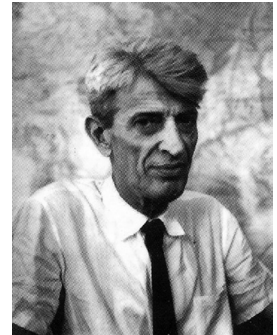


Mário Magalhães: Desenvolvimento é Saúde

Mário Magalhães: Development is Health



Sarah Escorel¹

Abstract *Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) was the main mentor of the school of thought known as “developmental public health” whose influence peaked at the III National Health Assembly. A critic of the adoption of North American models of public health organization, of the centralism and vertical organization of public health campaigns and the interference of international bodies, the public health doctor held the view that as health is a problem of superstructure, it depends on industrial economic development. He also defended the urgent need to municipalize public health in order to attend to the real needs of the Brazilian population. A pioneer of the intermingling of economic and demographic variables, he may be seen as a predecessor of the health economy discipline. The article describes the professional path of Mário Magalhães as a backdrop to his critical thinking on specific national situations and the health policies adopted.*

Key words *Public health, National health policy, Developmental public health,; Municipalization, Mário Magalhães da Silveira*

Resumo *Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) foi o principal mentor da corrente de pensamento conhecida como ‘sanitarismo desenvolvimentista’ que atinge seu momento de maior influência na III Conferência Nacional de Saúde. Crítico da adoção de modelos norte-americanos da organização sanitária, do centralismo e do verticalismo das campanhas sanitárias e da interferência dos organismos internacionais, o médico sanitário defendia que por ser a saúde um problema de superestrutura dependia do desenvolvimento econômico industrial, além da necessidade imperiosa de municipalizar a saúde pública para atender as reais necessidades da população brasileira. Pioneiro do cruzamento de variáveis econômicas e demográficas, pode ser considerado como o precursor da economia da saúde. O artigo descreve a trajetória profissional de Mário Magalhães tendo como pano de fundo seu pensamento crítico sobre as conjunturas nacionais e as políticas de saúde adotadas.*

Palavras-chave *Saúde pública, Política nacional de saúde, Sanitarismo desenvolvimentista, Municipalização, Mário Magalhães da Silveira*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. sescorel@ensp.fiocruz.br

Traços biográficos

Mário Magalhães da Silveira nasceu em Maceió (AL), em 24 de abril de 1905, filho de José de Magalhães, jornalista, e de Dona Naná, de família proprietária de terras no interior do estado. Curvou o colégio Diocesano, tendo o francês como língua estrangeira dominante, passou pela Escola Militar do Ceará e foi o primeiro dos quatro irmãos Magalhães da Silveira a se formar em medicina, na Bahia, em 1925. Na faculdade, Mário foi colega de turma de Nise, sua prima, com a qual viria a se casar.

Logo após a formatura, viajou para o Rio de Janeiro, onde frequentou o curso de Especialização em Higiene e Saúde Pública de Manguinhos (na época com duração de três anos – dois no Instituto Oswaldo Cruz e um na Faculdade de Medicina) e assumiu, em 1931, o cargo de médico sanitário do Departamento Nacional de Saúde do Ministério de Educação e Saúde, ocupando diversos cargos na profissão, “desde o mais humilde, médico itinerante de Posto de Profilaxia Rural, até o de diretor de Departamento de Saúde Estadual (em Sergipe)”¹.

Entre 1938 e 1940, junto com os sanitários Ernani Braga e Valério Konder assessorou o Dr. Almir Godofredo de Castro, delegado federal de saúde da IV Região (Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas). No princípio da década de 40, “percorreu todo o Brasil, exercendo suas funções, desde o Amazonas, no começo da segunda saga da borracha, onde poucos se aventuravam a viver, principalmente os que já haviam experimentado as delícias do Rio”².

A partir de 1953, com a criação do Ministério da Saúde, e até 1964, Mário Magalhães teve papel fundamental na defesa de novas propostas das políticas de saúde, colaborando diretamente com os ministros de saúde, escrevendo seus discursos e mesmo de presidentes da República. Mário Magalhães foi, por mais de vinte anos, o principal mentor da corrente de pensamento conhecida como ‘sanitarismo desenvolvimentista’.

Em 1959, quando Celso Furtado era superintendente da SUDENE, Mário foi o responsável pelos programas sanitários do órgão, priorizando o abastecimento de água e o tratamento de esgotos², antes de construir hospitais. No governo Jânio Quadros, que exigiu o retorno às instituições de origem de todos os funcionários federais, voltou a assessorar os ministros da saúde. Mesmo depois de ter sido afastado da SUDENE, continuou participando do Conselho da Superintendência como representante do Ministério da Saúde.

