

Saúde pública no Ceará: uma sistematização histórica

Public health in Ceará: a historical systematization

Francisca Gomes Montesuma¹, Márcia Andréia Barros Moura Fé¹, Silvia Cristina Costa Gomes¹,
Teresa Cristina de Lima Fernandes¹, José Jackson Coelho Sampaio²

Resumo

Os grandes avanços da saúde pública cearense não têm sido acompanhados de uma consistente compreensão histórica de como a situação tornou-se o que é e de como a oferta pública de atenção à saúde articula-se com a economia e a política. O objetivo é relacionar os eventos do campo da saúde pública, os paradigmas incorporados e superados, a lógica das escolhas do poder público e a qualidade política das demandas e pressões da sociedade civil. Da Colônia ao Segundo Império (1500 a 1888), a atuação do poder público é quase inexistente, deixando o processo à espontaneidade popular, à compaixão religiosa e ao isolamento institucional. Da Fundação Republicana ao Golpe Militar (1889 a 1964), o poder público começa a intervir, através de limitadas ações de saneamento básico, do combate a epidemias urbanas e endemias rurais, da assistência à mulher e ao parto, da criação de cursos superiores no campo da saúde e de criar uma Secretaria de Saúde, o que permite, na década de 1930, a Reforma Pelon, primeiro processo de territorialização e planejamento a ocorrer no Ceará. Do Golpe Militar aos tempos atuais (1964 a 2002), as ações de saúde vêm sendo institucionalizadas de modo consistente e crescente, superando o modelo das campanhas e das ações curativas de pronto atendimento, para um modelo centrado no planejamento estratégico, na organização de sistemas locais de saúde, na atenção primária, no princípio da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, embora o desenvolvimento político-econômico tenha se encaminhado para os paradigmas do Estado Mínimo, sob lógica Neoliberal, e para uma profunda concentração de riquezas.

Palavras-chave: Saúde Pública, História da Medicina, Formulação de Políticas.

Abstract

In spite of great advances in the sector, there is very little consistent historical understanding of the evolution of public health in Ceará and of how the supply of public health care services relates to economy and politics. The objective of this study was to relate events in the public health sector to incorporated and outdated paradigms, to the logic behind government policy and to the political quality of demands and pressures of civil society. In the period between the Colony and the Second Empire (1500-1888), the government barely interfered in health care leaving the task to spontaneous initiative, religious charity and institutional confinement. Between the establishment of the Republic and the military takeover (1889-1964), government involvement in public health started through limited actions of basic sanitation, actions against urban and rural epidemics, women's health and delivery care, the establishment of university courses in health-related areas and the institution of public health departments. The latter led to the Pelon reforms of the 1930s, the first process of territorialization and planning to occur in Ceará. From the military takeover to the present (1964-2002), health actions have been increasingly and consistently institutionalized, moving from the model of campaigns and first-aid curative care towards a model centered on strategic planning, organization of local health care systems, primary health care, and on the notion of health care as a civil right and obligation of the State, although the trend of political and economic development has been towards the paradigm of the minimal state, in the light of Neoliberalism, and towards massive income concentration.

Key words: Public Health, History of Medicine, Policy Making

1. Alunas do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública-CMASP da UECE.

2. Médico psiquiatra (UFC), Mestre em Medicina Social (UERJ), Doutor em Medicina Preventiva (FMRP/USP), Professor Titular em Saúde Pública e Professor do Curso de Mestrado acadêmico em Saúde Pública da UECE.

Recebido: 10.01.06

Reapresentado: 01.03.06

Aceito: 15.03.06

Introdução

Historiar a Saúde Pública no Ceará não pode restringir-se à simples compilação de fatos cronológicos, devendo substantivar-se nas formulações e decisões governamentais, na dinâmica da vida econômica e na experiência dos indivíduos, populações e instituições. Tem-se por obrigação discutir os fatos, seus determinantes e suas conseqüências, contextualizando-os no cenário da luta de interesses, relacionando-os e estabelecendo coerência entre os vários fenômenos^{1,2}.

