram-se a análise aprofundada dos dados sobre a atuação dos movimentos sociais, a citar a Liga Amazonense de Combate ao Câncer e dos movimentos da comunidade médica que por ventura estiveram relacionados com o este processo de criação.

Finalizando consideramos a importância de realização de estudos sobre a política pública de controle do câncer no estado, a fim de analisar e contribuir com os estudos históricos que relacionam a região e a nação, para melhor compreensão da inter-relação de políticas públicas de saúde.

Referências bibliográficas

AMAZONAS, Secretaria de Saúde. **Relatório das Atividades da Secretaria de Saúde, 1967-1969**. Manaus: Imprensa Oficial, 1970.

AMAZONAS. Secretaria de Planejamento e Coordenação Geral. Comissão de Desenvolvimento do Estado do Amazonas – CODEAMA. **Relatório sobre o Projeto de Implantação das Unidades Médicas do Interior** – PIUMI. Manaus, v. II, jun. 1971.

AMAZONAS, Secretaria de Saúde. **O Programa de Saúde e sua Implantação**. Manaus, set. AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 64 de 25 de junho de 1974. Resolve a criação do Centro de Controle de Câncer do Estado do Amazonas. **Diário Oficial**. Manaus, 1 jul., 1974a.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 65 de 25 de junho de 1974. Designa diretora administrativa do Centro e representante do Núcleo Central. **Diário Oficial**, Manaus, p.7, 1 jul. 1974b.

AMAZONAS, Secretaria de Saúde. **Relatório Final: Dr. Antônio Ricci**. Manaus, 1975.

BÉLAND, Daniel. Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. **Social Policy & Administration**, v. 39, n. 1, p. 1-18. 2005.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (Coord.). **História e Saúde Pública: A política de controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

BOTELHO, João Bosco Lopes. [Depoimento]. Entrevista concedida a Lucia Regina de Azevedo Nicida. Gravação em áudio (45 min.). 20 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seção de Execução da Divisão do Orçamento. **Presta esclarecimentos**. Rio de Janeiro, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer**. Rio de Janeiro, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio a Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação Educação. **ABC do câncer: abordagens básicas para controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Sobre a criação do Fundo de assistência**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/1960-1973/>. Acesso em: 23 fev. 2015.

CENTRO de Câncer terá Ministro na inauguração. **A Crítica**, Manaus, 1º caderno, p.2. 16 dez. 1974.

COELHO, Manoel Jesus Pinheiro. [Depoimento]. Entrevista concedida a Lucia Regina de Azevedo Nicida. Gravação em áudio (46 min.). 04 nov. 2014.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; et al. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.59-81. 2005.

FAUSTO, Boris. O Regime Militar, 1964-1985. In: **História do Brasil**. 14ªed. São Paulo: Universidade de São Paulo. p.397-438. 2012.

LACC - LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER. **Demonstrativo de receita e despesa ano de 1968**. Manaus, 1969a.

LACC - LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER. **Relatório de atividades**. Manaus, 1969b.

LACC - LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER. **Solicitação de extrato bancário**. Manaus, 28 de jan. de 1969c.

LACC - LIGA AMAZONENSE DE COMBATE AO CÂNCER. **Relatório**. Manaus: 1999.

MINISTRO inaugura CECON. **A Crítica**. 1º caderno, p.2. 22 dez. 1974

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: nota sobre contextos e autores. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p.15-35. 2014.

RICCI anuncia nova clínica no “Getúlio Vargas”. **A Crítica**. 1º caderno, p. 2. 29 jun. 1974.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. **Ciência, Nação e Região**: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890 – 1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SERÁFICO, José; SERÁFICO, Marcelo. A Zona Franca de Manaus e o capitalismo no Brasil. **Estudos Avançados**, v.19, N. 54, p.99-113, 2005.

SOUZA, Márcio. **História da Amazônia**. Manaus: Valer, 2009.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PORTO, Marco Antonio; NORONHA, Claudio Pompeiano. **O Câncer no Brasil: Passado e Presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en/>>. Acesso em 06 out. 2013



CAPÍTULO 5

A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO AMAZONAS

Raquel Maria Navarro

Introdução

O Brasil é reconhecido pela busca de mudança de paradigma de assistência em saúde mental que privilegia o tratamento no território a partir de uma rede de atenção psicossocial. Ademais, busca a garantia dos direitos, da cidadania, por meio da inserção da pessoa em sofrimento ou transtorno mental na comunidade. Esses pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) orientam o desenvolvimento da política de atenção psicossocial no Amazonas que se apresentou historicamente com características diferentes inerentes ao contexto amazônico.

O modelo brasileiro de reforma psiquiátrica começou a ser desenhado na década de 1980, inspirado na experiência italiana e só ganhou impulso com a entrada em vigor da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Dentre as determinações da lei, orientava garantia dos direitos e da proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais, do dever do Estado em ofertar cuidado seguro com o apoio da sociedade e da família, com a substituição do lugar do hospital como a única referência para a assistência terapêutica, passando a incorporar o suporte de uma rede integrada aos pacientes, formada por núcleos de atendimentos, redes de apoio, hospitais-dia. Com a regulamentação da lei, diversas críticas surgiram, tais como a lentidão da instalação da rede extra hospitalar e da ampliação da rede de assistência e do cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, provocando a desassistência dos serviços.

Sobre a história da política de saúde mental no Amazonas nos últimos 20 anos, nos deparamos com a carência de dados sistematizados e dificuldade no acesso ao acervo público sobre o tema. Há escassez da organização e sistematização nos registros de fatos históricos sobre a política específica de saúde mental, bem como das instituições de saúde que executavam a política. O fato é que poucas produções científicas sobre a história da saúde mental na região nor-

te, em especial no Amazonas tem sido publicadas até o momento. Verifica-se uma grande quantidade de produções científicas sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um todo e direcionada a avaliação de sua implantação em cada localidade, mas pouco relacionada à análise com densidade da política, das instituições e da reforma estabelecidas no estado.

O tema deste capítulo provoca de forma íntima os autores e propõe um debate mais aprofundado da política. Como profissional de psicologia, o interesse particular pelo tema surgiu da experiência no campo da gestão, na qualidade de coordenadora municipal de saúde mental, do município de Manacapuru-AM. Nessa função, foi implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e realizada a Primeira Conferência Municipal de Saúde Mental deste município. A partir disso, a vivência como gestora e, sobretudo, como profissional de saúde foi possível vivenciar as diversas dificuldades de implantação da rede de serviços substitutivos, ou seja, de estruturação de uma Rede de Atenção em Saúde que atendesse a demanda dos usuários de serviços de saúde mental de forma resolutive, evitando o encaminhamento para o serviço de referência em Manaus. Isto possibilitou a observação da assistência à saúde mental no estado, na qual me permitiu questionar com propriedade os interesses, rumos e possibilidades da política no estado.

O período histórico analisado foi entre o final do século XIX até o ano de 2015, período de significativas transformações na assistência em saúde mental do Amazonas. A ênfase desta análise no movimento pela reforma psiquiátrica iniciada no Amazonas no período entre o final da década de 1970 e início da década de 1980, se dá pelo fato de trazer novas possibilidades de atendimento da loucura, priorizando o atendimento psicossocial em meio comunitário e tirando os manicômios e hospitais psiquiátricos como únicas formas de tratamento. Como recurso metodológico, havia necessidade ainda de resgatar fatos e versões de momentos históricos para analisar a política atual, a partir da entrevista com

personagens-chave, como gestores e trabalhadores da saúde no período estudado. Para concluir a análise foram enfatizadas também as dificuldades enfrentadas na consolidação desta política pública de saúde e as novas formas de cuidados oferecidos ao sujeito em sofrimento psíquico no estado.

Este capítulo se propõe a descrever e analisar a história da implantação da política de saúde mental no Amazonas, tendo como foco a reforma psiquiátrica, contextualizando-a na trajetória das políticas de saúde no Brasil e suas conexões com o sistema econômico, político e social do país. Além disso, trata-se de uma pesquisa social, oriundo de uma dissertação de mestrado, cujo objeto de análise é uma política pública de saúde e suas implicações no contexto da região amazônica. Fontes documentais como ofícios, relatórios de gestão, atas de reunião dos conselhos estaduais e municipais de Manaus e histórias orais com gestores e atores da reforma psiquiátrica foram coletados e serviram principalmente para organizar cronologicamente e complementar as informações trazidas nas entrevistas. Assim, o presente capítulo apresenta a história das instituições de saúde mental presentes no Amazonas e, num segundo momento, detalha os passos da reforma psiquiátrica no Brasil e os reflexos na região norte, bem como os desdobramentos da implantação da política de saúde mental no Amazonas.

Reforma Psiquiátrica

Política de Saúde Mental no Brasil

Com a inflexão do movimento da Reforma Psiquiátrica, foi possível a construção de uma Política de Saúde Mental no Brasil. Este último, que prima pela incorporação da proposta de desinstitucionalização da loucura, visava a superação do modelo assistencial em saúde mental vigente, a partir da implantação de serviços subs-

titutivos, que favorecessem a inserção da pessoa em sofrimento ou transtorno mental⁷ na sociedade.

Há diversos fatos históricos que apontam para a desinstitucionalização dos manicômios e a estruturação da atenção à saúde mental no Brasil. Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção de usuários em seus territórios existenciais. O fechamento de centros psiquiátricos foi acontecendo, na medida em que aumentava o número de serviços de atenção psicossocial alternativos que visava o cuidado numa perspectiva integral e humanizado. O senso de cidadania e direitos humanos surge com maior vigor e como bandeira de luta na atenção aos portadores de transtornos mentais. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc.) (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980, impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A reforma psiquiátrica é um processo social complexo que envolve quatro dimensões (jurídico-política, epistemológica, técnico-assistencial e sociocultural) e nem todos os estados a processam do mesmo modo, já que dependem não somente da política, mas da articulação entre a gestão e os movimentos sociais (AMARANTE, 1995). Segundo Borges (2007), a reforma psiquiátrica foi um

⁷ O termo utilizado para se referir aos portadores de transtornos mentais foi mudando ao longo de décadas. Utilizaremos nessa dissertação o termo 'pessoa em sofrimento ou transtorno mental', que é a denominação utilizada na portaria n° 3.088/2011 que institui as redes de atenção psicossocial. Outros termos aparecerão ao longo do trabalho em citações, em respeito às fontes consultadas.

movimento recente processual, construído pelos atores do movimento da reforma sanitária e que fundamentou uma etapa posterior da implantação de política de saúde mental. Assim, o histórico da Reforma Psiquiátrica pode ser estruturado em duas fases distintas: (I) crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991); (II) início da implantação da rede extra hospitalar (1992-2000) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Apesar dos tempos precisos para o estudo da reforma psiquiátrica e o posterior desenvolvimento da política nacional de saúde mental, os acontecimentos nos lugares ocorrem de maneira particular e segue uma lógica de implantação característica segundo os atores sociais envolvidos, as instituições e os poderes instituídos, os interesses de grupos políticos envolvidos. E no Amazonas, apesar de ter sido pioneiro no movimento da reforma psiquiátrica e um dos primeiros a discutir uma possível lei estadual de saúde mental em 2000, segue um roteiro próprio.

Reforma Psiquiátrica no Brasil e Reforma Psiquiátrica no Amazonas

Não obstante ao processo de democratização do Brasil, a reforma psiquiátrica exerceu papel de extrema importância para reinserir os portadores de transtornos mentais na sociedade amazonense. Há diversos fatos históricos que apontam para a desinstitucionalização dos manicômios e a estruturação da atenção à saúde mental no Brasil. Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção de usuários em seus territórios existenciais.

Ao analisar o processo de mudanças decorrentes do movimento da reforma psiquiátrica, é muito importante destacar dois acontecimentos que são considerados marcos da reforma psiquiátrica no Brasil (HIRDES, 2009). O primeiro deles foi à inauguração do primeiro CAPS do Brasil nomeado de Prof. Luiz da Rocha Cerqueira,

que segundo Amarante (*apud* YASUI, 2006), passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo país. O segundo momento foi a intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta⁸ em Santos/SP, que se tornou “intervenção e consequente fechamento do único hospital psiquiátrico da região, que era privado e conveniado do INAMPS” (BORGES 2007, p. 82). O resultado desses dois eventos foi à construção da primeira rede de saúde mental no Brasil, rompendo com a lógica hierárquica herdada do modelo da psiquiatria comunitária e conseguindo dar materialidade à proposta basagliana.

Ao abordar a Reforma Psiquiátrica, Borges (2007, p. 46) afirma que esta passou por dois momentos distintos. No primeiro busca-se “a recuperação do manicômio enquanto local de cura através de uma reforma interna à sua organização”. Já no segundo momento, sob influência do pensamento basagliano, objetiva-se “um olhar crítico e transformador sobre a complexidade da instituição psiquiátrica, numa proposta ampla de desinstitucionalização. Deve-se partir da irrecuperabilidade do asilo, ou hospital psiquiátrico” (*idem*, p.51). É possível observar que o Amazonas estava em consonância com o primeiro momento, porém a falta de articulação entre os diversos atores, gestores e também da falta de mobilização da sociedade civil em prol da reforma psiquiátrica, são responsáveis pela dificuldade da saúde mental se tornar prioridade na agenda política tanto estadual quanto municipal, o que resulta a ausência da política de saúde mental estadual e do processo de desinstitucionalização.

Diante disso, apresentaremos o histórico da Reforma Psiquiátrica proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) e iremos traçar um paralelo entre o que estava

8 Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico particular situado em um complexo de cinco mil metros quadrados, conveniado com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e que mantinha mais de 500 pacientes em dependências capazes de abrigar, no máximo, 250 internos. Em maio de 1989, queixas da vizinhança com relação a gritos e relatos de maus-tratos contra os internos levaram a prefeitura a intervir no local, que foi fechado anos depois. A Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que teve intervenção em 1989, um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas (HIRDES, 2009).

acontecendo no Brasil e no Estado do Amazonas, dividindo em três momentos:

Entre 1978 e 1991 - crítica do modelo Hospitalo-cêntrico: início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país e de denúncias pelas formas de tratamentos utilizados. Nesse período, ocorreram: a implantação do 1º CAPS no Brasil na cidade de São Paulo/SP, em 12/03/1987, e de NAPS – 24 horas em Bauru/SP; as intervenções em hospitais psiquiátricos e implantação; a entrada, em 1989, no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental.

No Amazonas ocorreram as principais mudanças no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, que buscava humanização do atendimento e melhoria das condições de infraestrutura. Na década de 1980 foi criado o ambulatório Rosa Blaya e o Pronto Atendimento Humberto Mendonça, Grupo de Agricultura com terapia ocupacional, abertura dos portões do CPER (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro) e realizadas atividades extramuros. Foi nomeado o primeiro coordenador estadual de saúde mental, o psiquiatra Silvério Tundis, separando a coordenação da direção do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER. Nesse período também iniciou a descentralização da assistência em Saúde Mental tanto na capital quanto no interior (HIRDES, 2009; CASADO, 2011).

II. Entre 1992 e 2000 - implantação da rede extra hospitalar: A partir de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinava a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. No período não teve implantação de CAPS no Estado do Amazonas, sendo

apenas descentralizado o atendimento para alguns ambulatorios estaduais e nos municípios do interior. O marco histórico foi à realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Amazonas, em 2000. No ano de 2003 foi firmada a parceria com a Fiocruz para a realização do primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental. O curso tinha como objetivo formar profissionais que pudessem atuar na implantação e efetivação da reforma psiquiátrica no Estado a partir do novo paradigma de assistência em saúde mental. Nesse momento, também se discutiu a **Política Estadual de Saúde Mental**, antes mesmo da aprovação da Lei Nacional.

A partir de 2001 - promulgação da Lei de Saúde Mental (nº 10.216), em abril de 2001. A lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. No Amazonas, tivemos o pioneirismo do movimento dos trabalhadores de saúde mental, que iniciou no final da década de 1970 e início da década de 1980, resgatado a partir de 2000, e que voltou a se mobilizar para discutir e formular a **Política Estadual de Saúde Mental**, sendo aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003. Em outubro de 2007 foi sancionada a **Lei estadual de Saúde Mental nº. 3.177**.

A Lei estadual dispõe que o Estado e os Municípios devem promover a instalação e o funcionamento de rede de atenção por intermédio de dispositivos substitutivos: CAPS; emergências psiquiátricas em Hospitais-Gerais; serviços especializados em Hospital Dia; centro de convivência e cooperativa e serviços residenciais terapêuticos. No entanto, verifica-se que esses serviços de atendimento em saúde mental ainda são limitados.

Política Estadual de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que lutava pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, era formado por profissionais que questionavam as condições de atendimento aos pacientes e à supremacia dos hospitais psiquiátricos privados, com um grande investimento público deste setor – o que ficou conhecida como a chamada ‘Indústria da Loucura’.