Na Escola Nacional de Saúde Pública foi o fundador e professor da cadeira “Fundamentos Econômico-Sociais” no Curso Básico de Saúde Pública para Médicos, entre 1960 e 1961, além de redator das revistas *Conjuntura Econômica* da FGV e *Desenvolvimento & Conjuntura*, editada pela Confederação Nacional da Indústria. Mário Magalhães também foi professor do ISEB e realizava conferências sobre saúde e desenvolvimento em diversos cursos organizados pela CEPAL.

Em 1962 foi eleito presidente da Sociedade Brasileira de Higiene e, em 1963, foi indicado pelo ministro da saúde como secretário-geral da III Conferência Nacional de Saúde, ocupando o cargo de diretor da divisão de organização sanitária que recebia todos os trabalhos a serem apresentados no evento. Também foi o relator da comissão técnica incumbida do estudo sobre o tema da municipalização dos serviços de saúde.

Em março de 1964, integrou a delegação brasileira presidida pelo ministro da saúde Wilson Fadul, na Assembleia Mundial da Saúde. Ao retornar ao Brasil, a situação havia mudado: teve que depor em pelo menos três Inquéritos Policiais Militares, foi afastado do cargo de confiança que ocupava no Ministério da Saúde e não pode mais ministrar aulas na ENSP. Foi lotado no Serviço Nacional de Tuberculose, no Rio de Janeiro, dirigido por Hélio Fraga, considerado um conservador e bem-visto pelos militares, “era quase um exílio profissional por escolha”³.

Depois de 1964, o sanitário passou a participar como professor de cursos oferecidos pela Associação Médica do Estado da Guanabara, entidade que congregava médicos socialistas e comunistas críticos da prática médica, pautando-se a partir dos interesses das classes populares.

Na década de 1970, e durante alguns anos, Mário Magalhães trabalhou na secretaria de saúde do então estado da Guanabara, inclusive no posto de saúde de Mangaratiba (Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro), mas principalmente no departamento de epidemiologia e estatística, onde organizou as fichas de mortalidade e atualizou vinte anos de estatísticas. Nesse período também assessorou o grupo do IPEA, recuperando as diretrizes da III CNS, a fim de nortear a proposta do PIASS.

Em 1979, Isnard Teixeira e Celso Arcoverde foram a Brasília no lugar de Mário receber a condecoração que o presidente Goulart havia conferido ao sanitário em 1963 e que apenas com a anistia política estava sendo entregue. Mário recusou-se a ir, não gostava de homenagens. Quando os amigos voltaram com a condecoração ele a jogou na privada⁴.

Em 1983, Mário teve uma pneumonia severa e ficou em estado grave. Na internação, descobriu um aneurisma de aorta abdominal, causa da morte em 9 de setembro de 1986.

1920 a 1945: Os anos de formação e exercício profissional

Mário Magalhães iniciou sua carreira de médico sanitaria em um posto de Profilaxia Rural. O Serviço de Profilaxia Rural, criado em 1918, respondia às reivindicações de reforma dos serviços de saúde e saneamento dos sertões, feitas pela Liga Pró-Saneamento do Brasil, liderada por Belizário Penna. Desde as expedições científicas organizadas pelos pesquisadores de Manguinhos, a realidade do interior do país e as doenças eram vistas como entraves para ampliação da capacidade econômica a ponto de ter motivado Miguel Pereira, em discurso na Academia Nacional de Medicina, em 1916, a proclamar: “O Brasil é um grande hospital”⁵.

Como havia muita malária, o governo resolveu criar um sistema de distribuição de quinino, chamado ‘quinina do Estado’. [...] Nesta época, também, a Fundação Rockefeller fez sua primeira intervenção em Saúde Pública no Brasil: criou um serviço de combate à verminose, principalmente no Nordeste. [...] Esse sistema logo provou ser de completa improdutividade, pois os meninos continuavam a andar descalços, tomavam banho nos mesmos rios - era um moto contínuo¹.

Na conjuntura pós-1ª guerra mundial, quando há um deslocamento do eixo de hegemonia e influência mundial da Europa para os Estados Unidos, médicos brasileiros começaram a frequentar os cursos de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins e voltavam para o Brasil “entusiasmadíssimos com a Saúde Pública americana. Com o que aprenderam e viram, acreditavam que, se instalasse no Brasil um sistema de saúde igual, passaríamos a ter uma população tão rica, com tanta saúde como a americana”¹.