O Ceará, ao longo da sua história, apresenta dinâmica própria de desenvolvimento, como: a direção do processo de ocupação, do sertão para o mar, contrariando o padrão brasileiro; a ausência de matérias primas coloniais; a pequena dimensão do escravismo, uma vez que a pecuária e a agricultura algodoeira baseavam-se no arrendamento; a ocupação econômica tardia, derivada da resistência indígena e da política colonial que, pelo século XVIII, reservou a área para tampão entre os brasis português e holandês; além de irrupções de secas inclementes, de movimentos messiânicos e de pronunciamentos separatistas, até os espasmos de uma industrialização retardatária, contra pano de fundo comercial e artesão, buscando integrar-se à globalização financeira e de serviços dos dias atuais³.

Condições sociais persistentemente precárias, secas cíclicas, ocupação econômica retardatária e dependente, além dos turnos de monocultura na maioria das vezes extrativista (pecuária, algodão, cera de carnaúba, lagosta), determinaram e caracterizaram tanto o quadro sócio-sanitário do estado, como o quadro de produção de conhecimento sobre o tema. Estes fenômenos não têm sido explorados, de modo sistemático, por uma historiografia crítica.

Vários pesquisadores, intelectuais e escritores debruçaram-se de maneira arguta sobre a história do estado e destas sistematizações muito se pode tirar sobre as questões da saúde pública^{4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}.

Apenas três autores Barbosa¹, Ponte¹⁴, Lira-Neto¹⁵, já na década de 1990, focam suas perspectivas historiológicas nos temas específicos da saúde pública. Com outros objetos e objetivos, técnicos ou programáticos, mais quatro autores Andrade & Goya¹⁶, Andrade¹⁷, Tandler¹⁸, Fonseca Neto¹⁹, Andrade²⁰ dedicaram-se a pesquisas que completam o quadro de informações, conclusões e recomendações, no âmbito da contemporaneidade.

O objetivo do presente estudo, elaborado inicialmente como seminário para a disciplina "Políticas Sociais e Políticas de Saúde" do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública-CMASP da Universidade Estadual do Ceará-UECE, para subsidiar pesquisas sobre as políticas de saúde no Ceará, é recuperar as principais iniciativas do poder público, no campo da saúde coletiva, no território do estado, à luz de intervalos temporais significativos, em aproximação com o conceito de bloco histórico.

Metodologia

Estabelecido o objetivo, procedeu-se a um estudo exploratório, ainda mais descritivo que crítico, porém sistematizador da literatura encontrada. Informações sobre ações de saúde pública, no território do estado do Ceará, foram recuperadas, com o apoio de fontes secundárias.

Os intervalos temporais buscam aproximação com a categoria "bloco histórico", como proposta por Antonio Gramsci^{21,22}. A organização das informações, visando indicação de possibilidades analíticas e recuperação para pesquisas futuras, em saúde pública, obedeceu ao corte de eras, períodos e fases construído por

Sampaio et al³.

Resultados

Para o presente estudo dividiremos a demarcação temporal foi simplificada para Eras, apenas com a última delas subdividida em períodos, conforme segue:

Tabela 1. Demarcação temporal histórica, conforme Eras

ERA	PERÍODO	FASE	DATA
COLONIAL	PRÉ-COLONIAL	-	1500/1603
	COLONIAL	Hegemonia do Maranhão	1603/1656
		Hegemonia de Pernambuco	1656/1799
		Hegemonia Direta de Portugal	1799/1822
IMPERIAL	I REINADO	Independência	1822/1824
		Primeiro Reinado	1824/1831
	II REINADO	Golpe da Maioridade	1831/1840
		Segundo Reinado	1840/1889
REPUBLICANA	FUNDAÇÃO REPUBLICANA	Golpe da República	1889/1896
		Oligarquia Aciolina	1896/1912
	TURBULÊNCIA REPUBLICANA	Sedição de Juazeiro e Intervenção Federal	1912/1916
		Messianismo e Cangaço	1916/1930
	CEARÁ GETULISTA	Tenenismo	1930/1935
		Menezes Pimentel e o Estado Novo	1935/1945
CEARÁ POPULISTA	Interventores da Redemocratização	1945/1947	
CEARÁ DOS CORONÉIS	Governos Populistas	1947/1964	
			1964/1987
			1987/2006

Era Colonial (1500/1822)

Somente em 1603, com a bandeira de Pero Coelho, a colonização do Ceará foi iniciada, mais de um século após a chegada da Coroa Portuguesa ao atual território brasileiro. E apenas em meados do século XVIII uma atividade econômica foi estabelecida, a pecuária. Os sertões cearenses foram divididos em grandes fazendas de gado, daí surgindo um ciclo de corte de carne, de curtição de couro e de charqueada, processo primitivo de salga de mantas de carne para consumo posterior e traslados por grandes extensões de terra. A cidade de Icó torna-se encruzilhada de caminhos de boiadeiros, no alto sertão, e Aracati assume posição de entreposto industrial e de comércio marítimo, com seu porto à foz do rio Jaguaribe. A grande seca de 1790/3 aniquilou os rebanhos e encerrou o ciclo, mas não os fundamentos de uma cultura que guarda a marca dos aboios, das

vaquejadas, das roupas de couro, dos alimentos e de elementos lingüísticos.