No Estado do Amazonas, segundo Lopes (2011), esse mesmo movimento teve repercussão, porém com características particulares. A diferença dos resultados do movimento no Amazonas foi expressada pela aceitação da supremacia dos hospitais privados, porém com mobilização contra a corrupção administrativa presente na Colônia Agrícola e a denúncia de situações de violência institucional. Com a mobilização social, em 1980, inicia-se um processo de mudança administrativa na Colônia. O mesmo passou a ser chamado ‘Hospital Colônia Eduardo Ribeiro’ e o trabalho realizado pelos internos começou a ser remunerado. Houve uma mobilização da opinião pública cuja pauta era a violência institucional, que reivindicou a incorporação de práticas de humanização e de democratização das questões administrativas (LOPES, 2011).

A aprovação da Política Estadual de Saúde Mental no Amazonas se deu através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003 do Conselho Estadual de Saúde. Em 2007 foi votada a Lei Estadual de Saúde Mental n° 3.177 pela Assembleia Legislativa do Estado, publicada no Diário Oficial do Estado - DOE de 11 de outubro de 2007, sancionada pelo governador Eduardo Braga. A lei não foi totalmente implantada, pois não conseguiu garantir os direitos das pessoas em sofrimento ou transtorno mental, não implantou os serviços substitutivos em saúde mental que atendessem a demanda estadual e não conseguiu avançar na questão do cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Segundo informações da Coordenação Estadual de Saúde Mental, o Amazonas necessitaria de ter mais serviços de assistência integral, devido à população. Estima-se que há 406.689 pessoas portadoras de transtornos mentais graves e leves, 271.126 pessoas que necessitam de tratamento devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e 677.815 pessoas que necessitam de tratamento no campo da saúde mental, numa população de 3.389.072 habitantes, distribuída nos 62 municípios do estado. Esses dados apontam para a necessidade de formulação de políticas públicas intersetoriais voltadas para uma assistência integral, considerando as especificidades regionais para a sua efetivação no Amazonas.

Instituições de Assistência em Saúde Mental no Amazonas

Instituições do final do século XIX

A partir da exploração da mão de obra local e da ‘colonização’, sobretudo estrangeira, que em 1870 no Amazonas, os chamados ‘loucos’, ‘indigentes’ e “incapacitados” passam a ocupar as dependências da Santa Casa de Misericórdia. Essa instituição exercia a função de ‘amparo’ e ‘contenção’, sendo administrada tanto pela Igreja como pela elite local (LOPES, 2011).

O modo de Manaus lidar com a loucura também foi o isolamento, para tal, em 1889, criou-se o **Hospício Barão de Manaus**. Segundo Schweickardt (2013, p.01), esta foi uma “Instituição criada no período provincial, em que se demandou a construção de um hospital para os ‘alienados’, que era destinada ao recolhimento dos doentes mentais da antiga província do Amazonas”. O hospício funcionou por pouco tempo na chácara do Dr. João Hosannah de Oliveira, onde estava instalada uma olaria. Nesse início de República, a Província passou a ser estado do Amazonas. O hospício foi extinto, ficando sem um local específico para os alienados. Assim,

em 1894 o atendimento aos doentes passou a funcionar numa das alas da **Santa Casa e na cadeia pública do estado**, para os casos de diagnóstico de doença mental.

A Santa Casa não conseguiu comportar o serviço de saúde mental, e através da **lei n. 65/1894 é criado então o Asilo de Alienados**, sem uma efetiva preparação para o tratamento desses doentes. Foi a partir desse momento que ocorreu oficialmente a prática do internamento psiquiátrico na cidade de Manaus, acompanhando o processo de sanitização e higienização do espaço urbano.

Instituições a partir da década de 1970

No Amazonas teve apenas uma **instituição privada de assistência psiquiátrica**, chamada **Instituto Eugene Minkowski**, que existiu nas décadas de 1970 a 1980 e segundo os relatos, o hospital iniciou com uma proposta inovadora, mas se tornou objeto de denúncias de maus tratos e de desvio de recursos. A instituição também foi desativada em função da ação dos militantes e grupos organizados.

Criado na década de 70 pelo médico psiquiatra Dr Bedito Barbosa que tinha ido para a França e trouxe modelos revolucionários de tratamento vistos lá na Europa. Era uma proposta inovadora para as internações psiquiátricas, pois tinha unidades de internações abertas, com módulos estruturados, pavilhões masculinos e femininos, sem os pacientes terem que viver fechados como no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro. Essa proposta revolucionária atraía e empolgava os alunos de medicina e colegas de Silvério Tundis, que queriam seguir a psiquiatria. Com o passar dos anos e o arrendamento para outro dono – o psiquiatra Dr Roberval Bezerra, na prática foi se transformando em mais uma clínica de internação credenciada pelo INAMPS, que considero mais um ‘depósito de loucos’ e voltada para a mercantilização da loucura. Sem contar o fato de estar envolto

em várias denúncias de desvios de recursos, já que o dono naquele momento das denúncias era também o diretor do Eduardo Ribeiro na época. Funcionou até a década de 80 (Profissional de Saúde Mental).

Outra instituição de assistência psiquiátrica privada citada brevemente foi o **Instituto Mira y Lopez**, que surgiu na década de 1980 e ainda hoje atua. O instituto funcionava apenas no regime ambulatorial e não tinha internações. “Teve como fundadores o Psiquiatra Larry e Maués, Raimundo Nonato Vieira e Rosa Blaya (já falecida). Hoje pertence ao Psiquiatra Dr Raimundo Nonato Vieira” (Ator D).

Sobre os diversos Serviços de Saúde Mental que prestavam assistência nas décadas de 1970-1980, um entrevistado informa que:

Tinha o ambulatório do INAMPS na Getúlio Vargas, tinha o ambulatório da faculdade de medicina, tinha o ambulatório do PAM Codajás, uma clínica privada que era um verdadeiro depósito de loucos e o Eduardo Ribeiro (Gestor em Saúde Mental).

Ainda na década de 1970, ao assumir o Programa Estadual de Saúde Mental do Amazonas, o psiquiatra Silvério Tundis realiza várias mudanças dentro do Eduardo Ribeiro, segundo relatos dos entrevistados:

“Foi responsável pela criação de um espaço ambulatorial e posteriormente de um pronto-atendimento para crises psiquiátricas, ambos construídos dentro da área do CPER como o objetivo de dar continuidade aos atendimentos extra hospitalares, dando sentido à atuação do serviço de saúde mental de uma forma descentralizada, uma vez que antes vigorava o modelo unicamente hospitalocêntrico” (Profissional de Saúde Mental).

“No final da década de 1970 e início da década de 1980, no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro foi criado o serviço de emergência (Pronto Atendimento Humberto Mendonça em 1984 – para evitar internações desnecessárias, segundo o governador) e o ambulatório Rosa Blaya. Somente nesse momento com a ampliação dos atendimentos é que se tornou Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – com emergência, ambulatório e internações – parte hospitalar” (Ex-coordenador de saúde mental do estado).

A descentralização da assistência em Saúde Mental feita por Silvério Tundis na década de 1980, quando assumiu a Coordenação Estadual de Saúde Mental, fica evidenciada no documento datado de 06/06/1988 no CPER. O documento especifica a descentralização das ações do Programa de Saúde Mental para os municípios: Itacoatiara (descentralização das Ações de Saúde Mental), e para os demais municípios, a descentralização da cesta básica de medicamentos com supervisão da Saúde mental – Urucurituba, Maués, Nova Olinda do Norte, Coari, Envira, Humaitá, Itapiranga, Tabatinga, Benjamin Constant, Barreirinha e Lábrea). Mas a iniciativa de descentralização vai além dos serviços nos municípios do interior do Amazonas:

“Na década de 1980, houve uma proposta de início de descentralização da assistência em saúde mental para as Unidades Básicas de Saúde, o que configurava o grupo como de vanguarda mesmo. Outra proposta era a de ter enfermarias em hospitais gerais, sendo que a primeira a ser implantada seria no Hospital Adriano Jorge. O então coordenador estadual de Saúde Mental Silvério Tundis fez o projeto para o Ministério da Saúde, para fazer primeiro para a clientela de dependência química com o objetivo de separar os pacientes com transtorno mental das doenças químicas. Porém não se avançou na segunda proposta” (Profissional de Saúde Mental).

O grande diferencial na gestão desse grupo reformista da década de 1980 foi à implantação da terapia ocupacional dentro do Eduardo Ribeiro. A partir das primeiras medidas interventivas sob coordenação do psiquiatra Silvério Tundis, o psiquiatra Rogelio Casado organizou “uma nova modalidade de tratamento através da criação do *grupo de agricultura* (GA). O tratamento baseava-se na ‘terapia ocupacional’, sendo, sobretudo desenvolvida de modo produtivo e remunerada” da produção de toneladas de verduras/mês, criação de cabeças de suínos, roçado de macaxeira, milho, mandioca e uma casa de farinha (CASADO, 2011, p. 19).

No panorama assistencial em saúde mental do Amazonas, as inúmeras iniciativas de mudança ocorridas nas décadas de 1970-1980, acarretando na manutenção do modelo hospitalocêntrico e também num movimento de desospitalização com a redução dos leitos psiquiátricos, geraram sérias críticas. A redução de leitos psiquiátricos sem a devida implantação de serviços substitutivos para atender a demanda, resultou muitas vezes em práticas de desassistência e abandono, reforçando para a sociedade ainda mais a necessidade no social de espaços totalizantes, de exclusão.

A redução dos leitos psiquiátricos se deu a partir da iniciativa da nova direção do Centro Psiquiátrico em fazer busca ativa dos familiares de pacientes de longa permanência através do Serviço Social. Tudo isso colocava o Amazonas em consonância com o movimento nacional e muitas vezes, o colocava em destaque. Segundo um dos entrevistados: “Para você ter uma ideia, fizemos um trabalho intenso do Serviço Social de localização de famílias de pacientes. Dos 225 pacientes reduzimos para 125 a partir da localização das famílias que vieram buscar os pacientes” (Ator D).

Ao se falar de Reforma Psiquiátrica no Amazonas, é de suma importância destacar a centralidade do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro ao longo da história da assistência em saúde mental. Atualmente está, em processo de desinstitucionalização psiquiátrica desde o ano 2000, contando com 150 leitos disponíveis e tinha 100 pacien-

tes crônicos internados, residindo no hospital neste ano. Os leitos disponíveis para internos crônicos foram progressivamente sendo diminuídos a partir da política de desativação de instituições psiquiátricas.

O novo modelo assistencial em psiquiatria imposto pela Lei de Reforma Psiquiátrica foi implantado no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em 2006. Nele, o atendimento ambulatorial foi substituído pelas ‘Clínicas de Recepção’, ‘Clínicas de Patologias’ e ‘Clínicas de Dependência Química’ e houve a reestruturação do Pronto Atendimento, se tornando Pronto atendimento integral. Houve também a transformação dos pavilhões de internação prolongada em residências provisórias (enquanto os pacientes crônicos ainda aguardavam a remoção para os SRT).

Lopes (2011) destaca que desde o ano de 2009, com a inauguração de uma policlínica no centro da cidade, foi implantado um terceiro atendimento ambulatorial em psiquiatria, com a contratação de mais dois psiquiatras. Esse dado administrativo demonstra um movimento político público que reforça o modelo ambulatorial-hospitalar (modelo médico-centrado), e enfraquece a estratégia de atenção psicossocial na comunidade, uma vez que os recursos humanos estão sendo disponibilizados para o atendimento centralizado em ambulatório, o que não respeita a lógica territorial.

Em junho de 2012 ocorreu o fechamento do ambulatório do CPER (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro) e foi realizada a descentralização desses atendimentos ambulatoriais de psiquiatria para as quatro policlínicas de Manaus, bem como a transferência dos profissionais de saúde. O tratamento ambulatorial em saúde mental além de ter um caráter iatrogênico e cronificador, está na contramão da política nacional de saúde mental que institui Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para os atendimentos em saúde mental. Esses dados demonstram um desafio a ser superado nessa política de assistência em saúde mental amazonense, na qual privilegia o atendimento ambulatorial-hospitalar fundamentado num modelo mé-

dico-centrado em detrimento do atendimento psicossocial de base comunitária.

Atualmente, o modelo de assistência ainda continua tendo como referência o Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. O Hospital oferece o serviço de pronto-atendimento onde são disponibilizados 28 leitos, sendo oito de observação para urgência e emergência para crise (masculino e feminino – 4 de cada um) mais 20 leitos de internação breve de até 72 horas ou mais (sendo 10 masculinos e 10 femininos), quando se fizer necessário, não podendo ultrapassar o máximo de 15 dias.

O processo amazonense de desinstitucionalização prevê, atualmente, o fechamento do único hospital psiquiátrico do Amazonas, (dependendo apenas do cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e do encerramento da residência em psiquiatria prevista para o ano de 2016). O cadastramento de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais (Hospital 28 de agosto, Hospital Platão Araújo e Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV) está em andamento, para que seja possível descentralizar o Pronto atendimento e a internação breve que ainda funcionam no CPER. O processo de ampliação da rede de serviços substitutivos está em andamento (CAPS, SRT, Centros de convivência, etc.).

Cabe destacar um ponto de retrocesso na Política de Saúde Mental do Amazonas em prol da efetivação da Reforma Psiquiátrica do Amazonas relacionado ao encerramento da residência em psiquiatria. A Residência foi implantada no ano de 2007, com o objetivo de formar psiquiatras a partir do paradigma da reforma psiquiátrica.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram implantados pelo estado em 26 de fevereiro de 2014 após 12 anos de negociação com o objetivo de avançar na Reforma Psiquiátrica, e receberam todos os trinta e cinco internos de longa permanência do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e apenas três dos vinte e cinco internos do **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)**, criado

em 1988. Permanecem ainda vinte e dois internos no Hospital de Custódia, condenado em 2013 pelo Conselho Nacional de Justiça pelas precárias condições de funcionamento e pelo tratamento inadequado dispensado aos internos.

A demora de doze anos da desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência através dos SRT, segundo um dos entrevistados, se deu pela discordância dos atores (gestores e profissionais de saúde), em relação às possibilidades de locais para implantação. Para desinstitucionalizar os vinte e dois internos do Hospital de Custódia é necessário que o município assuma a gestão desses serviços e implantem mais SRT.

Outros serviços implantados pelo estado e que deveriam ser de gestão municipalizada, ainda estão em negociação entre estado e o município de Manaus para o repasse dos serviços. Em 2006 a Secretaria de Saúde Estadual do Amazonas (SUSAM) através da Coordenação Estadual de Saúde mental implantou o primeiro CAPS de Manaus com o objetivo de avançar com a Reforma Psiquiátrica e com a condição que após um ano da implantação o município assumiria a gestão do CAPS, o que não ocorreu. Em 2014, o estado implanta os SRT com o mesmo objetivo e buscando avançar no processo de desinstitucionalização. Passados nove anos de sua implantação, o CAPS Silvério Tundis continua sob gestão estadual e os SRT após um ano e meio, também.

O estado implantou em 2014, o **Centro de Reabilitação em Dependência Química Ismael Abdel Aziz** do governo do estado para atender a demanda de álcool e outras drogas, e o cadastrou como CAPS AD regional. Porém, segundo a política de Saúde Mental e a visita de representantes do Ministério da Saúde ao serviço, este não se encaixa nos moldes de um CAPS AD. A proposta do centro é de institucionalizar o dependente químico, enquanto a da reforma psiquiátrica é o de desinstitucionalizar e de tratá-lo inserido na comunidade. O Centro também não se enquadra no modelo dos Serviços de Atenção em Regime Residencial – Comunidades

Terapêuticas, conforme a portaria nº 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial regional.

A inauguração do **CAPS AD ‘Dr Afrânio Soares’** do município de Manaus foi inaugurado em outubro de 2015 sob gestão municipal. Esse fato reflete e ilustra o conflito de gestão entre estado e município. No entanto, essa situação não é uma particularidade da saúde mental, e se reflete para outras áreas como da saúde da criança, da mulher, do idoso. A descentralização com a municipalização dos serviços da atenção básica em saúde, que tem sido colocado em prática desde a criação do SUS, traz consequências para a oferta de serviços e, principalmente, para a gestão tanto dos recursos financeiros como da organização do trabalho.

Vários movimentos direcionados a implantação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais foram feitos ao longo dos últimos 35 anos no Amazonas e não lograram êxito. Uma tentativa feita na década de 1980 por Silvério Tundis enquanto coordenador estadual de saúde mental na década de 1980, outra tentativa feita em 2001 na Conferência Estadual de Saúde Mental e outra tentativa no Plano Plurianual (PPA) do programa de saúde mental previsto para o período de 2008-2011 que incluía em sua pactuação, a implantação de assistência psiquiátrica nos hospitais gerais e prontos socorros.