Mário Magalhães exerceu inicialmente as atividades de médico sanitaria num contexto institucional marcado pela reforma Carlos Chagas do Departamento Nacional de Saúde caracterizada por centralização da administração sanitária, coordenação e ampliação dos serviços de saúde⁵. Essa tendência criou uma doutrina que, gradativamente, passou a ter o apoio da grande maioria dos técnicos de saúde no Brasil. O ministro da saúde Aramis Athayde (09/1954 a 11/1955), em conferência proferida na Academia de Medicina Militar, que guarda muitos pontos em comum

com o pensamento de Mário Magalhães – se é que não foi escrita por ele –, descreve a reforma:

O ponto principal era que as medidas sanitárias deveriam ser impostas e, para que sua ação fosse rápida e enérgica, a autoridade dos seus executores devia provir do escalão mais alto que o município que não dispunham de recursos suficientes para abordar os difíceis problemas locais de saúde⁶.

Para implementar a reforma, Carlos Chagas convidou os médicos sanitaria, formados nos EUA. Os “jovens turcos”, como eram chamados pelos outros médicos da Saúde Pública, “queriam que se adotasse no Brasil o mesmo sistema de Saúde Pública americano, pensando que assim iriam resolver todos os nossos problemas”¹.

A expressão ‘jovens turcos’ era usada com um sentido depreciativo pelos seus opositores. Tratava-se de uma alusão ao golpe militar na Turquia, dirigido pelo General Ataturke, que conduziu um grupo de jovens oficiais ao poder. A referida alusão tentava caracterizar a velocidade com que os ditos jovens sanitaria chegavam ao poder ou influenciavam sobre ele. Além disso, [...] eram bastante autoritários nos seus métodos de trabalho e tentavam enquadrar todos os médicos no regime disciplinar – por eles imaginados como ideal, inclusive de dedicação exclusiva que gerou grandes resistências⁷.

A revolução de 1930, com a criação do Ministério de Educação e Saúde, as reformas de 1934 e 1937, e até 1945, só fizeram acentuar a hegemonia dos ‘jovens turcos’, nomeados para dirigir os serviços de saúde dos estados.

A estruturação e consolidação da carreira de sanitaria ocorreram, portanto, não por acaso, junto com as reformas que procuraram definir e expandir a atuação do Estado na área da saúde pública por todo o país. À medida que foram sendo definidas as prioridades para a saúde pública, foram também se reafirmando os requisitos necessários para a conformação de uma especialidade médica regulamentar. Ao mesmo tempo era esta mesma geração que intervinha, contribuindo para a construção deste aparato institucional, definindo prioridades e acumulando experiências no trabalho cotidiano pelo interior do país, atuando tanto como formuladores de propostas políticas para o setor como implementadores de políticas. Fica, portanto, muito difícil separar o processo de institucionalização da saúde pública, que se desenvolve a partir dos anos 30, da trajetória pessoal e profissional dessa geração que se constituiu ao longo deste⁸. Parte dessa geração de médicos-sanitaria ocuparia os principais postos do Ministério da Educação e Saúde, e depois de 1953, do Ministério da Saúde⁹.

Com o Estado Novo, a centralização autoritária da política sanitária só fez aumentar. E Mário Magalhães, assim como outros médicos sanitários, foi designado para ir para estados do Norte e Nordeste desenvolver atividades estabelecidas pelo DNS. “(...) os médicos de Saúde Pública iam para os Estados e ficavam como sátrapas, forçando a execução de um regulamento sanitário que não se adaptava, de maneira nenhuma, às necessidades do Brasil. Ao dizer isto não estou atacando ninguém, porque fui um desses”¹.

Nova centralização ocorreu com a Reforma Capanema do Ministério de Educação e Saúde, que procurava acabar com as atividades municipais de saúde, direcionando os serviços aos governos estaduais, agora nas mãos de interventores escolhidos pelo executivo federal⁹. Além de oito Delegacias Federais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, a reforma também criou serviços de atuação nacional voltados para doenças específicas, obedecendo à lógica campanhista: cada serviço tinha equipe própria nos estados, normas e orientações definidas e disputavam entre si recursos financeiros; cada núcleo constituía uma instância de poder burocrático em disputa permanente com os demais.