O quadro epidemiológico do período caracteriza-se por surtos de doenças infecto-contagiosas, como a varíola, a malária, o sarampo, as febres tíficas e as disenterias, e pela continuada presença da sífilis, da hanseníase, da tuberculose, do escorbuto e do raquitismo¹. As primeiras grandes vítimas dos surtos, em massa, foram os índios, por não disporem das memórias imunológicas dos brancos. O próprio socorro, prestado pelos padres jesuítas, era mortal.

A mortandade pela varíola determinou as primeiras medidas sanitárias, como a quarentena nos portos. A seca de 1790/3, que destruiu a pecuária, foi acompanhada de grande epidemia de varíola, da qual se tem registro de maior ocorrência em Aracati e Fortaleza, o que obrigou à improvisação de cemitérios e à criação de isolamentos rústicos, como o de Jacarecanga. O sarampo foi outra doença mortal e seu primeiro registro no Ceará, em 1691, foi realizado pelo mestre de campo Manuel Álvares Morais Navarro. A malária atingia, de modo mais ou menos uniforme, todo o território da província, num movimento de concentração no litoral, no segundo semestre de cada ano, e de espalhamento pelo sertão, nos períodos chuvosos de cada primeiro semestre.

A ação do poder público era muito limitada, visando atingir três objetivos: **1)** controlar e sistematizar a arte de curar; **2)** garantir a dominação militar; e **3)** preservar condições objetivas para viabilizar economicamente a colônia¹. Os hospitais eram precários, tinham caráter caritativo e religioso, e eram criados e mantidos por irmandades religiosas, esporadicamente apoiados pela Coroa. O paradigma é o das Santas Casas de Misericórdia, mas até elas tiveram entrada tardia na província.

Segundo o padrão português da Fiscatura, as categorias capazes de exercer a arte de curar eram as seguintes: **1)** Os físicos (clínicos) e os cirurgiões diplomados compunham a elite dos profissionais de saúde da Colônia, formados em Coimbra e Salamanca; **2)** Os licenciados e os cirurgiões

por carta, que, quando militares, eram conhecidos por cirurgiões-mores, compunham o nível intermediário; **3)** Por fim, na base, curadores improvisados, sem qualificação profissional e sem controle das autoridades, como os barbeiros, os pajés, os curandeiros, os erveiros e os enfermeiros práticos.

Não existia serviço público de saúde organizado. Somente em situações especiais é que o poder público se dispunha a pagar um profissional de saúde por um determinado período para exercer uma atividade específica. Em 1691, o cirurgião Francisco de Lemos, vindo de Pernambuco, começa a prestar serviços médicos, durante cinco anos, para soldados, seus familiares, índios e colonos. Os licenciados, por todo o XVIII, exerciam a profissão com um instrumental terapêutico que consistia, para todos os males, nas depleções sangüíneas - sangrias, ventosas e sanguessugas – e nos purgantes e enemas.

Em 1695, os padres jesuítas Manuel Pedrosa Júnior e Arcanjo Gago, conseguiram, depois de muitas tentativas, estabelecerem-se na serra da Ibiapaba, onde fundaram a aldeia de N.S. da Assunção de Ibiapaba, hoje Viçosa, e onde passaram a aplicar a prática do tratamento médico em enfermarias. Em 1697, D. Pedro II escreveu a Caetano de Melo e Castro, governador de Pernambuco, ordenando a construção de um hospital em Viçosa, que, inaugurado por volta de 1723, resulta em ser o primeiro estabelecimento de saúde do Ceará¹. Por volta de 1727 foi construído outro hospital, na vila de Aquiraz, desativado em 1754.