Em virtude do não cadastramento de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e pelo número de serviços substitutivos (CAPS) implantados na capital ser insuficiente (3 CAPS para uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes), no Amazonas coexiste o modelo antigo com o novo, com a preocupação de não gerar uma desassistência. Sobre isso, a Ata da 1ª Reunião da Comissão Estadual de Saúde Mental do Amazonas (CESMA) ocorrida em 07/02/2012 evidencia esses resquícios do padrão antigo de tratamento: “O Sr. Se-temberg expressou sobre a existência de espancamentos dos pacientes no CPER ocorrendo ainda no ano de 2012, mencionando falhas no atendimento da unidade por parte dos servidores”.

Destaca ainda um dos entrevistados, que no Estado do Amazonas ainda persiste a reprodução da prática medicamentosa e ambulatorial em alguns serviços de base comunitária implantados, fazendo desses serviços verdadeiros ‘capscômios’:

“Não considero os CAPS, um avanço. O Ministério não gosta dessa fala do Paulo Amarante que eu considero importante. Na verdade montamos vários Capscômios. Porque só estão medicalizando e não estão realmente fazendo saúde mental. Quando vou aos municípios do interior do Amazonas e me deparo com os CAPS, me decepciono. Porque centralizado no tratamento medicamentoso, e eu acho que o ambulatório Rosa Blaya⁹ fazia muito melhor que isso, entendeu? Fazia muito melhor do que vários CAPS que eu conheço” (Ex-coordenador de saúde mental do estado).

É inegável a importância do Hospital Eduardo Ribeiro na Assistência da Saúde Mental do Amazonas. Segundo os entrevistados, esse ainda é o único local resolutivo para crises psiquiátricas. Porém ainda reflete a dificuldade de recursos humanos qualificados para um atendimento humanizado. “Que mude as pessoas até mesmo porque aqui antigamente era depósito de funcionários relapsos da secretaria. Eles vinham para cá como castigo. Tinha uma época que na SUSAM funcionário ruim vinha para cá”. (Ator K).

A implementação da Política de Saúde Mental depende muito da sensibilização dos gestores e governantes municipais, haja vista que em virtude da municipalização dos serviços de saúde na década de 1990, os serviços substitutivos como CAPS, SRT devam ser de gestão municipalizada. No Amazonas, historicamente verifica-se que nos municípios do interior do Amazonas isso tem se dado de forma mais efetiva, iniciando em 2005 com o CAPS implantado

⁹ Ambulatório Rosa Blaya, construído dentro do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro na década de 1980 e que tinha como função a atenção primária e ambulatorial dos portadores de transtornos mentais (CASADO, 2011).

em Parintins e no período de 2009-2013 com a implantação de 18 CAPS, consultório de rua, etc.

De 62 municípios no estado do Amazonas há 19 CAPS implantados no interior e três na capital, sendo dois na cidade de Manacapuru (*primeiro CAPS AD da região norte em 2012* e outro CAPS que é do tipo II em 2010). O restante é: ano de 2005 (Parintins), ano de 2006 (Manaus – CAPS III e Tefê), ano de 2009 (Rio Preto da Eva), ano de 2010 (Iranubá, CAPS II municipal de Manaus, Autazes, Coari e Borba). Ano de 2011 (Manicoré e Maués). Ano de 2012 (São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá). Ano de 2013 (Manaus – CAPS I, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara e São Paulo de Olivença).

Nos municípios do interior, além dos 19 CAPS implantados, têm-se equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas - CAPS AD, Consultório na Rua em Manacapuru e Manaus e equipes de saúde mental apoiando as Unidades Básicas de Saúde - UBS e Estratégia da Saúde da Família prestando assistência em saúde mental aos seus municípios. Verifica-se a partir disso, que em virtude das grandes distâncias geográficas e dificuldades encontradas na questão de acesso dos municípios do interior para a capital, que esses municípios têm sido mais resolutivos na questão do cuidado em saúde mental.

A efetivação da política de saúde mental nos municípios do interior do estado pode ser atribuída pela maior sensibilização de gestores e governantes municipais, e pelo distanciamento da capital, que faz com que os municípios vejam como prioridade a implantação desses serviços e que os mesmos sejam resolutivos, para que não precisem referenciar seus municípios para a capital, o que seria mais oneroso para os cofres públicos. Ao contrário da capital – Manaus, que ao longo desses anos, só implantou três CAPS (um sob gestão estadual e dois sob gestão municipal). Com a inauguração do novo CAPS, existem atualmente em Manaus um total de quatro CAPS, sendo três sob gestão municipal e um sob gestão estadual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise histórica da política de saúde mental e da política das instituições que prestam assistência em saúde mental no Amazonas, partindo do referencial histórico da política de saúde mental brasileira e da fala dos entrevistados, é possível constatar um processo lento na implementação da Política Estadual de Saúde Mental do estado, relacionado à falta de cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de um número de serviços implantados de base comunitária que não corresponde com o parâmetro estabelecido e preconizado pelo Ministério da Saúde de um CAPS por município com igual ou mais de 100.000 habitantes.

Os principais fatores associados a esse lento processo de implementação da política estadual de saúde mental no estado são: a inexistência de construção de competências municipais na gestão em saúde mental ao longo dos anos, tendo em vista que desde o final do século XIX foi o estado quem construiu essas competências e assumiu essa gestão; e à dificuldade de sensibilização dos secretários estaduais e municipais de saúde por estes terem uma formação sanitarista com visão hierárquica dos serviços (assistência primária, secundária e terciária) o que acarreta na dificuldade da compreensão da complexidade e inovação da proposta dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS.

No Amazonas, a Política de Saúde Mental começa a dar sinais de mudanças a partir de 2003 com a política de municipalização dos serviços de saúde pela Prefeitura de Manaus. Isso se deveu ao fato de não ter construído competências de gestão de serviços de saúde ao longo dos anos, na velocidade necessária para atender a demanda populacional e evitar uma desassistência em saúde mental. Isso fez com que o Estado - ao invés de dialogar e avançar nesse processo - assumisse serviços que não eram de gestão estadual, como o CAPS e SRT. Em 2006, implantou o primeiro CAPS em Manaus e no ano de 2014 implantou os SRT, argumentando a necessidade de assumir

a implantação desses serviços para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica do estado, que tem em sua história um atraso de mais de 20 anos se comparados ao restante do Brasil. Contudo, os serviços implantados que deveriam ter sido repassados para a gestão municipal após um ano de sua implantação, não ocorreu.

Observa-se a partir disso, que as práticas de exclusão presentes no modelo asilar foram predominantes no percurso histórico do atendimento a pessoa em sofrimento ou transtorno mental. Apesar do Estado do Amazonas ter iniciado a discussão da Reforma Psiquiátrica no final da década de 1970 e início da década de 1980, e ter sido pioneiro na discussão e aprovação de uma Política Estadual de Saúde Mental no ano 2003, ainda não conseguiu consolidar a Reforma Psiquiátrica a partir da implantação de serviços substitutivos (CAPS e SRT). Os serviços ainda estão muito aquém do necessário para suprir as necessidades de atenção em saúde mental, mesmo apresentando um quadro efetivo de assistência em saúde mental suficiente.

A Reforma Psiquiátrica no Amazonas vem ocorrendo de forma lenta desde o final da década de 1970 e mais efetivamente a partir de 2001, mas muito motivado (impulsionado) pela ação e pressão exercida pelo Ministério Público. O primeiro serviço substitutivo implantado no Amazonas foi em 2005, no município de Parintins, ou seja, 21 anos depois do primeiro serviço implantado no Brasil no ano de 1986. Em 2002, foi elaborado um projeto para subsidiar a implantação dos SRT, e em 2006 iniciou uma estratégia no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro para preparar os pacientes de longa permanência e dar autonomia aos mesmos para a vivência futura no SRT. Entretanto, o serviço só foi implantado parcialmente no ano de 2014, já que não implantou um número de residências que pudesse receber em sua totalidade todos os internos do Hospital de Custódia (condenado no ano de 2013 pela visita do Conselho Nacional de Justiça devido às precárias condições de funcionamento).

Verificamos que na capital do Estado, bem como nos municípios do interior do estado, há a manutenção da prática hospitalar/

ambulatorial como estratégia de cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental. Decorrentes das políticas preventivistas que influenciaram o Brasil nas décadas de 1970-1980, não lograram êxito no redirecionamento da assistência em saúde mental para serviços extra hospitalares, em virtude da falta de alocação de recursos destinados para esse fim. O impasse para o atendimento da pessoa em sofrimento ou transtorno mental nos hospitais gerais não é um problema recente ligado à Reforma Psiquiátrica datada de 1978. No início da década de 1970 com a influência das políticas preventivistas no Brasil, já se preconizava a necessidade desse tipo de atendimento, porém o Brasil não logrou êxito e o manual que preconizava essa mudança de modelo, nunca saiu do papel.

Considerando a pesquisa documental e as entrevistas, vimos que ao longo de décadas, sempre foi mencionada a necessidade de cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Na década de 1970, a elaboração do ‘manual de serviço para a assistência psiquiátrica’ pelo INPS não garantiu o cadastramento. No início da década de 1980, Silvério Tundis elaborou um projeto ao Ministério da Saúde para a implantação de leitos psiquiátricos no Hospital Adriano Jorge, mas não se efetivou. Do mesmo modo, a desinstitucionalização e o fechamento do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro tem sido foco das últimas gestões da saúde mental do Estado, que não lograram êxito. A dificuldade nesse processo se dá em grande parte à resistência dos diretores desses hospitais que alegam a falta de capacitação e formação de recursos humanos voltados ao atendimento das crises psiquiátricas e também pelo fato da última turma da residência em psiquiatria que finalizou em 2016, estar com o processo de formação ancorada no único hospital psiquiátrico. Foi possível afirmar que as ações propositivas foi motivada por ações judiciais para ajustes de conduta, inclusive.

Na tentativa de assegurar mecanismos para efetivação da Reforma Psiquiátrica através da destinação de recursos específicos

por parte do governo federal nos últimos anos para a implantação dos serviços substitutivos, uma análise mais detalhada e crítica demonstra a falta de prioridade no investimento público para efetivar a Reforma Psiquiátrica do Estado principalmente a nível municipal. Desse modo, reforça a representação das práticas excludentes, como ainda presentes no Hospital Psiquiátrico.

Para concluir, não poderíamos deixar de lado a importância da articulação do controle social na saúde mental como movimento imprescindível no avanço das formulações das políticas públicas de saúde, segundo a lei 8.142/90. No Amazonas, a falta da organização e articulação da sociedade civil pelo fechamento do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e pela implementação da Reforma Psiquiátrica ocorreu em grande parte ao movimento dos pacientes que buscavam atendimento nos CAPS sem acolhimento nas crises. E ao serem reencaminhados para o CPER, estes usuários mantêm a percepção de que este ainda é o único serviço resolutivo e extremamente necessário para essa demanda. Cabe destacar que embora resolutivo para as crises psiquiátricas, considerando a ausência de outros serviços que atendam essa demanda, este serviço é considerado cronicante e excludente na sua forma de tratar. Isso não mais se coaduna com o novo paradigma de saúde mental que se busca desde o final da década de 1970 e que já serve de referência para inúmeros países, tornando o Brasil – um modelo a ser exportado. Cabe inserir o Amazonas nesse contexto e avançar em propostas que já se iniciaram e que estão em um processo lento de efetivação.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494. 1995.

BORGES, C. F. **Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à reforma psiquiátrica.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2007.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468. 2008.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de Abril de 2001.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: *Legislação em Saúde mental: 1990-2004.* 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no BRASIL - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

CAETANO, A. S. et al. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Reforma Psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos envolvidos. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 3, p. 94-101, 2011.

CASADO, R. C. M. F. **Cidade e loucura: espacialização da “doença mental” e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus,** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus. 2011.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência, e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

LOPES, L. O. **Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus. 2011.

SCHWEICKARDT, J. C. Projeto de pesquisa: **História das Instituições de Saúde do Amazonas,** 2013. Trabalho não publicado.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.



CAPÍTULO 6

AIDS: A EMERGÊNCIA NO AMAZONAS

Michele Rocha Kadri



Em saúde pública, o estudo das epidemias permite compreendê-las como evidências de um comportamento coletivo, quer seja da população que sofre seus efeitos, quer seja do poder público e sua forma de responder à situação. E, em se tratando da AIDS, seu advento e propagação em escala nacional, bem como sua abordagem sociossanitária e histórico-política desta doença no contexto locorregional amazônico compreende ser o objeto principal deste trabalho.

Epidemias não acontecem aleatoriamente. São produtos da combinação de decisões políticas e do comportamento social no momento histórico no qual ela surge e/ou se espalha. Altman (1995) entende que o contexto social e político no momento de surgimento e expansão da doença é uma questão central, uma vez que isso definirá alocação de recursos, qualidade da atenção e investimento em pesquisa sobre o tema, impactando diretamente na vulnerabilidade das populações. Sendo expressão de um comportamento coletivo, descrever padrões epidemiológicos por si só não dá conta de entender a dinâmica de disseminação de uma doença. Uma epidemia deve ser entendida também como um fenômeno social que “mobiliza comunidades a revelar comportamentos que incorporam e reafirmam valores sociais” (MARQUES, 2002, p. 42).

A publicação do relatório semanal do CDC relatando cinco casos de *Pneumocystis carinii*¹⁰, em junho de 1981 foi um marco importante da história da Aids no mundo. Desde então, pesquisas e conhecimentos sobre a doença vêm sendo acumulados muito rapidamente no mundo inteiro. Em paralelo, a epidemia se espalhou ainda mais rápido em escala global. Nos Estados Unidos e em alguns países europeus, a epidemia de AIDS veio acompanhada por uma forte mobilização social especialmente nas populações mais atingidas pela doença. Este ativismo impediu que seus governos fechassem os olhos ao problema, pressionando-os a dar uma resposta

10 CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report: June 5th, 1981, vol. 30, No 21. Disponível em: www.cdc.gov. Acesso em abril de 2012

assertiva. Está claro que a AIDS é uma doença que afeta sobremaneira a vida pessoal daqueles infectados pelo vírus e mais ainda é indispensável reconhecê-la como uma doença que trouxe profundas repercussões na vida e nas relações em sociedade.

No Brasil, a construção de uma resposta nacional à epidemia, cujo modelo de sucesso é reconhecido mundialmente, conseguiu colocar-se como um problema de toda a sociedade desde os primeiros casos diagnosticados ainda no início da década de 1980. Graças a mobilização social, a AIDS, diferentemente de outras doenças de igual prevalência e gravidade, conseguiu lograr avanços importantes e irreversíveis como por exemplo o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais já desde 1996 (CHEQUER, 2006). A gravidade da epidemia como questão de saúde pública e a estratégia adotada pelo governo brasileiro de garantir o acesso universal foi questionada inclusive pela comunidade científica mundial temendo “possíveis repercussões negativas dessa política em âmbito internacional, no caso de resistência aos antirretrovirais ou de baixa adesão ao tratamento” (ABIA, 2006, p. 10).

Nos países centrais a descoberta da AIDS esteve desde sempre associada à luta pela manutenção dos direitos civis conquistados a duras penas especialmente nas duas décadas anteriores à epidemia. Igualmente no Brasil, a AIDS forçou as autoridades de saúde a estabelecer um diálogo com a sociedade, especialmente com os grupos mais afetados pela doença. No Amazonas, as respostas pioneiras vieram de poucos dedicados profissionais que conseguiram dar certa visibilidade ao problema em meio a um serviço de saúde ainda em estruturação.

Analisando os dados epidemiológicos da doença em 2014 no Amazonas verificou-se que diferentemente do que ocorre no nível nacional, a epidemia aqui não está estabilizada. Para citar apenas alguns dados, o estado apresentava a 2ª maior taxa de detecção do país (38,3% por 100.000 hab.); é também o 2º estado em coeficiente de mortalidade (8,7% por 100.000 hab.) – podendo ser indício de

falha na cobertura do tratamento e; ocupava a 3ª posição no ranking nacional com taxa de 7,1% (por 100.000 hab.) de detecção em menores de cinco 5 anos – resultado de falha na prevenção vertical (BRASIL, 2015).

Assim, o presente capítulo visa contextualizar a história do programa de AIDS no Amazonas desde os primeiros anos da epidemia, descrevendo o cenário social, histórico, e político à época da emergência da doença e no qual a epidemia ganhou espaço ao longo dos anos. Para isso, delimitamos o período de análise entre o ano de 1986 – quando houve a notificação do primeiro caso no Amazonas, até 2012, ano que houve mudanças estruturais importantes nos rumos da resposta nacional e seus desdobramentos no estado do Amazonas.

A pré-história da Aids: contexto político e social no Brasil e no Amazonas

Como parte do programa de governo vigente durante a ditadura militar no país (1964-1985) teve início o modelo econômico centrado no fortalecimento do capitalismo privado e fomento ao capital estrangeiro. Para conter a inflação, o governo adotou política de congelamento dos salários, que na prática significou a pauperização da população. Embora o país crescesse em torno 10% ao ano, com salários congelados a maioria das pessoas não se beneficiou do aumento dessas riquezas. No campo da saúde, à medida que o poder aquisitivo da população decaía, o acesso à saúde ficava mais caro e difícil. O crescimento de um sistema de saúde predominantemente privado aliado aos efeitos da recessão econômica alimentaram anseio por reformas profundas no setor saúde.