Como tínhamos sido preparados para aquela função, acompanhávamos detalhadamente os resultados dos nossos trabalhos. Tínhamos regulamentos, tínhamos as condições, esforçávamos-nos, era uma luta tremenda, médicos de Saúde Pública, enfermeiras etc. Interessados nos resultados, acompanhávamos os dados – mortalidade infantil, isso e aquilo. Nada mudava. Continuava tudo na mesma. Entra ano, sai anos, alguns vão-se cansando. Fui dos primeiros a me cansar. Não era possível¹.

No começo não havia discordâncias formais sobre as concepções filosóficas no âmbito da doutrina sanitária. Uma oposição sistemática às ideias dos ‘jovens turcos’ só vai aparecer formalmente, na década de 40, tendo à frente o sanitário Mário Magalhães⁷. Um dos principais aspectos das críticas de Mário Magalhães, que se acentuariam com o tempo, era a presença de instituições e técnicos americanos em serviços de saúde no Brasil, basicamente nos Serviços de Malária do Nordeste, de Febre Amarela e, em especial, de Saúde Pública (Sesp). O sanitário considerava que modelos e métodos norte-americanos eram aplicados sem guardar relação com a realidade brasileira, com alto custo de sua sofisticada estrutura e elevada qualificação do seu pessoal face ao reduzido impacto de sua ação.

Com a queda de Getúlio em 1945, a coisa degingolou totalmente. Os estados proclamaram ‘in-

dependência ou morte’. Os médicos de saúde locais não mais quiseram se subordinar aos energúmenos federais. Praticamente acabou... Nós, os médicos do Governo Federal, que tínhamos estado lá, começamos a voltar, para tratar da nossa vida. Procuramos convencer os mais velhos, que eram nossos amigos, de que nós, médicos sanitários, tínhamos responsabilidade para com a população, não era possível continuar a forçar a prática de um sistema, que não dava resultado. Eles não aceitavam¹.

O fim da 2ª guerra mundial e a queda do Estado Novo marcaram o início de uma nova conjuntura na qual a crise da política de saúde “coloca na ordem do dia um debate sobre as formas de atenção médico-sanitária”⁷. É nessa conjuntura que as ideias de Mário Magalhães começam a ser divulgadas – crítica ao modelo norte-americano de organização da assistência sanitária, aos organismos internacionais, à centralização, às campanhas. Esse novo pensamento, que vai atingir o apogeu no início dos anos 60, recebe o nome de ‘sanitarismo desenvolvimentista’.

O sanitário desenvolvimentista nasceu no contexto das lutas pela democratização do país durante o Estado Novo e no bojo do processo de industrialização e urbanização que começava a se desencadear. [...] A crítica dirige-se ao sanitário campanhista, centralizador e autoritário que, nascido da Reforma Carlos Chagas em 1920-21, alcançara seu auge em 1938-45, quando Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde, com o aval político do Ministro Gustavo Capanema, elevou esse órgão à qualidade de central de comando e execução da política de saúde pública nacional, através de uma multiplicidade de programas verticais centralizados, esvaziando, a um tempo, tanto o papel dos estados nas divisões regionais quanto dos municípios no atendimento das prioridades locais¹⁰.

Em texto, provavelmente de 1946, Mário Magalhães diagnostica: “No Brasil se morre de tuberculose, mas igualmente morre-se de verminose, malária; de falta de assistência médica, por ignorância, e, principalmente, de miséria e fome, em consequência do grande atraso da economia nacional”¹¹.

1946 a 1963: Os anos de influência

Numa conjuntura caracterizada pela guerra fria e anticomunismo no plano externo e pelos governos populistas, ainda que autoritários e repressivos, no plano interno, o Brasil sofreu profundas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que tiveram como ‘cimen-

to' as lutas ideológicas que passam pela defesa do industrialismo, do nacionalismo e do intervencionismo desenvolvimentista, configurando a "ideologia do desenvolvimento", que alcançou seu clímax no fim do Governo Kubitschek¹⁰.

Durante o governo Dutra, Mário Magalhães criticou duramente o plano Salte ("era um ninho de asneiras") e por isso foi acusado de comunista.

'Quem defende a ideia de que a Saúde Pública não é dada pelos médicos, mas sim pelo desenvolvimento econômico, é comunista', diziam. Não era fácil essa designação, no tempo do Dutra! Apesar de ter sido um governo legal, foi muito reacionário¹.

No mesmo período, Mário lançou um libelo contra a Campanha Nacional de Controle da Tuberculose (CNCTb), por ser custosa e ineficiente. Criticava o ministro Ernesto de Souza Campos, por escolher como prioridades o controle da tuberculose, a diminuição da mortalidade infantil e o controle da malária, problemas eminentemente sociais e de estrutura econômica, que a 'técnica' de Saúde Pública não conseguirá por si só resolver, afirmando que a "tuberculose, como aliás toda a medicina preventiva, é um problema social"¹¹.

A mensagem de Getúlio Vargas, em 1951, desta vez eleito constitucionalmente, traduz os exatos pensamentos de Mário Magalhães: saúde é um problema de superestrutura e saúde só melhora com a substituição da força muscular pela energia produzida por combustíveis¹⁰. Porém, "Getúlio aceitou as nossas teses no discurso, mas as forças da inércia eram muito mais poderosas e tudo continuou na mesma, como continuaria até 1964"¹¹.

Mesmo sem conseguir alterar a organização sanitária, o grupo de sanitaristas liderados por Mário Magalhães passou a década de 50 se opondo "formalmente às ideias americanistas dos 'jovens turcos', às concepções seespianas de administração sanitária e à estrutura vertical do SESP e dos demais serviços de saúde pública" e formulando a tese da necessidade e viabilidade da municipalização dos serviços de saúde⁷.

No governo JK, quando "os problemas em termos de desenvolvimento passaram a ter mais respeito", as ideias de Mário Magalhães foram refutadas diante da redução da malária e outras doenças transmissíveis por insetos e da tuberculose, como resultados da aplicação de inseticidas residuais e do uso de antibióticos e bacteriostáticos.

[...] eles alegavam que não era assim, pois os antibióticos e inseticidas tinham melhorado muito as condições de saúde, sem que houvesse desenvolvimento. [...] De fato, o que melhorava, muitas vezes,

não era propriamente a saúde. A saúde continuava mais ou menos a mesma. [...] melhora-se o estado sanitário, mas a saúde das pessoas continua a mesma, porque elas continuam sem ter o que comer, dormindo mal etc. Então, não é a mesma coisa¹.

O pensamento de Mário Magalhães influenciou também o sociólogo Guerreiro Ramos que dedicou ao sanitarista seu livro *Cartilha brasileira do aprendiz de sociólogo* (1954)¹². "O diagnóstico elaborado por Guerreiro Ramos a respeito da mortalidade infantil significou a crítica às medidas preconizadas pelos puericultores atrelados ao Estado, como a criação em massa de maternidades e de postos de puericultura pelo território nacional". Numa crítica muito parecida com a feita por Mário Magalhães à CNCTb¹¹, "Guerreiro propunha a redução máxima de empreendimentos de cunho filantrópico de modo a priorizar o investimento público em políticas mais abrangentes de transformação das condições de alimentação, habitação, educação e trabalho"¹².

Integrantes do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), criado no MEC, em 1955, Mário Magalhães e Guerreiro Ramos procuravam inverter a ordem dos termos da relação saúde-desenvolvimento presente na noção de ciclo vicioso adotada pelo SESP¹². Contra a tese de Gunnar Myrdall do ciclo vicioso da pobreza, os sanitaristas da nova corrente afirmavam que é a miséria que gera a enfermidade e que, portanto, aquela deve ser atacada, "pelo aumento da renda nacional e da produtividade do trabalho, mediante o uso de técnicas que poupem o desgaste muscular humano".

A afinidade intelectual entre Guerreiro Ramos e Mário Magalhães da Silveira, tendo início ao final dos anos 1940, adentrou a década seguinte. Ela se expressa fundamentalmente no enfoque comum sobre as condições socioeconômicas necessárias à melhoria do quadro de saúde das populações e na crítica ao uso de modelos de ação sanitária norte-americanos sem a devida consideração do contexto nacional. Além de ter participado do II Congresso Latino-Americano de Sociologia, como relator na comissão presidida por Guerreiro, Magalhães foi convidado a ministrar aulas, em meados dos anos 1950, nos cursos oferecidos pelo ISEB¹².

Alheio às glórias autorais, no dizer de Eduardo Kertész¹³, Mário Magalhães foi o *ghost writer* de mensagens presidenciais e dos discursos e conferências dos Ministros da Saúde durante todo o período que vai de 1951 a 1964. "É inegável a influência do novo pensamento [...]. De Getúlio Vargas (2º governo) a João Goulart, o mesmo raciocínio e dados são esgrimidos para

frisar que o nível de saúde do povo é corolário do seu progresso econômico”¹⁰.