O movimento da Reforma Sanitária, que reuniu iniciativas de grupos de base como professores, pesquisadores, sindicatos e profissionais de saúde, defendeu o conceito ampliado de saúde que não é “uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos servi-

ços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser elaborada” (PAIM et.al., 2011, p.18). Além disso, lançou as referências para alavancar as reformas almeçadas pela sociedade, em coerência com o discurso de promoção dos direitos individuais em evidência no mundo e com processo de redemocratização política do país no final da década de 1970, que trazia o entendimento de que a saúde é um direito humano e assegurar este direito é dever do Estado.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), respaldado pela Constituição de 1988 foi fundamental para desenvolvimento da política brasileira de AIDS que se desenharia nos anos seguintes. O programa brasileiro no controle da epidemia não teria logrado o êxito e reconhecimento internacional sem a existência do SUS (ABIA, 2006). A participação popular na elaboração e fiscalização das políticas de saúde é resultado do processo de redemocratização que o país discutia naquele momento. No caso da AIDS, desde muito cedo, os grupos vulneráveis de São Paulo foram chamados a participar das discussões iniciais quando a epidemia tocou solo nacional. A combinação de todos esses elementos é fundamental para compreender o delineamento da resposta brasileira à AIDS:

“Ao se articularem os crescentes movimentos sociais, os princípios e diretrizes que marcaram, ainda que com dificuldade de implantação, uma mudança de sistema de saúde no Brasil, e o início do processo de redemocratização, formaram o pano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento à Aids/HIV no país” (MARQUES, 2002, p. 50).

No momento “Pré-SUS”, ressalta-se que a assistência médica era responsabilidade do INAMPS e a assistência hospitalar era feita em seus hospitais. A AIDS, todavia era vista como um problema de saúde pública, cuja responsabilidade cabia às secretarias estaduais

de saúde, que por sua vez não tinham hospitais para atender demanda crescente.

Assim, num cenário de redemocratização política, crise econômica, discussão sobre reforma sanitária, fortalecimento dos movimentos sociais de base e de luta por direitos civis, a AIDS chega ao Brasil. No nível local, durante o período militar, o governo central estabeleceu políticas claras para integrar econômica e socialmente a Região Norte ao resto do país. O governo nacional empreendeu projetos de grande porte como construção de extensas rodovias e hidrelétricas na região. Sob o lema “integrar para não entregar” o governo propunha a ocupação da região para resolver duas questões: por um lado assegurava a presença do Estado Brasileiro neste vasto território, por outro aliviava a tensão social por espaços agrícolas tradicionais no resto do país, sem alterar o sistema fundiário.

O mais importante projeto econômico foi implantação da Zona Franca e do Polo Industrial de Manaus. Em 28 de fevereiro de 1967 pelo Decreto-Lei nº. 288, o governo militar adota um modelo no qual a região passa a receber incentivos fiscais para ser implantado um polo industrial, comercial e agropecuário, tendo como centro a cidade de Manaus. Ocupar essa região era uma questão estratégica para assegurar a posse sobre um território tão vasto, de baixíssima densidade demográfica e de interesse internacional crescente.

Para tal desenvolvimento era indispensável prover à região de infraestrutura e condições de vida para atrair força de trabalho e investimentos nacionais ou estrangeiros. Esse modelo trouxe um dinamismo à economia da região em curto tempo, gerando um impacto gigantesco na receita do Estado e da capital. Entre 1968 e 1974 a receita de Manaus cresceu 922% enquanto que a do Estado registrou aumento de 547,7% (NASCIMENTO, 2004). Por um lado isso significou superação da economia extrativista, mas por outro gerou êxodo rural com abandono de culturas tradicionais. Em decorrência do crescimento econômico, o deslocamento da população acentuou-se com pessoas vindas de todo o interior do Estado e outras regiões

do país em busca de oportunidade de trabalho e renda nas indústrias recém-instaladas no Polo Industrial de Manaus. Numa série histórica, Rivas (2003) analisa que a população de Manaus foi multiplicada 8 vezes entre 1960 a 2000.

Todo esse rápido adensamento populacional, financeiro e industrial na cidade de Manaus não foi acompanhado de investimentos ou estruturação dos serviços básicos na cidade. Crise habitacional, ocupações desordenadas de áreas urbanas, falta de infraestrutura de comunicação, mobilidade, saúde reforçam a ideia de alguns estudos de que a ZFM não se caracterizou como um projeto, mas se impôs como uma realidade, agravando as condições sociais de moradia, saneamento, serviços de saúde e transporte.

A saúde foi setor que sentiu fortemente o impacto dessa explosão demográfica. O aumento notável a demanda por serviços sanitários e de saúde produziram uma mudança na resposta de como a saúde vinha sendo organizada até então. A primeira mudança sentida foi a criação de cursos na área da saúde dentro da Universidade do Amazonas (atual Universidade Federal do Amazonas - UFAM). A formação profissional superior no Estado estava paralisada desde a crise da borracha, pois as instituições de formação eram em grande parte financiadas pelos grandes produtores. Especialmente após o Golpe de 64, havia necessidade de qualificar pessoas em nível superior para ocupar os novos postos que estavam a ser criados, inclusive na área da saúde.

Em 1965, por iniciativa do Governo do Estado, foi inaugurado o Hospital Geral Getúlio Vargas, já como resposta ao aumento da demanda por assistência à saúde. Com uma população de aproximadamente 300.000 habitantes, apenas os leitos filantrópicos não respondiam mais as necessidades (ALBUQUERQUE, CÓVAS, 1998). As Faculdades de Medicina, Farmácia, Odontologia e ainda Engenharia começaram a funcionar efetivamente a partir de 1966. Em 1971 formou-se a primeira turma de médicos do estado, tendo neste Hospital seu campo prático (BRITO, 2011).

Em 1971, além desse Hospital, a cidade contava na rede pública de assistência com três unidades de atendimento especializado: Dispensário Alfredo da Matta para hanseníase, o Cardoso Fontes para tuberculose e o Eduardo Ribeiro para saúde mental. Além dessas instituições e de cinco postos de saúde para atendimento ambulatorial, todos de gestão exclusivamente pública, havia ainda três hospitais de grande porte: Santa Casa de Misericórdia, Beneficente Portuguesa e Hospital Militar, instituições que recebiam apoio do governo, mas não estavam sob sua administração direta (RICCI, 1974). Segundo Albuquerque & Cóvas (1998), na década de 1970 outras unidades de assistência e serviço foram criadas dentre elas, o Laboratório Central de Saúde Pública, Banco de Sangue Central de Manaus, o Hospital de Moléstias Tropicais e o Centro de Controle de Oncologia, além da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) em 1975.

Com o crescimento populacional, a saúde sentiu o impacto do aumento de demanda por serviços e limitação das unidades de assistência que existiam até então. Adensamento populacional, consequentemente da demanda por serviços de saúde “exigiram do Poder Público adequação de estruturas prestadoras de saúde, razão pela qual (...) foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, órgão do primeiro escalão da Administração Municipal.” (SEMSA, s.d)

Embora instalada há mais tempo, a Secretaria Estadual de Saúde durante este período também passou por diversas mudanças e reestruturação organizacional. Entre 1965 a 1984 a Secretaria passou por 5 processos de reorganização, sempre tentando se adequar para responder não apenas a demanda de assistência, mas, principalmente, as mudanças na estrutura política do estado (AMAZONAS, 2012).

Assim é neste cenário local, caracterizado pelo aumento populacional concentrados nos grandes centros, intenso fluxo de pessoas (migratório e turístico), organização incipiente da rede de saúde, conjugado com o momento de instabilidade política, que acontece o primeiro caso de AIDS notificado em 1986 no Amazonas.

A organização da resposta estadual para controle da epidemia

As instituições de referência no Estado

Em Agosto de 1975, cria-se a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), antiga Divisão Nacional da Lepra, dentro do Ministério da Saúde. Além da hanseníase, o Departamento passou a ocupar-se também da leishmaniose, pênfigo e das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Desde (ou a partir de) o nível nacional, as DST / Aids tiveram uma ligação com doenças dermatológicas, explicado talvez por um de seus mais conhecidos sintomas ser erupção cutânea, o *Sarcoma de Kaposi*. No Amazonas, entre 1978 e 1979, a primeira ação de assistência especializada em saúde sexual/DST foi organizada no então Centro de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta¹¹. Embora com aval da Secretaria de Saúde, a instalação do serviço foi uma iniciativa do diretor clínico da instituição a época, médico Sinésio Talhari. A contratação de especialistas em urologia e ginecologia tinha o objetivo de prover a assistência a portadores DST, desenvolver estudos a respeito e contribuir na formação de profissionais para outras instituições (AMAZONAS, 1997; 1999). Após alguns embates e arranjos internos, em 1981 cria-se nas dependências desta instituição o ambulatório de DST, primeiro serviço dedicado à assistência de portadores Doenças Sexualmente Transmissíveis no estado. À frente do serviço foi designada a médica Adele Benzaken (para atendimento as mulheres) e médico José Carlos Sardinha (assistência aos homens).

Até aquele momento a assistência de casos de DST era inadequada, pois a cidade não contava com nenhum serviço especializado. Um estudo conduzido pelo médico Sardinha sobre a questão estimava que apenas 10% dos casos de DST eram atendidos apropriadamente pelo serviço de saúde público e o restante dos casos

¹¹ Durante sua história a Instituição passou por algumas reestruturações e mudança de Razão Social. Para facilitar a leitura, optamos por referi-la apenas como Fundação Alfredo da Matta ou FUAM desde ponto em diante.

sintomáticos eram atendidos nos balcões de farmácia (AMAZONAS, 1999). O descontrole na prevenção e tratamento das DST invariavelmente significava descontrole também do HIV. Os profissionais da FUAM que atuavam neste serviço no período relataram que como resultado dessa inadequada assistência, os casos que atendidos já apresentavam estágios avançados das infecções.

Até 1985 com centenas de casos de Aids em todas as regiões do país, os estados desenvolveram suas próprias estratégias para lidar com a epidemia, uma vez que não havia diretiva clara e apoio organizado do nível nacional. No Amazonas, os gestores à época relataram que a FUAM e o Centro de Hematologia do Amazonas (Hemoam) passaram a se reunir em grupo de estudo, já atentos a eminente chegada da Aids no estado, embora ainda nenhum caso tivesse sido diagnosticado até então.

Ainda neste ano, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para o Programa de Controle da Aids, sob a responsabilidade da DNDS. Em 1986 a Aids passa a ser uma doença de notificação compulsória, mesmo ano que o primeiro caso de Aids foi notificado no Amazonas. O DNDS credencia a FUAM como Centro de Referência e Treinamento para DST da Região Norte (AMAZONAS, 1997). O curso lógico seria que a assistência aos portadores de HIV também permanecesse sob responsabilidade desta instituição, todavia a falta de leitos para internamento impossibilitara que o espaço acolhesse também os casos de Aids.

A epidemia se espalhava rapidamente no território nacional. O Programa Nacional de DST/Aids apoiou em todas as regiões do país a organização de Centros de Referência. No Amazonas, com o aval da Secretaria Estadual da Saúde, o Ministério da Saúde delegou à Fundação Alfredo da Matta que já era referência regional para DST, a responsabilidade de organizar as bases de um programa de controle também de Aids. Um técnico da instituição foi designado para coordenar essas ações, José Carlos Sardinha liderou tal processo (AMAZONAS, 1999).

No relatório apresentado no 1º Encontro Nacional de Coordenadores Estaduais DST/Aids realizado em Brasília em novembro de 1987, a coordenação do Amazonas apontou como prioridade a sensibilização das instituições e profissionais de saúde para assumir ações de controle e prevenção das DST/Aids e que o insucesso do Programa podia ser atribuído em parte a inabilidade da coordenação em promover tal sensibilização, mas também a outras condições pré-existentes (BRASIL, 1987). Segundo o documento, as instituições mais envolvidas com o programa, além da FUAM, eram a SUSAM¹², a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Universidade do Amazonas (UA), a SEMSA Manaus e o INAMPS. Cada uma com grau de envolvimento e dificuldades específicas.

A SUSAM deveria ser a instituição na liderança do processo, no entanto o relatório aponta que esta passava por “problemas crônicos” de organização cuja resolução dependia de uma “forte decisão política”. De fato a Secretaria na década de 1980 passou por 2 reorganizações em sua estrutura (1981 e 1984) e mudança de 10 secretários, sendo os anos mais críticos 1987 com 4 trocas de gestores e 1989 com mudança de 3 gestores e ainda uma Comissão Administrativa. Conforme o documento, a Secretaria estava sujeita a imperativos políticos, sem ordem administrativa, servidores desqualificados e sem estímulos técnicos e financeiros para engajamento em ações de maior eficácia.

Mesmo dentro da FUAM, o Programa de DST/Aids tinha dificuldade em coordenar ações, uma vez que a instituição histórica e prioritariamente era dedicada à hanseníase. Os embates eram tanto com corpo técnico (equipe clínica) quanto administrativo (entidades religiosas permaneciam na gestão vindas da assistência aos hansenianos):

“O programa de DST/Aids ainda é considerado como o primo pobre do programa de hanseníase, veleidade do pequeno grupo que a ele se dedica e a que se dá

12 Após reestruturações, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) passou por várias denominações. Atualmente é chamada de SUSAM, denominação que usaremos desde ponto em diante.

atenção se não houver, no momento, alguma atividade do programa de hanseníase, sempre prioritário” (BRASIL, 1987, p.4).

A FSESP, embora o relatório conclua que tinha os profissionais menos qualificados, foi considerada como instituição melhor engajada nas ações em DST/Aids, com protocolos bem estabelecidos e treinamentos regulares de suas equipes. A SEMSA Manaus, mesmo contando com interesse de alguns de seus gestores, não tinha atuação expressiva no programa e sofria dos mesmos problemas estruturais da SUSAM, embora a situação fosse menos caótica. Já o INAMPS apresentava resistência a ações rotineiras em DST.

A UA, segundo o relatório, dava suporte aos serviços de assistência a soropositivos. Nas dependências do Hospital Universitário Getúlio Vargas eram tratados doentes de Aids que necessitassem de internamento, especialmente nos cinco primeiros anos da epidemia. No Ambulatório Araújo Lima da Faculdade de Medicina, um serviço de DST foi montado, e no seu Hemocentro era feita sorologia para o HIV.

No Amazonas o despreparo da equipe em lidar com a epidemia não foi diferente do resto do país. A Aids impôs (e impõe!) desafios iguais às autoridades de saúde de todo o mundo. Até 1987, com um falho sistema de informação, nem mesmo o Ministério tinha meios para avaliar sua própria atuação.

Outro ponto é o contexto nos quais os profissionais de saúde pioneiros na assistência aos soropositivos estavam inseridos. O que marcou a diferença na resposta organizada nos estados brasileiros foi a capacidade que suas Secretarias de Saúde tiveram de identificar a doença como uma emergência de saúde pública e que independentemente do número de casos registrados, a epidemia acabaria por atingir todos os cantos do país indiscriminadamente. As possibilidades políticas e técnicas do setor saúde instaladas localmente no período foram determinantes para as respostas iniciais à epide-

mia nas diversas regiões do país. Exemplo disso é que já em 1983 quando apenas 4 casos haviam sido confirmados em São Paulo, sob a liderança de sanitaristas daquela Secretaria fortemente comprometidos com princípios da Reforma Sanitária, já se organizava o primeiro programa de combate a Aids no Brasil (MARQUES, 2002) programa que estabeleceu as bases para a posterior organização de outros estados e até mesmo do Programa Nacional. Destaca-se a eficiente compreensão dessa Secretaria de que nem sempre dados epidemiológicos sozinhos podem predizer os riscos para emergência de uma epidemia. Ratifica-se: decisões políticas impactam na vulnerabilidade das populações.

Sem o suporte da Secretaria Estadual de Saúde, desestruturada à época¹³, o Programa de DST/Aids do Amazonas dificilmente conseguiria implantar ações preventivas e de assistência em abrangência estadual. As autoridades de saúde do Amazonas demoraram a perceber a ameaça eminente da epidemia. Enquanto isso a doença avançou.

Os pacientes soropositivos permaneciam sendo atendidos precariamente no ambulatório de DST da FUAM, enquanto os técnicos da Instituição empreendiam diálogo com Susam para criação do Programa Estadual de Aids. Sem uma rede de assistência estabelecida, os hospitais resistiam em internar esses pacientes e muitos profissionais simplesmente recusavam-se a atendê-los. As internações eram conseguidas na base de troca de favor e negociações (nem sempre amigáveis) entre os profissionais e gestores.