*Naquela década [50], as críticas não eram direcionadas tanto para o ‘modelo campanhista’ como forma de organização [verticalizador e centralizador], mas sim para a perspectiva que desvinculava a intervenção médico-sanitária do desenvolvimento econômico-social. [...] O protagonismo, nesse período, não foi do ‘sanitarismo desenvolvimentista’ nem de seus ideólogos. Eles só ganhariam destaque na agenda sanitária no início da década de 1960*¹⁴.

*Apesar de todo discurso oficial e das reconhecidas lutas dos sanitaristas desenvolvimentistas, não houve alterações substanciais das formas jurídicas no período 1954-1961. Consolidou-se, ao contrário, a omissão do Estado em assumir seu dever com todos os cidadãos [...]*¹⁰.

A crítica aos organismos internacionais que vinha desde a campanha de combate à verminose pela Fundação Rockefeller, e que tinha como foco principal o modelo assistencial do (F)SESP, ganhou ainda mais contundência com a Missão Morwin Bohan que, no âmbito da Aliança para o Progresso, propôs um programa para acabar com o analfabetismo no Nordeste, construindo escolas e centros de saúde e a distribuição “de quantidades enormes” de leite em pó. Ao invés disso, pensava Mário, “deveriam substituir por gado leiteiro de boa qualidade, pois desta forma a situação será resolvida definitivamente, pois passará o Brasil a dispor em futuro próximo de fonte produtora de alimentos básicos dentro de suas próprias fronteiras”¹⁵.

Mário Magalhães denunciava, em 1962, que a missão “quer preparar os nordestinos para o trabalho em outras regiões do país [...] não visa o progresso da região, mas o seu despovoamento [...] as medidas de caráter sanitário propostas pela Missão têm por finalidade engordar as populações e levar o país a gastar mal os seus recursos”¹⁵. E, em 1979, reiterava “Queriam diminuir a população (...) e também que não se produzisse mais energia no Nordeste”¹.

Referiu-se à reunião de 1961, da Organização Panamericana de Saúde, em Punta del Este, como “o domínio da insensatez”. “Era preciso que fossem ignorantes demais, para imaginarem que seria possível, em 10 anos, e em países completamente diferentes [...] – obter os mesmos resultados”¹.

O grande perigo e o que prejudicou muito o desenvolvimento sanitário dos países da América do Sul, e conseqüentemente seu desenvolvimento econômico foi a interferência nefasta das organizações

*internacionais, que sempre propuseram planos e programas para que esses países gastassem inutilmente seus recursos*¹.

A influência de Mário Magalhães e do pensamento ‘sanitarista desenvolvimentista’ atingiu o auge no governo João Goulart. O sanitarista participou decisivamente da elaboração da Política Nacional de Saúde, apresentada pelo ministro Souto-Maior, em fins de 1961, e que buscava integrá-la ao Plano Nacional de Desenvolvimento, elaborado por Celso Furtado, de modo a “fazer da Saúde Pública um instrumento efetivo no auxílio do desenvolvimento econômico”¹.

*A proposta de uma Política Nacional de Saúde Pública de Souto-Maior e Mário Magalhães nada mais é que a tentativa de redefinir ou de dar uma identidade própria ao Ministério da Saúde, dez anos após errática atuação, e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social. [...] Para todos os efeitos, entretanto, o Ministério da Saúde será visto como órgão de auxílio ao desenvolvimento econômico e nunca como instrumento de formulação e implementação de uma política social*¹⁰.

Em 1962, por meio de intensa articulação, Mário Magalhães foi eleito presidente da conservadora Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) e organizou o XV Congresso Brasileiro de Higiene para discutir três temas: Desenvolvimento Econômico e Saúde; Programa de Saúde Pública para o Desenvolvimento Econômico; e Planejamento e Programação das Atividades Médico-sanitárias. O congresso preparou o terreno para a convocação pelo ministro Wilson Fadul da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, e cujos relatórios, publicados apenas em 1991, refletem as ideias dos sanitaristas desenvolvimentistas.

*Em 1963, falamos com o ministro Wilson Fadul, para que se convocasse uma Conferência Nacional de Saúde. Já tínhamos obtido para aquelas teses o apoio de cerca de 800 médicos de Saúde Pública, que compareceriam ao Congresso. Nós achávamos que não devia haver imposição. Devia haver um consenso entre os médicos que trabalhavam no setor*¹.

Nesta Conferência aparecem as teses de municipalização como modelo de organização de serviços de saúde, ausentes da política Souto-Maior.

Não chegam a definir o significado da expressão [municipalização dos serviços de saúde] nem o papel que caberia ao MS [...] considerações genéricas [...] críticas à centralização federal, ao esvaziamento do papel executor dos municípios, à dispersão, superposição e multiplicidade de órgãos,

ao alto custo/benefício de organizações tipo SESP, à baixa cobertura etc.¹⁰.

A filosofia da municipalização foi introduzida no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-65), proposto pelo Ministro do Planejamento, Celso Furtado, do presidente João Goulart, mas assim como todas as propostas do sanitarismo desenvolvimentista foram suprimidas pela ditadura civil-militar, que chegou ao poder em 1º de abril de 1964. “É o mesmo que o sujeito náufrago nadar, nadar e morrer na praia. Vimos logo que a situação havia mudado e não havia mais chance”¹.

Antes do golpe, porém, Mário Magalhães obtém mais uma vitória quando a tese de ser o desenvolvimento que determina a saúde e não o contrário, como defendiam os países ricos e o próprio diretor-geral da Organização Mundial de Saúde, o também brasileiro Marcolino Candau, foi adotada na reunião da Assembleia Mundial da Saúde, em março de 1964¹.

O legado

Mário Magalhães da Silveira foi a maior liderança da corrente de pensamento sanitarista desenvolvimentista. No entanto, em 1979, relatou sua trajetória como sendo a de um grupo de pessoas: “Nós tínhamos um compromisso, éramos da Saúde Pública. Não tínhamos outra atividade (refiro-me àquele grupo de sanitaristas que pensava dessa maneira)”. “Nós não somos políticos, nem eu, nem os meus amigos. Sempre fomos profissionais interessados pela nossa profissão.” “Quanto à Saúde Pública, sou um homem desse campo de atividade; nunca fiz outra coisa na vida. São 54 anos de trabalho”¹.

Corria a voz de ser um ‘marxista convicto’¹³, mas não há qualquer fato que permita concluir ter sido membro do Partido Comunista, talvez fosse um ‘simpatizante’ do Partidão. Seu irmão Fausto relatou¹⁶ que Mário era muito respeitado, “inclusive pelos comunistas de grande prestígio, como um elemento do Partido, mas eu não posso dizer se era do partido, porque ele nunca me disse que tivesse se filiado. (...) Mas Mário tinha discordâncias com o Partidão, não defendia a tese do partido da reforma agrária, e achava um absurdo a tese sobre a burguesia”⁵.

No IPM da Saúde foi acusado de “ter um plano para provocar epidemias no Brasil e desorganizar tudo para então o Partido Comunista tomar o poder”. Respondeu ao acusador: “[...] Mas coronel, o senhor tenha paciência. Esse médico é um analfabeto de pai e mãe. Se não fosse, não

escreveria uma coisa dessas”¹⁷. Segundo Francisco de Oliveira, respondeu: “meu compromisso é com as pessoas, e eu jurei ao me formar usar meu conhecimento em favor da humanidade e não contra ela, de modo que o senhor não pode me acusar de coisa alguma”^{5,17}.

Aveso aos holofotes, não tinha papas na língua. Adorava ir a debates para discutir e criticar. Dizia que um colega não gostava de árvores por escrever livros enormes. Chamava de ‘patetas’ os que tinham comparecido à reunião de Punta del Este. “Era um Quixote.... magro, ascético, desalinhado, vestia-se mal, nunca passou um pente no cabelo; tinha a capacidade de falar, de se exprimir absolutamente impressionante, era contundente, mas não agressivo”¹⁷, relatou seu amigo de muitos anos Francisco de Oliveira, que também o definiu como “essa mistura inesquecível do Quixote e do Sancho, em que a sapiência da loucura combinava-se com a argúcia da simplicidade...”²².

Mário Magalhães foi um pioneiro no cruzamento das variáveis econômicas com indicadores populacionais. Em seus textos ressalta a relação das pirâmides populacionais com o grau de desenvolvimento econômico. Discorda dos programas de planejamento familiar/controle da natalidade (centrados nos indivíduos e nas famílias) considerando que as soluções eram de ordem coletiva e governamental (políticas de desenvolvimento, distribuição da riqueza, municipalização).

O pensamento sanitarista desenvolvimentista gira em torno da ideia-força de que o nível de saúde de uma população depende em primeiro lugar do grau de desenvolvimento econômico de um país ou região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa medida, inócuas quando não acompanham ou integram esse processo.