Com o aumento de casos, pressão da sociedade, da mídia e muita articulação, em fevereiro de 1989, por determinação da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) foi criado o Programa Estadual de DST e Aids em uma tentativa de melhor coordenar a resposta estadual entre as instituições envolvidas. Assim, num acordo entre a Coordenação Estadual DST/Aids, a FMT e a SUSAM, foi cons-

¹³ Desde sua criação, entre 1956 à 2010 após 8 reestruturações administrativas e troca de 38 secretários, em média cada gestor permaneceu no cargo cerca 16 meses, confirmando instabilidade da situação desta Secretaria.

truída nas dependências do Hospital de Medicina Tropical¹⁴ uma ala de *isolamento* com 10 leitos para atender especialmente os soropositivos¹⁵. A FMT tornou-se referência para atendimento clínico/ambulatorial as PVHA. Para facilitar a articulação necessária para assistência adequada dos pacientes, a Coordenação do Programa se transferiu da FUAM para a FMT, permanecendo no entanto sob liderança de um técnico da FUAM (AMAZONAS, 1999).

A decisão de tornar a Fundação de Medicina Tropical o hospital de referência para assistência da Aids, assim como lotar a Coordenação Estadual em suas dependências trouxe repercussões que vem marcando a história da Aids no Amazonas. A criação de espaço físico não significou automaticamente assistência integral aos soropositivos, assim como a Aids enfrentou resistência na FUAM, igualmente os profissionais da FMT resistiam ao acolhimento do serviço. Também no Amazonas os primeiros anos da epidemia foram marcados por ausência de leitos, negligência e preconceito dos profissionais de saúde. Os profissionais que se prontificaram em prestar o mínimo de assistência paliativa sofriam o estigma de lidar como “doença procurada” que carregava pesado questionamento moral e estigma social. Assim como a hanseníase era prioridade na FUAM, as doenças tropicais eram (e são!) para FMT, no entanto destaca-se a diferença que na primeira a iniciativa para criação de serviço DST tinha partido da direção da instituição.

Em 1990, embora o Amazonas tivesse registrado 55 casos, o Boletim Epidemiológico já apontava a dimensão que a Aids vinha tomando no país: 24 mil casos com 18.523 óbitos (BRASIL, 2001). No Amazonas os primeiros gestores do programa denunciaram a “falta de vontade política” em priorizar o controle DST/Aids e falta de plano estratégico com ações interinstitucionais que dessem conta

14 Assim como a FUAM, esta instituição também passou por reestruturações e mudança de nome. Pelo mesmo motivo anterior, optamos denomina-la a partir deste ponto de Fundação de Medicina Tropical ou FMT.

15 Não foi possível levantar precisamente data da construção do isolamento, mas as fontes indicam ter sido entre 1990 e 1994.

de forma consistente e sustentável do combate à epidemia (Benzaken et al. 1998). Profissionais de saúde entrevistados alertaram que quando a Coordenação Estadual instala-se na FMT, extingue-se a Comissão Interinstitucional de DST/Aids (formada pela FMT, FUAM e Hemoam) o que contribui para enfraquecimento da Rede e desarticulação das ações entre os atores envolvidos no combate à epidemia.

Num primeiro momento com a falta de apoio das autoridades de saúde locais, a Coordenação Estadual de DST/Aids limitou-se em seguir as orientações da Coordenação Nacional (AMAZONAS, 1999). Grangeiro et al. (2011) avaliam que tal negligência nesses anos iniciais afetou de forma diferenciada o curso da epidemia ao longo do território brasileiro. Sobre a descentralização da resposta à Aids no Brasil, concluem que nos municípios onde a responsabilidade pelo Programa de controle e assistência foi assumida integralmente desde 1994, os programas “apresentaram uma maior chance de ofertar diagnóstico do HIV, possuir serviços de AIDS e reduzir casos por transmissão sexual e por uso de drogas injetáveis” (idem, p.S126) do que os estados que assumiram o programa tardiamente a partir de 2003, reiterando a ideia de que decisões políticas efetivamente contribuem para a vulnerabilidade da população.

Em 2001 foi apresentado na plenária do Conselho Estadual de Saúde - CES, o Plano de Controle de Endemias do Estado. Embora a AIDS no Estado apresentasse uma clara tendência de crescimento com uma incidência de 11,8%, nenhuma ação de controle/prevenção estava prevista neste Plano (CES, 2001). A doença permanecia invisível ao poder público, mas a epidemia se espalhava.

Com uma mudança nos rumos da Política Nacional a partir da assinatura do terceiro acordo com o Banco Mundial em 2002, a implantação da Política de Incentivos buscava corrigir a verticalização e centralização do financiamento e da gestão do Programa de Aids no nível federal (WORLD BANK, 2004). As coordenações estaduais e municipais receberiam recursos por meio de transferência

Fundo a Fundo, mas também deveriam assegurar uma contrapartida para cada ação do Plano. Para isso deveriam elaborar seus Planos Anuais de Ações e Metas – PAM com a participação da sociedade civil e aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde.

A Política de Incentivo mudou a organização da resposta local, forçando o Estado e os municípios contemplados a assumir uma postura mais ativa na organização de seus Programas. No Amazonas, dos 62 municípios apenas Manaus, Tabatinga e Parintins apresentavam os critérios para receber repasse diretamente do Ministério da Saúde. A assistência aos demais municípios permaneceu sob a responsabilidade da Coordenação Estadual DST/Aids. A Secretaria Estadual é levada a assumir responsabilidade pelo programa e o reestrutura em 2003 dentro do Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas/SUSAM, contudo por dificuldade de espaço físico à Coordenação permaneceu instalada no prédio da antiga Central de Medicamentos que funcionava no terreno da FMT (CES, 2008). A unidade gestora (e também executora de várias ações) dos recursos vindos do PAM seria a Fundação de Medicina Tropical.

Em 2008, a direção desta instituição encaminhou à SES uma proposta de reestruturação do Programa Estadual DST/AIDS dentro da FMT. A proposta foi rejeitada sob o argumento que o programa não era da Fundação e sim vinculado diretamente a DABE/SES e que este trabalhava “de forma intersetorial as áreas temáticas nos 62 municípios do Estado do Amazonas” (CES, 2008). Assim, reconhecia-se que as ações deveriam ser planejadas de forma horizontalizada e integrada com outros programas. O Programa DST/Aids deveria ser instalado nas dependências da SUSAM a partir de janeiro 2009 e os recursos do Programa passariam a ser gerenciados pelo Fundo Estadual de Saúde. O DABE deveria apresentar uma proposta de reestruturação para o Programa. Tal decisão desagradou profundamente a direção da FMT. Sete meses depois, uma nova Resolução *Ad Referendum* alegando falta de espaço físico, aprovou o retorno da Coordenação para as dependências da FMT e lá per-

manecendo desde então (CES, 2009). Hoje a Coordenação Estadual DST/AIDS/HV é parte do organograma da FMT.

Sem a liderança da Secretaria Estadual de Saúde nesse processo, dificilmente ocorrerá diálogo horizontal com os demais programas e as ações efetivas para enfrentamento à epidemia de abrangência em todo o estado fica comprometida. É preciso que o enfrentamento à AIDS se faça presente de modo transversal na Política de Saúde do Estado, assegurando-se assim a presença de uma rede de assistência e cuidado em todo o Amazonas.

A mobilização social na luta contra a epidemia

Conforme já destacamos, a história da Aids no Brasil foi marcada pela participação de diversos movimentos sociais, muitos deles organizados a partir das experiências de pessoas afetadas pela doença, soropositivas ou não. Baseados nos marcos históricos definidos por estudo como de Parker (1997) e Galvão (2000), a história do movimento social anti-Aids no Amazonas pode ser dividida em três fases: de 1986 a 1993, período que vai do primeiro caso notificado no estado até a centralização das decisões técnicas e financeiras pelo Programa Nacional; de 1994 a 2002 quando o gerenciamento dos contratos que financiavam ações locais governamentais e comunitárias, estavam sob supervisão direta do Ministério da Saúde, e; a partir de 2003 com o início da Política de Incentivos (descentralização). Dessa maneira pode-se caracterizar melhor a organização dos movimentos sociais em virtude dos eventos ocorridos em âmbito nacional.

Fase I – 1986 a 1993: Os primeiros anos da epidemia no Estado, não diferente de outras partes do país, foram marcados por alta carga de preconceito e estigma tanto por parte da sociedade amazonense, quanto por parte dos próprios profissionais de saúde como resultado sobretudo da escassez de informações seguras a respeito da AIDS até aquele momento. Os “anos heroicos” período entre 1985 a 1989 (GALVÃO, 2000) foram marcados por iniciati-

vas de enfrentamento à AIDS que tinham muito mais engajamento pessoal de profissionais e população vulnerável que militavam na área do que comprometimentos institucionais. No vácuo de espaços de assistência onde o serviço de saúde não alcançava, alguns desses profissionais acabaram por se reunir em Organizações Não Governamentais, somando esforços com pessoas da sociedade civil interessadas em contribuir com a causa. O Movimento de Luta Contra a Aids – AMAVIDA – fundada em 01 de dezembro de 1989 (BRASIL, 1997), foi a 1ª ONG no Amazonas voltada exclusivamente para temática Aids. Tinha uma forte atuação junto a profissionais do sexo da capital, trabalhando em parceria com a Fundação Alfredo da Matta (FUAM) para referenciar casos de DST. Outro grupo pioneiro desse período que por acabou por alinhar seu discurso a questões de DST/Aids por se reconhecer vulnerável foi o Grupo Gay do Amazonas – GGA, fundado em 20 de fevereiro de 1992¹⁶. Embora se tenha organizado com a finalidade de promoção direitos dos homossexuais, a exemplo do que ocorreu com esse tipo de Organização em outros Estados, rapidamente reconheceu a ameaça que Aids representava para comunidade gay e incorporou também a temática DST/Aids em suas atividades.

Em comum, ambas as Organizações tinham ações voltadas para prevenção e informação em DST/AIDS junto a seus grupos vulneráveis, mas também dedicavam esforço no trabalho de mobilização da mídia para divulgar informações de prevenção à população em geral. Sem qualquer tipo de financiamento/apoio público governamental, desenvolviam ações autônomas e exclusivamente voluntárias.

Fase II – 1994 a 2002: período marcado pela centralização e verticalização da atuação do Programa Nacional DST/Aids. Com a assinatura dos acordos entre o Programa Nacional DST/Aids e o

16 Fonte: Dossiê Violação de Direitos e Violência Contra Homossexuais no Amazonas organizado pela Associação Amazonense de Gays, Lésbicas e Travestis em abril de 2004. Atualmente é chamada de Associação Amazonense de Gays, Lésbicas e Travestis – AAGLT.

Banco Mundial, a participação das Organizações da Sociedade Civil (OSC) na construção das estratégias nacionais e locais foi assegurada. As OSC tiveram financiamento garantido para realizar suas ações. Com algumas alterações entre um acordo e outro, a parceria com o Banco Mundial durou entre 1994 a 2002 e foi um “marco divisor de um programa artesanal para um programa mais técnico e dinâmico” (TERABE, 2009, p. 13). A partir de então os projetos não surgem mais de uma necessidade/demanda vindo espontaneamente da sociedade civil, mas sim como resposta a possibilidade de financiamento em editais abertos pela agência financiadora governamental. Galvão (2000) aponta que isso gerou uma despolitização do discurso, uma vez que as OSC baixaram a bandeira da promoção do direito das PVHA para reorientar suas ações a partir das linhas definidas pela política do governo.

Nesse período, organiza-se a primeira iniciativa envolvendo principalmente PVHA: Associação dos Soropositivos do Amazonas – ASAM, uma instituição pioneira de luta pelo direito à assistência aos soropositivos. Em 2002, formada por dissidentes da ASAM, nasce a Associação Katiró que diferentemente de sua antecessora, ainda hoje permanece promovendo ações de prevenção e assistência jurídica à PVHA. Desse período também destaca-se a Rede de Amizade e Solidariedade às Pessoas com HIV/AIDS que inicia sua organização dentro das dependências da FMT a partir de 1996, capitaneada por um profissional daquele serviço, Rogélio Casado.

Da Katiró, da AAGLT e da Rede de Amizade e Solidariedade vieram as lideranças que marcaram a história da participação social na luta contra Aids no Amazonas, algumas delas fundaram outras Organizações, especialmente a partir de 2003.

Fase III – 2003 a 2012: Para corrigir a centralização da resposta nacional no nível central, a partir de 2003 o Programa Nacional instituiu novas regras para financiamento que ficou conhecida como “Política de Incentivos”. Desde então a gestão desses recursos passou para nível local a partir das pactuações nos Plano de Ações

e Metas – PAM, na qual o Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde repassava recursos para Estados e Municípios, sendo que estes devem garantir contrapartida para cada ação definida no Plano. Nesse novo modelo, o financiamento para OSC permanece assegurado, mas deve ser pactuado localmente (Brasil, 2002). Isso significou aumento da oferta de financiamento público gerando não só a criação de novas OSC, mas também fazendo com que Organizações de outros segmentos passassem a incorporar no seu escopo de atuação ações no campo DST/Aids. Em 2003 é de destaque a organização do Fórum Amazonense de OSC/AIDS como espaço coletivo mais importante já organizado localmente, cuja missão era de “ser um espaço de articulação da Sociedade Civil para criticar e promover políticas públicas de saúde, numa perspectiva de justiça social”¹⁷. As lideranças da sociedade civil reconhecem que o Fórum foi um importante espaço de interação e luta pela cidadania, mas todos lamentam a desmobilização sofrida dentro do Fórum especialmente a partir de 2010.

Uma análise mais detalhada acerca da mobilização social ao longo dos anos foi realizada por Kadri & Schweickardt (2015). Esse levantamento apontou que a possibilidade de financiamento das OSC pelo poder público, num primeiro momento fortaleceu a capacidade organizativa dos Organizações, mas ao longo do tempo, gerou uma fragmentação da resposta coletiva uma vez que as OSC passaram a concorrer entre si pelos mesmos fundos.

A situação do controle social encontrava-se fragmentada e, com muitas dificuldades que se estendem até o presente momento, tem feito a vigilância da epidemia no estado de forma problemática e pouco eficiente, numa conjuntura que evidenciava o aumento do número de casos da doença no estado.

17 Fonte: Panfleto de divulgação produzido pelo Fórum Amazonense OSC/AIDS. Não foi possível determinar ano.

Considerações finais

A presente pesquisa foi realizada no intuito de resgatar a história da epidemia, com destaque ao papel do controle social e articulação do Programa com a sociedade civil, no sentido de trazer uma importante contribuição na identificação de fraquezas e oportunidades no controle à doença no estado. Esperamos que as reflexões aqui elaboradas aliadas ao conhecimento epidemiológico já existente sirvam de subsídio para sustentar a construção de uma resposta mais robusta e assertiva no combate a AIDS no Amazonas, respondendo aos desafios que hoje estão postos na mesa.

Emprestando o termo utilizado por Brito et al (2000), a AIDS é uma “epidemia multifacetada” e portanto precisa ser entendida dentro do contexto social, político, econômico na qual ocorre, sem desconsiderar ainda que padrões de comportamento individual são determinantes dos padrões epidemiológicos. Longe de ser nossa intenção discutir todas essas “multifaces” da doença, ao final deste trabalho duas perguntas que nos parecem pertinentes emergiram:

1. Quanto ao controle social, no Amazonas os movimentos sociais organizados de combate a AIDS foram/são legitimamente resultado da luta por direito humano ou são resultados da Política Nacional para controle da epidemia? Ainda que tenham sido organizados a partir de uma indução do governo podem ser considerados tanto como catalisadores de mobilização coletivo ou apenas como objeto passivo de intervenção.

2. A partir dos dados apresentados, fica evidente que a o modelo de gestão adotado pela Secretaria de Saúde do Amazonas vem sendo de delegar às suas autarquias a função de liderar a resposta dos diversos programas de saúde (além da DST/Aids podemos citar os exemplos do Programa de Hanseníase, Tuberculose, Câncer). Considerando o cenário em que as doenças tendem a se cronicar indagamos se é adequado permanecer num modelo tão verticalizado com ações desarticuladas e pontuais.

A AIDS continua propondo novos desafios. Com a cronificação da doença, é preciso inovar nas estratégias de prevenção, aumentar testagem, continuar assegurando medicamento e insumos para demanda crescente, implantar rede de assistência no interior do estado. Diminuir a vulnerabilidade da população amazonense passa inevitavelmente por uma decisão política das autoridades de saúde do estado.

Neste sentido, a organização de um Programa/Política de Saúde no cenário brasileiro e seus desdobramentos no estado é produto da história e das decisões políticas/técnicas tomadas pela gestão em sinergia com as forças dos movimentos sociais estabelecidos. Embora o propósito deste trabalho esteja centrado na análise histórica sobre o contexto político e social em que se estruturou o Programa de Aids, a pesquisa científica aqui desenvolvida, também cumpre uma função social importante de buscar elementos para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores de saúde com necessidade premente para melhor enfrentamento do controle da doença no Amazonas.