*A longa experiência e o estudo acurado dos insucessos não me levaram à desilusão ou à descrença nos métodos da técnica sanitária, mas conduziram-me ao ponto de vista fundamental deste trabalho: a medicina preventiva e a técnica de saúde pública apressam a obtenção de resultados favoráveis, propondo o que de melhor é possível fazer, em dado momento, para vencer rapidamente etapas de desenvolvimento sanitário; não podem, porém, se sobrepor às condições econômicas e sociais dominantes [...]*¹¹.

Não pretendemos diminuir a importância da medicina na conservação da vida e na melhoria das condições de saúde do homem. A nossa condição de médico é o único penhor do nosso desvelo pela ciência médico-sanitária. É preciso, porém, situar bem o problema. O homem tem necessidades que são anteriores às (de) ordem médico-sanitária,

as consideradas necessidades fundamentais: alimentação, habitação ou abrigo e vestuário¹⁵.

Mário Magalhães deixou um conjunto restrito de textos, consolidados por Silva e Morell em “Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população”¹⁸, nos quais reitera suas ideias principais. “A saúde de uma população só melhora quando é possível substituir-se na produção de trabalho pesado, necessário à vida das comunidades, a força muscular, humana ou animal, pela energia dos combustíveis sólidos, líquidos e gasosos”¹¹.

Saúde é um problema de superestrutura¹¹. Tal qual um edifício, cujas fundações devem ser

construídas primeiro, depende da estrutura econômica. Somente a industrialização, a urbanização e o avanço tecnológico poderão produzir riqueza suficiente para se ter um excedente, e poder destinar parte dele à aquisição do bem-estar geral e, por conseguinte, da saúde¹⁰. Para implementar essas ideias, o planejamento com bases demográficas e a municipalização aparecem como estratégias.

Nos últimos anos de vida, Mário Magalhães foi ficando à margem dos acontecimentos e foi se esvaindo, ficando sem ânimo. Uma vez disse a Chico de Oliveira¹⁷: “viver é influenciar e eu não influencio nada mais”. Estava enganado.

Referências

1. Silveira MM. Política de Saúde Pública no Brasil nos últimos 50 anos. Conferência pronunciada no Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, Brasília, 1979. In: Silveira, MM. *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan; 2005. p. 77-98.
2. Silveira MM. Meu Tipo Inesquecível. In: Silva RS, Morell MGG, organizadores. *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. Rio de Janeiro: Revan; 2005. p. 17-19.
3. Gerhard G. Depoimento Germano Gerhardt Filho. In: Depoimentos Oraís do projeto Memória da Tuberculose no Brasil, 1990-1992.
4. Escorel S. *Saúde Pública utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2000.
5. Escorel S, Teixeira LA. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 279-321.
6. Silveira MM. Conferência proferida pelo ministro da Saúde na Academia de Medicina Militar, no Rio de Janeiro em 27 de junho de 1955. In: Silva RS, Morell MGG, organizadores. *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. Rio de Janeiro: Revan; 2005. p. 27-41.
7. Lima Sobrinho V. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)* [dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ; 1981.
8. Fonseca CMO. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):393-411.
9. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar em Revista* 2005; 25:127-141.
10. Labra ME. Sanitarismo Desenvolvimentista. In: Teixeira SMF, organizador. *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: PEC, ENSP; 1988. Textos de Apoio. p. 15-25.
11. Silveira MM. Aspectos Econômicos da Luta contra a Tuberculose. In: Silva RS, Morell MGG, organizadores. *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan; 2005. p. 45-61.
12. Maio MC, Lopes TC. Da Escola de Chicago ao Nacional-desenvolvimentismo: Saúde e Nação no pensamento de Alberto Guerreiro Ramos (1940-1950). *Sociologias* 2012; 14(30):290-329.
13. Silveira MM. Prefácio. In: Silva RS, Morell MGG, organizadores. *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan; 2005. p. 21-24.
14. Hochman G. O Brasil não é só doença. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2009; 16(Supl. 1):313-331.
15. Silveira MM. Desenvolvimento Econômico e Saúde. In: Silva RS, Morell MGG, organizadores. *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan; 2005. p. 63-76.
16. Silveira FM. Depoimento Fausto Magalhães da Silveira In: Depoimentos Oraís do projeto Memória da saúde pública no Brasil, 1993-1999.
17. Oliveira F. *Entrevista concedida à autora*. 2000.
18. Silveira MM. *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan; 2005.