Referências Bibliográficas

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **Políticas públicas de DST/AIDS e controle social no Estado do Rio de Janeiro**: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à AIDS. BRAVO, Maria Inês, et al.(org). Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

ALBUQUERQUE, Bernardino; CÓVAS, Jaime Araújo. O Sistema de Saúde no Estado do Amazonas. In: ROJAS Luísa B. Iñiguez; TOLEDO, Luciano Medeiros de (orgs) **Espaço e Doença**: Um Olhar Sobre o Amazonas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ALTMAN, Dennis. **Power and community**: answers of the organizations and cultural to the AIDS. Rio de Janeiro; Relume-Dumará; 1995.

AMAZONAS. Secretaria Estadual de Saúde. **Instituto Alfredo da Matta ontem e hoje**: história da saúde pública. Manaus: Editora IDTVAM, 1997.

AMAZONAS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Interinstitucional de Controle e Prevenção das DST/AIDS no Amazonas**. Manaus, 1999.

AMAZONAS. Secretaria Estadual de Saúde. **Ex-Secretários de Estado da Saúde**. Disponível em <http://www.saude.am.gov.br/docs>. Acesso em agosto de 2012.

BENZAKEN Adele; et al. AIDS no Amazonas: retrospectiva histórica e situação atual. In: ROJAS Luísa B. Iñiguez; TOLEDO, Luciano Medeiros de (orgs). **Espaço e Doença: Um Olhar Sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Encontro Nacional de Coordenadores Estaduais DST/AIDS**. 1987.

_____. Ministério da Saúde. **Catálogo de Organizações Não Governamentais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, Set 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.313** de 19 dez 2002. Dispõe sobre normas relativas ao Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_3_009.pdf Acesso em 10 mai 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, ano IV, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, Ana Maria; et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 34, n. 2, 2000.

BRITO, Rosa Mendonça. **100 anos UFAM**. 2.ed. Manaus: EDUA, 2011.

CES – Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 79ª Reunião do Conselho Estadual de Saúde** em 06 de março de 2001. (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, Conselho Estadual de Saúde, Manaus). 6 mar. 2001

_____. **Resolução no. 53**. Dispõe sobre a proposta de estruturação interna no Programa Estadual DST/AIDS do Amazonas na Fundação de Medicina Tropical. (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, Conselho Estadual de Saúde, Manaus). 16 de dez. 2008.

_____. **Resolução no. 43 Ad Referendum**. Dispõe sobre o Programa Estadual DST/Aids (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, Conselho Estadual de Saúde, Manaus). 10 jul. 2009.

CHEQUER, Pedro. **AIDS vinte anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Trabalho apresentado no 6. Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS: Desafios da Prevenção e Assistência no**

SUS. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: http://sistemas.Aids.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm Acesso em 02 abr de 2012.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

GRANGEIRO, Alexandre; et.al. Evaluation of strategies by Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v.27, suppl.1, p. s114-s128, 2011.

KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Julio Cesar. As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1331-1339, 2015.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, supl., p. 41-65, 2002.

NASCIMENTO, Izaura Rodrigues. SUFRAMA: agência dos agentes. **Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos**, ano 4, n. 1, p 159-186, 2004

PAIM, Jairnilson; et.al. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PARKER, Richard. Introdução. In: **Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

RICCI, Antonio. **Relatório do Secretário de Estado de Saúde do Amazonas: Gestão 1971-1974.** Manaus: Secretaria Estadual de Saúde, 1974.

RIVAS, Alexandre. O impacto da Zona Franca de Manaus no desenvolvimento do Estado do Amazonas: a eficácia do modelo. Trabalho apresentado 23. Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 21-24 out. Ouro Preto, 2003. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0802_0959.pdf. Acesso em: 15 jun. 2012.

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde. **Seção Nossa história.** Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br>. Acesso em 15 jul. 2012. s.d.

TERABE, Sandro H. **Avaliação do grau de sustentabilidade das ONGs que executaram projetos financiados pelo Programa Nacional de DST e AIDS: Perspectivas dos Stakeholders.** Dissertação (Mestrado Profissionalizante) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

WORLD BANK. **Project performance assessment report: Brazil first and second AIDS and STD control projects.** Operations Evaluation Department, 2004.



CAPÍTULO 7

História e Política Pública de Saúde na Amazônia como campo de pesquisas

Júlio Cesar Schweickardt

Michele Rocha Kadri

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Alcindo Antônio Ferla

Caminhos da história e políticas públicas de saúde

A construção e o desenvolvimento de pesquisas na área da história e políticas públicas em saúde em uma determinada região abrem possibilidades de reflexões e análises para a discussão sobre os problemas e os “objetos” que fazem parte da produção e projetos com uma transcendência maior do que o “local”. O que se quer dar destaque, nessa afirmação, é que há híbridos de fatores que, compreendidos mesmo em contextos singulares, ampliam a compreensão sobre questões mais gerais. No caso da saúde, em particular, com um desenvolvimento contemporâneo marcado como ciência das doenças (FERLA, 2007), uma diversidade grande de variações do padrão vigente tem existência em diversas localidades, mesmo sem uma expressão hegemônica. Ora, uma condição não hegemônica não diz de uma não condição. E a compreensão da diversidade nos ajuda a compreender as variações do todo.

Há pelo menos dois pressupostos para a pesquisa nessa área: primeiro é pensar a saúde como um campo complexo e, segundo, para dar conta do primeiro, há necessidade da pesquisa em rede e interdisciplinar. Complexidade, nesse caso, é expressão relativa ao debate epistemológico contemporâneo, que aponta limites na compreensão linear que o conhecimento moderno tornou bastante visível, com base no avanço das disciplinas e do modelo de pensamento científico ao qual nos habituamos nos últimos séculos. A questão aqui é reconhecer que “os seres vivos se constituem como sistemas autônomos, abertos e, ao mesmo tempo, integrados (...), apresentam uma capacidade de auto-organização e quanto mais aberto for, mais tal capacidade aumenta” (MINAYO, 2010). Minayo (2010) ressalta que, na área social, não se costuma fazer pesquisas apenas para ampliar o conhecimento, senão para subsidiar práticas de transformação e que, por isso, a problemática epistemológica da complexidade e dos limites do conhecimento disciplinar se fazem presentes com alguma frequência.

Madel Luz (2009), em ensaio sobre a expressão dos estudos no campo da Saúde Coletiva, definiu duas lógicas vigentes na produção de conhecimentos: a lógica teórico-epistemológica que está associada às diferentes áreas disciplinares que se colocam em jogo para compreender os objetos em estudo e a lógica operativa e pragmática da eficácia e da ética, que se põe em cena para intervir e controlar as questões que interferem na produção de saúde das pessoas e das coletividades e no funcionamento dos sistemas de saúde. A pesquisadora conclui que o campo da Saúde Coletiva é irreduzível tanto em termos de discursos, quanto de práticas e de produção científica e cultural, a um modelo ou paradigma único. A expressão da complexidade está dada, no ensaio citado, pelas mediações entre diferentes disciplinas e suas lógicas e dessas com as práticas no interior de sistemas e serviços.

Nesse contexto, a tarefa de fazer pesquisa em história e políticas públicas requer a mobilização de diferentes áreas de conhecimento e disciplinas, não somente a história. Assim, neste capítulo final trazemos alguns marcadores analíticos que surgiram a partir das reflexões dos pontos comuns que se apresentaram nos estudos na Amazônia, apontando os desdobramentos epistemológicos e metodológicos para o estudo da saúde pública na área da história e políticas públicas. A diversidade de situações estudadas e descritas nessa coletânea constituem casos em estudo, mas aqui interessa o que têm de transversalidade entre si e de capacidade de dialogar com os modos de pensar e organizar o trabalho em saúde e a organização dos sistemas de cuidado. Tornar situações do cotidiano da produção de saúde na Amazônia como casos em estudo significa também acreditar que podem falsear (por meio do jogo confirmação-oposição) nosso pensamento predominante, que é disciplinar. O estudo do local é complexo e, bem realizado, permite enxergar interações, conectar diferenças e oposições e modificar práticas teóricas e empíricas que se assentam em regularidades e homogeneidades (MINAYO, 2010).

Não é apenas o contexto da Amazônia que está evidenciado nos estudos que compõem essa coletânea. O recorte epistemológico da pesquisa histórica utilizado aqui busca superar a pesquisa histórica presa aos eventos da história oficial ou de uma história dos grandes personagens. Nos trabalhos apresentados apesar de utilizarmos os documentos oficiais como fonte documental, vale destacar que não é possível nos limitar à descrição dos acontecimentos, mas nos perguntar pelos diferentes grupos de poder e as vozes ausentes na documentação. Assim, a pergunta pode ser pelo que está e não está presente no discurso. A história não fica presa no relato do passado, mas procura trazer as questões para o debate do presente, ou seja, a análise do passado interessa para o entendimento dos problemas do presente. Segundo Bloch (2001), a história não seria mais entendida como ciência do passado, mas como uma ciência que parte dos temas do presente que delimitam o retorno ao passado possível. O antropólogo Clifford Geertz no ensina que o que “podemos levantar, se tomarmos notas e sobrevivermos, são os relatos retrospectivos da conectividade das coisas que parecem ter acontecido: as amostras reunidas, após o fato” (GEERTZ, 2012, p. 10). Esse foi nosso exercício constante. O fato e suas condições de existência não se esgotam na sua ocorrência, mas seguem gerando efeitos e se constituem como possibilidade por meio de redes de fatores que não se esvaziam num ponto da trajetória.

O pesquisador tem um compromisso ético com o que estuda e com a sociedade, sendo que não há uma pesquisa neutra. Nos interessa a compreensão da dinâmica e o desenvolvimento da política de saúde num determinado território, sendo nosso compromisso com a saúde pública e universal para toda a população. Le Goff, comentando o pensamento do historiador Marc Bloch, afirma que: “o problema epistemológico da história não é apenas um problema intelectual e científico, mas também um problema cívico e mesmo moral” (LE GOFF, 2001, p. 17).

O estudo da história não é apenas uma interpretação do tempo, mas também como os grupos e pessoas agiram no passado e as respectivas relações de poder naqueles contextos específicos. O fazer histórico, desse modo, é uma interpretação daquilo que sociedades, grupos, indivíduos realizaram em outro tempo, necessitando ser analisado criticamente a partir do arcabouço teórico-metodológico. Sendo assim, a construção analítica da história sempre será de alguém que está situado no presente e num lugar também histórico. Assim, o objetivo da análise histórica é mais compreender do que julgar o passado, mas tem a missão de realizar uma observação e uma leitura crítica das fontes (LE GOFF, 2001).

O entendimento de que a construção histórica é inacabada e, portanto, estará sempre em transformação e aperfeiçoamento, parece ter sido uma consideração constante nas produções dos diversos autores deste livro. O estudo histórico está em processo e em construção porque não há como ter uma visão da totalidade ou os diferentes pontos de vista de um evento ou de um período. A interpretação responde a determinadas questões que nos ajudam a compreender alguns problemas, sendo que o passado necessita ser interrogado constantemente a partir de novas questões e outras abordagens teórico-metodológicas.

Tomar as questões da saúde na perspectiva da história também é uma característica um tanto singular das produções aqui apresentadas. A pesquisa de história não tem realizado estudos sistemáticos sobre as políticas públicas, sendo um campo da ciência política e da sociologia. Na saúde tem surgido o interesse maior pela história das políticas públicas, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (HOCHMAN, 2013). Por outro lado, os estudos de políticas no Brasil se tem caracterizado pela aproximação da pesquisa com a agenda política dos governos, ou seja, pesquisa aplicada (ALMEIDA, 2007). De fato, os estudos no campo da saúde, por suas características, têm servido para subsidiar intervenções nos problemas atuais e nas necessidades específicas da população ou das próprias

políticas. Nesse sentido, a história também tem a pretensão de abordar temas que interessam aos problemas do presente, mesmo tendo o tempo e o passado como seu “objeto”.

Outro aspecto importante nos estudos entre história e políticas públicas é que não podemos tratar o passado como uma sucessão de eventos, numa espécie de sequência na linha do tempo cronológica. Os acontecimentos são interdependentes, trazendo elementos de outros períodos, portanto a história não é uma simples sucessão linear dos acontecimentos isolados em diferentes períodos históricos, mas uma relação de momentos que se inter cruzam e se interpenetram, criando influências e efeitos sobre os jogos de poder nas políticas públicas. Segundo Hochman, na “narrativa histórica os eventos se relacionam entre si e não são tão facilmente organizáveis e realocáveis” (2013, p. 234).

Segundo Souza, política pública é o campo do conhecimento que mobiliza ação do governo e/ou análise dessa ação (variável independente) assim como propõe mudanças no curso dessas ações quando necessário (variável dependente). As definições e os modelos de políticas são resumidas pela autora do seguinte modo:

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz. A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada nos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes. A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras. A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos em curto prazo, é uma política de longo prazo. A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação. Estudos sobre política pública propriamente dita focalizam processos, atores e a construção de regras,

distinguindo-se dos estudos sobre política social, cujo foco está nas consequências e nos resultados das políticas (SOUZA, 2007, P. 80).

Os estudos de políticas públicas têm trabalhado com a ideia de uma abordagem do processo de implementação das políticas e não tratar como uma sucessão de etapas, como tradicionalmente se tem feito com a análise dos ciclos da política: formação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação (SOUZA, 2007). A política não é uma sequência de etapas ordenadas cronologicamente, mas que se realiza através de processos mais desordenados e intercalados por eventos políticos (BALL e BOWE *apud* MEINARDES, 2006). Cada evento da política tem uma lógica própria, que faz parte do contexto e traz os seus discursos e as suas práticas. A história, portanto, tem como objetivo compreender o contexto e os discursos construídos em torno de determinadas políticas.

A história tem o desafio de problematizar as fontes documentais, pois essas tendem a registrar a fala oficial que se materializou no documento, não apresentando a arena de disputas em torno de um campo ou tema. A tendência é se reproduzir o discurso que se apresenta com a sua sequência lógica e cronológica dos eventos. No entanto, os documentos são polifônicos e contraditórios, pois apresentam diferentes vozes que não aparecem diretamente no discurso. A análise que interessa é saber como se deu a produção histórica e concreta das coisas e não somente a origem do conhecimento ou o seu ponto de chegada.

Segundo Foucault (2008), o enunciado é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral, trata-se de uma descrição dos acontecimentos discursivos que buscam a unidade. A prática discursiva forma objetos, enunciações, bem como escolhas temáticas e teóricas visando à construção de proposições ou descrições, ou seja, há uma positividade do discurso que formam saberes.

Mesmo depois de elaborado e apresentado como discurso, ainda paira sobre o texto um conjunto de interpretações pelos leitores e por aqueles que buscam colocar em prática as orientações que foram “consensuadas”. Assim, não temos somente o discurso da política, mas também os diferentes discursos que vão surgindo com a interpretação e a prática, pois nenhum discurso é totalmente claro de modo que todos poderiam compreender, pois o princípio da hermenêutica já nos diz que o mal-entendido é condição *sine qua non* do próprio discurso. As práticas se configuram, portanto, em novos discursos políticos, pois tem o papel de realizar aquilo que se apresenta como a ideia abstrata da realidade, ou seja, no campo da teoria ou do pensamento.

A política deve ser entendida como texto e como discurso. Como texto as políticas são codificadas em formas complexas através de acordos, interpretações e reinterpretções por aqueles que estão na gestão, que posteriormente são decodificadas também de modo complexo, colocando as experiências e as relações que estão no jogo político. Assim, a política é sempre um produto em construção nos diferentes jogos coletivos e complexos.

A política é uma prática social com embates e interesses de diferentes grupos que colocam as suas percepções e historicidades (BATISTA, MATTOS, 2011). Assim, a política é uma disputa de poder pelos recursos e com discursos para tornar o seu pensamento hegemônico diante de outros discursos possíveis. No entanto, os discursos que se impõe diante dos outros, não desaparecem, mas permanecem nas pessoas, nos movimentos e nas instituições.

Nos estudos apresentados nessa obra, observamos que os discursos que se tornam oficiais incorporam alguns elementos dos outros que se colocam como contraponto ou apresenta a voz de diferentes grupos. Talvez o discurso mais ausente seja do usuário e dos movimentos sociais, fazendo-se presente em espaços mais restritos das políticas, apesar da participação social ser um dos princípios do Sistema Único de Saúde. No entanto, observamos que em algumas

situações, o grupo de usuários ou do movimento social não somente participa da elaboração e execução da política pública como passa a fazer parte do próprio discurso da política, visando a garantia de direitos. Assim, o discurso da política é utilizado pelos usuários como um conjunto interpretativo para novas práticas vindas do movimento social. Há uma relação de indução-efeito nessa constatação: a política como indutora e como efeito de falas e de culturas.

Não é tarefa simples interpretar o documento e nem exigir que a memória dos atores traga elementos do passado do modo como aconteceu. O historiador precisa fazer as perguntas ao documento para que o mesmo traga respostas às questões que são colocadas para a história, questões que são pertinentes às situações do presente. Do mesmo modo, a história oral não tem a pretensão de realizar uma fotografia do passado através da memória das pessoas, senão compreender como os atores interpretam um acontecimento do passado com a cabeça do presente. Assim, temos sempre a interpretação com perguntas e questões do presente. A memória é social e coletiva, portanto, não é somente o que uma pessoa lembra, mas como essa estava inserida nos acontecimentos coletivos (HALBWACHS, 1990). Portanto, a pessoa traz ao presente o conjunto de relações que construíram a ação.

Todas essas reflexões apareceram nos estudos das políticas de saúde no Estado do Amazonas, que mesmo sendo localizado numa região e num estado, levantam elementos para a discussão de como se processou a implementação de políticas. Ao mesmo tempo, buscamos compreender a relação entre os poderes nacionais e os locais, bem como entre as políticas nacionais e sua implantação no território. Assim, o objetivo deste capítulo compreende o entendimento do desenvolvimento e aplicação das políticas públicas de saúde nacionais num território específico da Amazônia, a partir do caso do estado do Amazonas.

As categorias de análise foram surgindo a partir dos estudos e das pesquisas dos autores dessa coletânea. Os textos utilizam

metodologias, temas e períodos diferentes, mas entendemos que algumas questões aparecem de modo transversal como: processo de descentralização, participação social na construção de políticas, instituições e políticas. A leitura dos textos nos traz, portanto, alguns elementos de análise que contribuem na caracterização das políticas de saúde que predominaram e marcaram o modo de fazer gestão e assistência à saúde no cenário regional.

O constante desafio da centralização-descentralização

Diferente do que ocorrera na Primeira República quando se tentava consolidar funcionamento federativo da administração pública, atribuindo autonomia aos Estados, a partir da década de 1930 com o primeiro governo Vargas, o governo federal passou a operar de modo centralizado. Nesse período, os municípios ainda não apareciam na prática política. Segundo Lima et al (2005) o poder central, na tentativa de responder às obrigações com os serviços sanitários, centralizou tomada de decisões e o planejamento de estratégias e descentralizou a execução dos serviços. O projeto de descentralização como política pública foi retomado no início da década de 1980 com a crise das políticas sociais do Estado militar autoritário (LUZ, 2006). Houve, nesse período, uma abertura para novas discussões sobre a descentralização a partir das experiências locais.

A novidade, em termos políticos, é que a nova “descentralização” incorpora aos poucos o projeto dos Serviços Locais de Saúde (SILOS), elaborado pelos organismos internacionais da ordem sanitária (OMS/OPS) nos anos 70. Também cresce a ideia de participação em direção à sociedade civil, aos “usuários” dos serviços, em vez da ideia de “comunidade”, tão cara aos anos 60. Programas de descentralização municipal de serviços são estruturados na primeira metade dos anos 80, em acordo com prefeituras simpatizantes das ideias de descentralização e de priori-

zação dos serviços básicos de saúde. (...)os Serviços Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), serão o laboratório do projeto Sistema Único de Saúde (LUZ, 2006, p. 21).

No geral, a política de saúde pública era verticalizada através de campanhas e de programas coordenados pela União, sendo que a execução poderia ser direta através de instituições federais ou por instituições estaduais e locais. Os serviços nacionais se caracterizaram pelo combate e controle das endemias como febre amarela, malária, hanseníase, tuberculose. A Amazônia foi um claro exemplo desse tipo de política. Até o final da década de 1980 realizava-se nessa região ações de saúde através de campanhas e serviços nacionais com pouco protagonismo das instituições locais na elaboração dessas estratégias. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípio a descentralização, possibilitou que estados e municípios participassem da elaboração e da execução das políticas nos seus territórios. No entanto, esse processo foi lento tendo em vista a necessidade de mudar de gestão da saúde aumentando progressivamente a responsabilidade dos governos estaduais e municipais. Segundo Vianna (2012), no SUS vigorou o modelo de centralização das políticas com a descentralização da execução.

A participação de diferentes atores representados no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) torna complexa e repleta de negociações de poder e de arranjos administrativos a gestão e tomada de decisões sobre a política de saúde, se se quiser respeitar o processo democrático. Conforme aponta Luz:

Profissionais e burocratas, incluindo os gestores, são, portanto, uma força política que tem atuado no interior do Estado (nas instituições estatais de saúde) ou na periferia do Estado (nas instituições corporativas

de saúde), no sentido de produzir um movimento de desconcentração do poder estatal “de dentro para fora”, num processo de descentralização através do favorecimento da co-gestão institucional em todos os níveis territoriais (local, municipal, estadual e central), confirmando mais uma vez a teoria de que as instituições, mais que simples reprodução do Estado, são contraditórias e funcionam como campo de luta política. Neste sentido, devem-se considerar profissionais e burocratas da área de saúde como vanguarda da descentralização e da desconcentração institucional no interior das políticas públicas brasileiras (...) (LUZ, 2006, p. 26).

Além disso, destaca-se a maior participação dos movimentos sociais e grupos de usuários que passaram a participar da elaboração das políticas de saúde em todo país. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a participação social tem sido um elemento fundamental na discussão sobre políticas de saúde, o que vem permitindo que as realidades dos lugares apareçam nas negociações, evidenciando os movimentos locais no cenário nacional nas mais diversas realidades (LUZ, 2006).

Os estudos apresentados nessa obra mostram que as políticas de saúde foram e ainda são fortemente condicionados às diretrizes e orientações do poder federal. No entanto, ao analisar a história das políticas de saúde em um território, exercício feito neste livro, evidenciou-se que a implantação de políticas não se dá homogênea. O desenho e implantação de ações de saúde dependem de alguns fatores: tipo de agravo; articulação dos grupos locais através de profissionais, gestores ou usuários, com o governo federal; histórico das políticas e das instituições, dentre outros.

Os problemas regionais transformam-se em política quando atingem a agenda governamental local. Capella (2007, p. 88) esclarece que “uma questão passa a fazer parte da ‘agenda governamental’ quando desperta a atenção e o interesse dos formuladores

de políticas”. Independente de consensos dos especialistas ou da relevância dos dados quantitativos apontando para existência de uma situação que precisa de atenção, o fluxo político, determinante na priorização dos problemas de governo, segue sua própria dinâmica e regra.

O grande desafio da descentralização é ter uma política nacional que considere as especificidades regionais e locais, pois precisa ser, ao mesmo tempo, nacional e refletir a realidade local. Desse modo, as forças regionais têm exercido um importante papel na revisão das políticas trazendo a demanda e os problemas de aplicação da política nacional aos contextos e territórios locais. Exemplo disso, é a revisão da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2012 que incorporou as equipes de saúde ribeirinhas e Unidades de Atenção Básica Fluviais como apêndice do modelo de atenção específica para a região amazônica e o pantanal.

Segundo Arretche e Marques (2007), a descentralização tem o papel de redistribuição dos recursos, permitindo a oferta de serviços básicos de saúde nos municípios, mas no Brasil houve mais uma “promoção da descentralização do que a promoção da redução das desigualdades” (2007, p. 203). A descentralização tem o papel de diminuir as desigualdades regionais e as iniquidades que historicamente criaram injustiças sociais, que podem ser revertidas com políticas de redistribuição dos recursos e dos investimentos.

O processo de descentralização não foi homogêneo e apenas no final da década de 1990 consolidou-se em todo o país. Em estados e municípios com mais recursos e maior capacidade instalada (estrutural e gerencial) a descentralização foi mais robusta e rápida (OUVERNEY, 2014). Com a publicação das Normas Operacionais Básicas – NOB (em 1991, 1993 e 1996) o processo de descentralização foi fortemente marcado pela municipalização, sendo que no Amazonas esse processo foi mais tardio e os municípios foram atingindo os critérios mínimos para serem considerados “municipalizados” dentro do SUS apenas no final dessa década. A NOB 01/91

determinava que os estados receberiam os recursos federais daqueles municípios que não apresentassem as condições exigidos pela Norma. Por conta disso, entre 1990 e 2000, o estado foi o principal gestor do sistema de saúde no Amazonas tanto na capital quanto no interior. A partir de 2000, embora as orientações nacionais já apontassem para novo momento com a regionalização, a partir das Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS, os municípios do Amazonas foram assumindo gradativamente a gestão do sistema de saúde local e estruturando sua Atenção Básica. Nesse período, ainda que a política nacional já apontasse para segunda fase do processo de descentralização com a regionalização, o Amazonas ainda levaria boa parte dessa década para desenvolver as estratégias de gestão e organização dos serviços de saúde nos municípios.

A baixa capacidade política, administrativa e financeira instalada no estado, especialmente fora de Manaus, limitava “o grau de autonomia e inovação dos municípios e sua capacidade de articular suas demandas na gestão dos serviços de saúde” (SCHWEICKARDT et al., 2015, p. 110). Com a criação do SUS, a Secretaria Estadual de Saúde assumiu infra-estrutura hospitalar e assistencial da Fundação SESP e do INAMPS, passando a funcionar como o principal organizador do sistema de saúde no Estado.

Na capital, desde 1975, já se organizou a Secretaria Municipal de Saúde, tendo um rápido crescimento da demanda por serviços de saúde que respondesse necessidades da população crescente no município, principalmente após a criação e implementação da Zona Franca de Manaus (ZFM). Neste centro urbano estão concentrados os níveis de atenção especializada de média e alta densidade tecnológica, sendo a referência para todos os municípios do interior do estado.

A Secretaria Estadual de Saúde responde, até hoje, pela maior parte da assistência hospitalar no interior, enquanto que os municípios estão em permanente exercício de estruturação de sua Atenção Básica, tendo como grande parceiro nesse processo diretamente

o Ministério da Saúde, especialmente quanto ao financiamento. O Estado não tem co-financiado a Atenção Básica, mostrando que o apoio à descentralização tem sido mais técnico do que propriamente no reforço da autonomia dos municípios com o repasse financeiro. A capital também concentra a maior parte dos estabelecimentos de saúde privada, sendo que a cobertura de urgência e emergência no interior é toda pública, seja em estabelecimentos de gestão direta estadual ou parcerias com forças armadas em municípios de fronteira.

A assistência à saúde antes e depois do SUS

O estabelecimento do Sistema Único de Saúde representou avanço inquestionável quanto ao acesso aos cuidados de saúde no Brasil a todos seus cidadãos, em especial àqueles que por estarem fora do setor produtivo formal do trabalho. Segundo dados IBGE (1990), no Amazonas apenas 13% da população era assegurada pela previdência social em 1988, contingente que juntamente com seus dependentes tinham assistência à saúde garantida pelo INAMPS. No estado, a implantação do SUS significou direito à saúde garantido a cerca de 2 milhões de brasileiros.

O SUS além da garantia à saúde, representou mudança no paradigma de saúde pública dominante no país até então. No Amazonas as ações implantadas e levadas a cabo por instituições como a Fundação SESP e a Secretaria Estadual de Saúde até então, priorizavam combate, tratamento e prevenção de doenças condizente com o paradigma vigente de saúde como um fenômeno predominantemente biológico. Desde o início do século XX, a política de saúde no estado estava predominantemente voltada para o tratamento e prevenção de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a força de trabalho especialmente no interior do estado.

Os dois períodos da exploração da borracha mostram a relação entre os ciclos econômicos e a assistência. O primeiro aconteceu entre 1880 a 1915 e o segundo entre 1942-1945 durante a segun-

da guerra mundial. No primeiro momento houve uma preocupação com o saneamento da capital e dos seringais, pois estava afetando a produção dos trabalhadores. Carlos Chagas e Oswaldo Cruz são chamados para propor um plano de saneamento para a Amazônia, numa tentativa de salvar a economia da borracha que perdia espaço para os seringais da Ásia (SCHWEICKARDT, 2011). No segundo período, temos a criação do Serviço de Saúde Pública, abordado em capítulo nesse livro, que irá se responsabilizar pela assistência à saúde na região Amazônica, primeiramente para atender as exigências da guerra na exploração da borracha e, posteriormente, passa a ser um serviço permanente para as populações da região.

Vimos que no período anterior ao SUS houve um longo período sem uma assistência sistemática para todo o Estado, sendo que a capital sempre recebeu o maior número de investimentos e onde se centralizou a assistência à saúde. O interior do Estado foi considerado pela política, primeiramente na década de 1920 quando houve o convênio com o Governo Federal para a instalação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural. O Serviço instalou postos rurais e itinerantes nas principais calhas dos rios do Amazonas, interiorizando, pela primeira vez, os serviços de saúde (SCHWEICKARDT, 2011).

Depois disso, tivemos ações mais pontuais através de serviços nacionais por agravos ou de combate de endemias rurais. A partir da década de 1940 até 1990 tivemos os serviços do SESP que atuaram em diferentes regiões do interior da Amazônia. Além dessa instituição, tivemos a atuação da igreja católica que assumiu os serviços de saúde em diferentes regiões, principalmente nos lugares de fronteira ou de missão entre os indígenas. Com a criação e organização da Secretaria Estadual de Saúde a partir da década de 1960, passa a ter uma preocupação em criar estruturas hospitalares nos municípios do interior.

O entendimento da saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al, 2011), trouxe uma perspectiva inovadora na forma de se fazer saúde no Amazonas.

No entanto, a reorganização do sistema de saúde também pautado pela lógica da promoção de saúde e do direito humano, a partir do estabelecimento do SUS em 1990, não significou uma mudança automática nas práticas e na gestão de saúde no Estado. Isso pode ser explicado pelo fato que ainda não conseguimos superar a centralização da assistência no hospital em detrimento de uma Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado. Além disso, a formação está pautada no modelo biomédico, distantes da realidade dos serviços e da política da Estratégia da Saúde da Família. A falta de participação mais efetiva do Estado no investimento da Atenção Básica também colabora com uma visão mais curativa da doença do que no componente da prevenção e promoção da saúde.

Em termos de organização da assistência de saúde no estado, a grande inovação trazida pelo SUS foi o planejamento da saúde através de redes de serviço, atribuindo aos municípios parte da responsabilidade pelo serviço de saúde que até então estava exclusivamente a cargo das instituições filantrópicas e federais, assim como pela Secretaria Estadual de Saúde. Os municípios tiveram o grande desafio de estruturar as redes de serviços de acordo com os territórios das diferentes regiões do Estado. As políticas para as populações específicas como indígenas, ribeirinhos e quilombolas são avanços importantes na política de Atenção Básica. Destacamos a incorporação das Unidades Básicas de Saúde Fluvial - UBSF e o reconhecimento da modalidade das Equipes de Saúde Ribeirinhas na Política Nacional de Atenção Básica que possibilitaram a inclusão de famílias e comunidades que estavam à margem da atenção à saúde na região amazônica (LIMA et al, 2016; SCHWEICKARDT, et al, 2016).

A Participação Social nas políticas de saúde

No Brasil, a reforma da saúde, processo concomitante com a retomada da democracia, teve no SUS o resultado da organização e mobilização dos profissionais da saúde e pessoas de movimentos e

organizações da sociedade civil. Assim, nos parece pertinente que a participação e o controle social sejam marcadores importantes na análise histórica das políticas de saúde e do SUS no Amazonas.

Na história das políticas de saúde, apresentados nessa obra, não tivemos uma significativa participação da sociedade e dos movimentos sociais antes da criação do SUS. A exceção está nas ações voltadas para serviço oncológico, que, desde 1955, teve a participação da sociedade civil na organização da assistência às pessoas portadoras da doença. As análises da literatura internacional, até a década de 1990, afirmava que na América Latina era quase impossível criar mecanismos de participação social nas políticas públicas. No entanto, contrariando essa análise, o Brasil tem mostrado a incorporação de instrumentos que viabilizem a participação social em diferentes políticas públicas (CORTÊS, 2007).

O processo de redemocratização e de afirmação dos direitos individuais não foi vivenciado da mesma forma em toda a extensão do território nacional. Embora tivesse sido previsto no SUS, desde 1990, alguns estados já tinham experiências de mobilização e participação social em programas e serviços de saúde. No Amazonas, o Conselho Estadual de Saúde teve sua primeira reunião no final do ano de 1993 e sem nenhum representante do movimento social (CES, nov 1993). Apesar do controle social ser um importante instrumento e uma estratégia de participação social, a avaliação sobre a participação nos conselhos ainda é frágil no seu papel de planejamento e fiscalização das políticas de saúde.

Com a descentralização da política de saúde para os municípios, aumentou a importância dos fóruns locais. Esses fóruns representaram uma importante ampliação do poder no acompanhamento das diretrizes, políticas, planejamento e supervisão do uso dos recursos financeiros. Os conselhos municipais tiveram um importante papel na descentralização e no aumento de poder local. Os movimentos sociais passaram a entender a importância desses espaços de articulação e negociação política (CÔRTEZ, 2007, p. 132).

Sposati e Lobo alertam que é preciso fugir da armadilha de que controle social “é verificar se a mercadoria está de acordo com o rótulo”, ou seja, evitar o entendimento de que à sociedade civil organizada caberia unicamente o papel de fiscalizar se os serviços de saúde estão sendo prestados de acordo com o protocolo. Para as autoras “direito à saúde é mais do que direito ao consumo de saúde” (1992, p. 367). Assim, a participação social nas decisões coletivas é a única forma de legitimar que as ações governamentais sejam democráticas. No campo da saúde, controle social é entendido em ações na elaboração, gestão e fiscalização da política de saúde. A participação como um processo de aprendizagem pode ser explorada pelos movimentos sociais.

A participação social nas políticas públicas depende também do funcionamento dos fóruns e a viabilização dos participantes à infraestrutura que permita o acesso às informações e o apoio para o desenvolvimento das pautas demandadas pelos atores envolvidos. Segundo Côrtes (2007) é fundamental que haja uma *policy community* formada por profissionais, trabalhadores gestores, usuários e grupos sociais interessados em construir instrumentos de diálogo que viabilizem a participação dos diferentes setores da sociedade. A participação social não deve ser entendida como um ato de bondade do setor público, mas como um direito conquistado pela população brasileira de intervir e colaborar com a melhoria dos sistemas públicos. Os fóruns se constituem arenas de conflitos e lutas de poder, sendo essa uma condição da participação social nas políticas públicas.

A políticas de saúde viabilizaram a inclusão de grupos da sociedade que historicamente estavam excluídos da participação. Esses grupos passaram a representar os interesses de usuários que não tinham espaço nas decisões políticas. As conquistas de direitos de grupos específicos de usuários foram através da participação nos fóruns ou através de outros canais de participação. No entanto, ainda há o desafio de ampliação e diversificação dos fóruns e a necessi-

dade de discutir os diferentes modos de participação para além dos conselhos e conferências de saúde.

Destacamos que a organização da sociedade civil em órgãos de classe, profissionais, culturais, grupos afins, etc. é um processo que prescinde ao sistema de saúde. O SUS não organiza o controle social, cabendo-lhe apenas assegurar a existência de espaço democrático no qual há garantias de participação. Tomando como exemplo o caso da Aids, apresentado neste livro, mostra como uma política nacional interveio nesse processo, funcionando como instrumento indutor da resposta social. A política, por um lado, contribui para estruturação organizacional dos movimentos sociais e, por outro, define as diretrizes dos editais, orientando as iniciativas sociais de acordo com agenda do governo. No entanto, as agendas do governo convergem com as necessidades dos grupos vulneráveis, acirrando as disputas internas e fragilizando politicamente o movimento social. Tem-se o paradoxo indutor de uma política que por um lado pode fortalecer um Movimento ao mesmo tempo que o controla, produzindo assim seu contrário que é a desorganização e a divisão do movimento social.

A sociedade civil organizada, no Amazonas, desenvolveu movimentos na história das políticas públicas com as diferentes esferas do poder público. Seja nos casos da Hanseníase, Saúde Mental e Aids, apresentados neste livro, a luta por uma assistência digna teve, em momentos diferentes, o engajamento de profissionais de saúde e de grupos de usuários e afetados¹⁸ pela doença. Isso não significa dizer que as Organizações não lutaram ou lutam pelos direitos e à promoção à saúde das pessoas. No entanto, o entendimento do papel como atores políticos na saúde, superando relação de consumidores dos serviços de saúde, ainda é um processo que foi sofrendo alterações no decorrer da história, tendo momentos de maior ou menor mobilização desses atores.

¹⁸ Entenda-se afetada não somente para referir a pessoas portadoras de alguma patologia, mas também àquelas que por outro motivo, quase sempre também de ordem pessoal, preocupam-se com a questão.

Ocupar os espaços de direito nos Conselhos e nas Conferências de Saúde Municipais e Estaduais é uma tarefa que demanda um exercício de organização dos coletivos e que possam dialogar com os instrumentos de planejamento das instâncias governamentais. A descentralização das políticas é uma grande oportunidade a criação de espaços de mobilização e participação dos grupos locais e setoriais da saúde. Igualmente, os Conselhos e as Conferências de Saúde são espaços inovadores no processo de cogestão, mas que também precisam ser reinventados para ter uma efetiva participação e uma lógica de escuta das demandas locais.

Considerações Finais

O estudo das políticas públicas em saúde na Amazônia, a partir do caso do Amazonas, permitiu compreender a repercussão histórica das políticas e sua relação com território. E, neste sentido, a análise histórica apresentada aqui nos aponta para uma transição da universalização do acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria dos serviços de saúde pública, observadas no período pré e pós-SUS. Além disso, a descentralização viabilizou o crescimento relativo dos municípios da região, frente ao Estado, na execução de ações e serviços de saúde para a população capazes de influenciar a definição de políticas nacionais a partir da leitura da região, como por exemplo, da Política Nacional de Atenção Básica de 2012. Ademais, os registros históricos de tempos mais atuais, é possível apontar que mecanismos participativos do setor saúde, como os conselhos e conferências de saúde, bem como arranjos de participação social amplos conferiram, em grande parte, vitalidade cívica e garantia do direito cidadão à saúde da população reconhecidos em lei.

A história como campo de pesquisa sobre políticas públicas na região retrata o modo de fazer governança em saúde e que os caminhos da assistência em saúde. Foi na região amazônica, que observamos a ampliação da provisão pública de cuidados em saúde, o fortalecimen-

to do controle estatal sobre a oferta de serviços públicos de saúde, a descentralização da gestão nacional e a criação de mecanismos e fóruns de participação de usuários no processo decisório deste setor. Neste sentido, cabe ainda argumentar que a história como campo de pesquisa essencial para a saúde coletiva, aponta o SUS como projeto reformista de caráter progressista na região e que necessita de maior maturidade para alcançar êxito pleno na região amazônica.

As análises e interpretações apresentadas neste livro fazem parte de uma proposta de estudar as várias histórias das políticas de saúde na Amazônia, fazendo recortes de temas, períodos e metodologias. Essa é uma linha de pesquisa em constante construção e que tem ainda grandes desafios como: analisar o processo de descentralização da saúde nos municípios, com enfoque na Atenção Básica; analisar o processo de regionalização; analisar a inserção de Programas de Saúde nas regiões de saúde e nos municípios; pesquisar a participação das igrejas e do exército na constituição da saúde nas regiões de fronteira; analisar as estratégias de interiorização dos serviços de saúde; realizar estudos comparativos com outros Estados da região amazônica; ampliar as análises para a dimensão da participação social e usuários na aplicação dos programas e políticas de saúde. Ou seja, o campo é abundante, necessitando de pesquisadores que se integrem nessa rede de pesquisa tem como objetivos abordar os temas da região na relação com a nação e entre local e global.

O esforço de pesquisa é que possamos ter na Amazônia um pensamento crítico sobre as políticas de saúde que sejam capazes de interpretar e intervir nos problemas e situações de saúde. Partimos do pressuposto que a pesquisa deve ser colaborativa, propositiva, mobilizadora para a transformação e comprometida com as populações da região. As pesquisas pretendem também colaborar com políticas para o aprimoramento do SUS, de modo a termos políticas que considerem as especificidades e características dos territórios da Amazônia. A expansão e interiorização de instituições de ensino, novos cursos de Pós-Graduação, fomento à pesquisa, criação de re-

des de pesquisa certamente irão fortalecer as iniciativas de construção de um pensamento crítico e colaborativo na região.

Difícil obter resultados positivos quando políticas são elaboradas e estudos feitos de forma isolada, longe do território de vida das pessoas. Nenhuma política pública de qualquer setor se dá de forma homogênea no continental território brasileiro. As características e peculiaridades do Estado do Amazonas, não devem ser entendidas de modo tão exótico e distante (por vezes até mesmo como um “lugar atrasado”) que inviabilizem a efetivação do Sistema Único de Saúde. Longe não é uma característica geográfica, mas sim um lugar onde as políticas públicas não alcançam em plenitude. Portanto, consideramos que necessário superar o paradigma de que a região constitui um problema, um atraso para consolidação do SUS, e trazê-la para o lugar que representa a potência de inovação das políticas e como lugar onde efetivamente se realize um de seus pressupostos: equidade na assistência em saúde a todo cidadão brasileiro.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, M.H. T. Prefácio. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BLOCH, M. **Apologia da história ou o ofício de historiar**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRASIL. Congresso. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planal- to.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 22 nov. 2016.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Martha; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CES. Conselho Estadual de Saúde. Ata da 1ª Reunião do Conselho Estadual de Saúde, em 21 de novembro de 1993. (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, Conselho Estadual de Saúde, Manaus). 21 nov. 1993.

- CORTES, S. M. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro]: v. 25, n. 7, p.1626-1633, 2009.
- CORTÊZ, S.V. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Martha; MARQUES, Eduardo (Orgs). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- GEERTZ, C. **Atrás dos fatos: dois países, quatro décadas, um antropólogo**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- HALBWACHS, M. **Memória Coletiva**. São Paulo: Edições Vértice. 1990.
- HOCHMAN, G. História e Políticas Públicas. In: MARQUES, E.; FARIA, C.A.P. **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- LE GOFF, J. Prefácio. In: BLOCH, M. **Apologia da história ou o ofício de historiar**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- LIMA, R. T. S.; HEUFEMANN, N.E.C. ; SIMOES, A. L. ; AIRES, V. P. . Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.A.; CAMPOS, J. D. P.; CULAU, F.S.; WORTTRICH, L.A.F.; KESSIER, L.L. (Org.). **Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v. 2, p. 269-294.
- LUZ, M.T.. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006.
- LUZ, M.T.. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.
- MINAYO, M.C.S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010.
- MEINARDES, J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para análise de políticas educacionais. **Educação e Sociedade**, v. 27, ed 94, 2006.

OUVERNEY, A. M. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: FLEURY, Sonia.; et al. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

PAIM, J. TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

SCHWEICKARDT, J. C.; KADRI, M. R. A. E.; XEREZ, L. M. D.E. Differenze geografiche e culturali nella gestione dei servizi di salute nell'Amazzonia Brasiliana. In: MARTA, B.L.; NICOLI, M. A.; PALTRINIERI, F. (Org.). **Nuove Configurazioni Organizzative. Connessioni in rete di servizi sociali e sanitari tra Emilia-Romagna e Brasile**. 1ed. Bologna: Format Edizioni, 2016, v. 1, p. 11-21.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R.T.S.; CECCIM, R.; FERLA, A.A; CHAVES. E.S. Regionalização da Saúde: construção da universalidade e integralidade no Sistema Único de Saúde. In: SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R.T.S.; CECCIM, R.; FERLA, A.A; CHAVES. E.S. (Orgs.). **Educação Permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

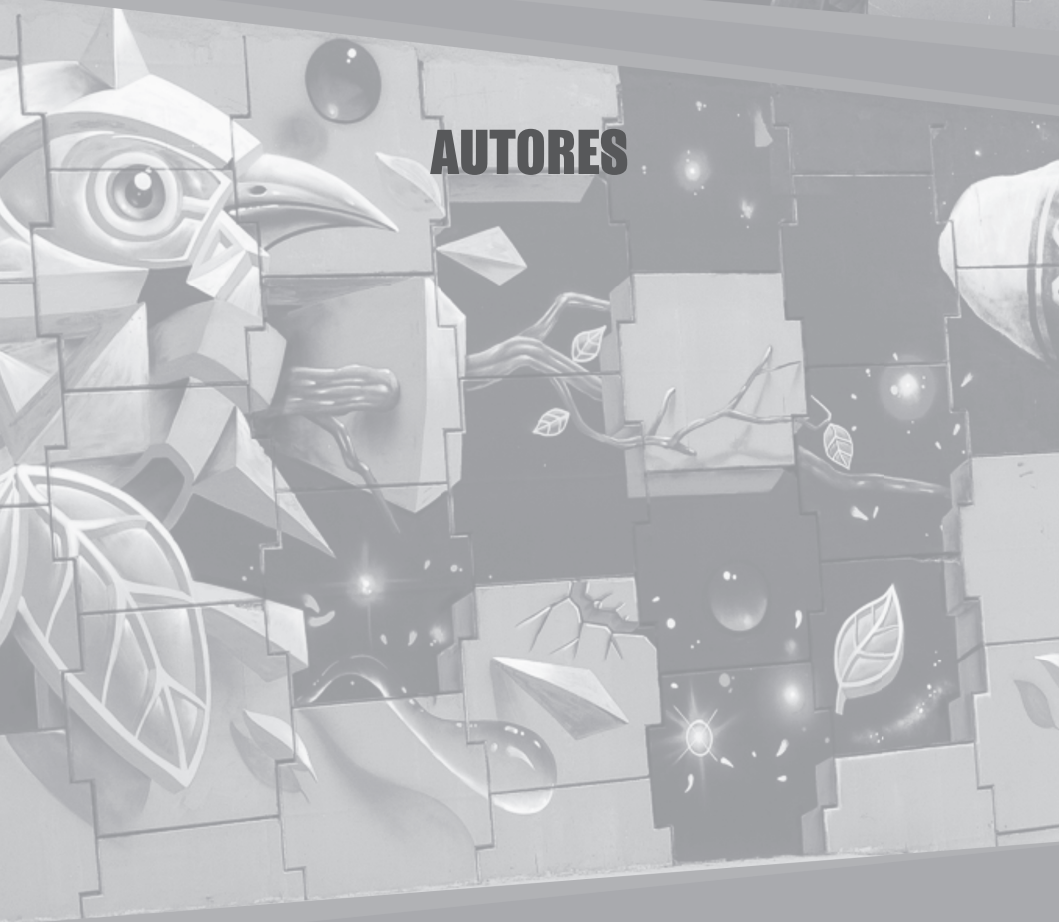
SCHWEICKARDT, Júlio. **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890 – 1930)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.. MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Públ**, v.8, n. 4, p. 366-378, 1992.



AUTORES



Júlio Cesar Schweickardt

Graduação em Teologia pela Escola Superior de Teologia - EST (1990) e em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM (1997). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela UFAM (2000). Doutor em História das Ciências pela Casa Oswaldo Cruz – COC/Fiocruz (2009). Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazonas. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida). Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. Coordenador Nacional da Associação Brasileira Rede Unida.

Alcindo Antônio Ferla

Graduação em medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1996) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002). Professor Adjunto da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atuando no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Colaborador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará e professor colaborador do Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A. Pesquisador visitante sênior do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz/FAPEAM. Professor e pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna / Centro de Saúde Internacional e Intercultural.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA do Instituto Leônidas e Maria Deane

- FIOCRUZ AMAZÔNIA. Doutor em Ciências pelo Programa de Saúde Pública da FIOCRUZ-PE e docente permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida). Desenvolve pesquisas no campo das determinações sociais das iniquidades em saúde, das políticas públicas de saúde e da gestão e promoção da saúde.

Michele Rocha Kadri

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, UFAM. Atuou como Coordenadora Psicossocial pela Friends in Global Health da Vanderbilt University (Tennessee, EUA) em Moçambique, onde foi responsável pelo planejamento de ações e estratégias Apoio Psicossocial a pessoas com doenças crônicas. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ Amazônia.

Amandia Braga Lima Sousa

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM, especialização em Antropologia da Saúde pela Fiocruz da Amazônia e mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias pela UFAM/Fiocruz da Amazônia Pesquisadora em Saúde Pública do Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia.

Lucia Regina de Azevedo Nicida

Graduação em História pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialização em História da Saúde na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane / Fiocruz Amazônia, mestrado Saúde, Sociedade e Endemias pela UFAM/Fiocruz da Amazônia. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e

da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras/Fiocruz.

Ludmila Rolim Martins

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Bolsista de Iniciação Científica 2015 do Instituto Leônidas e Maria Deane/ Fiocruz Amazônia.

Raquel Maria Navarro

Graduação em Psicologia pela Universidade Metodista de Piracicaba, mestrado pelo Instituto Leônidas e Maria Deane / Fiocruz Amazônia, Saúde, Sociedade e Endemias pela UFAM/Fiocruz da Amazônia. Servidora pública da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas - SUSAM na função de psicóloga clínica e hospitalar no Hospital Lázaro Reis de Manacapuru/AM.

Diagramação, impressão e acabamento:



Assis - SP
Fone: (18) 3322-5775
Fone/Fax: (18) 3324-3614
vendas@graficatriunfal.com.br
www.graficatriunfal.com.br



Foto: Postal da Cidade Flutuante de Manaus, década de 1960.

A organização da presente obra da Serie Saúde & Amazônia busca contribuir com o Sistema Único de Saúde, a partir da história das políticas públicas de saúde no estado do Amazonas, superando a visão da região amazônica como lugar de ausências, do abandono e do problema de saúde, mas também como o lugar da inovação e da criação de estratégias de fazer saúde no território específico. O estudo da história e suas conexões com a saúde no campo teórico e empírico da Saúde Coletiva mobiliza a produção conceitual e metodológica. Os estudos aqui reunidos pretendem contribuir nesses dois aspectos. A história ajuda a analisar o presente com o olhar para o passado. O planejamento de longo prazo do SUS na Amazônia requer localizar suas ações e políticas neste tão singular território. A imagem acima apresenta uma das características do território líquido, quando em frente da cidade de Manaus, da década de 1960, as pessoas organizaram a vida numa verdadeira “cidade flutuante”.