A partir da expulsão dos jesuítas, em 1760, a Coroa portuguesa cria hospitais reais militares, ocupando colégios, conventos e hospícios abandonados pelos expulsos. Esses estabelecimentos eram dirigidos pelo capitão-mor ou governador da capitania, que delegava poderes ao físico-mor ou ao cirurgião-mor. O tenente-coronel Antonio Vitorino Borges da Fonseca, em 1766,

assume a província do Ceará e encontra a capitania totalmente desorganizada e a população sem a menor assistência. Ele decide então alugar uma casa que servisse de hospital, deste modo fundando o primeiro hospital público da província, de precárias condições e rápida desativação.

Ainda, segundo Barbosa¹, os hospitais surgem para possibilitar a sobrevivência dos soldados, daí a integração destes serviços aos Fortes. Em 1779, o fidalgo Francisco Torres assume a capitania do Ceará e logo recorre ao governador de Pernambuco, Tomaz José de Melo, devido a uma epidemia de febre, iniciada após o inverno. Este envia uma comissão, chefiada pelo médico João Lopes Machado, que visita Acaraú e Sobral, epicentro do problema, consultando os doentes e aconselhando os sadios. Pelas características do tratamento empregado, à base da casca de quina, conclui-se que a epidemia era de malária. Outras medidas aconselhadas: usar porções de alcatrão para a queima das casas, fazer fogos com pólvora e pós aromáticos, manter as casas varridas e limpas, mas, sobretudo, proteger-se dos ventos do vizinho Piauí, de onde proviriam os ditos miasmas epidêmicos.

Após a descoberta da vacina antivariólica, em 1756, pelo médico inglês Edward Jenner, Portugal resolveu adotar o método em todas as suas colônias, a partir de 1802, mas as dificuldades operacionais eram enormes: falta de tecnologia de conservação da vacina para longos tempos e longas distâncias, falta de pessoal treinado nas aplicações, resistência cultural das populações. No Ceará, o governador João Carlos Augusto D'Oeynhausen, esmerou-se em cumprir as metas, tendo sido vacinadas, em dois anos, mais de duzentas pessoas, entre capital e interior, com êxito preventivo e sem queixas de danos.

Era Imperial (1822/1889)

A partir do início do século XIX, o algodão passa a ocupar o lugar da carne e do couro,

com produção crescente determinada pelas necessidades da revolução industrial inglesa, toda baseada em plataforma têxtil. Fortaleza, com um porto que sobreviveu ao assoreamento, diferente da sorte de Aracati e Camocim, transforma-se num centro coletor e exportador de produtos agrícolas. A pecuária, o algodão e o comércio portuário prescindiram do volume de trabalho escravo que caracterizou a cana de açúcar, o ouro e o início da cafeicultura nas outras regiões do Brasil. Assim, não há dramática mudança nas formas de exploração da força de trabalho, pois a regulação já era pelo trabalho livre, daí ter sido fácil e precoce a abolição da escravatura entre nós⁷.

Terríveis secas, o fim da Guerra de Secessão Norte-americana que recoloca os USA como fornecedores de algodão para a Inglaterra, a transferência da tecnologia do charque para o Rio Grande do Sul, que instala concorrente em melhores condições de produção, o deslocamento da hegemonia econômica para a região Sudeste e os violentos movimentos demográficos, devido ao crescimento populacional e ao acúmulo de crises econômicas, vão caracterizar socialmente a Era Imperial no Ceará.

Grandes eventos, como a revolução da independência norte-americana, a revolução francesa, a revolução industrial, a consolidação dos estados nacionais, o surgimento do Positivismo comteano e do Evolucionismo darwinista, fazem com que as práticas, os discursos e as teorias médicas sofram extraordinárias transformações. Em 1851, todos os países da Europa entram em acordo sobre medidas sanitárias em relação à peste, ao cólera e à febre amarela. São lançadas as bases da moderna medicina preventiva, com a higiene considerando o bem estar da família, da cidade e da nação. Daí surgem movimentos e instituições característicos como a Polícia Médica alemã, no século XVII, a Medicina francesa das cidades, no século XVIII, e a Medicina inglesa da força de trabalho, no século XIX²³. Devido à posição periférico-dependente, os avanços

sociais tendem a chegar atrasados ou mesclados, sem necessariamente guardar a cronologia original ou coerência com as condições locais.

Em Fortaleza, entre 1850 e 1860, surge verdadeira compulsão saneadora, segundo o modelo francês, em sintonia com o momento vivido pela cidade, no auge da exportação algodoeira, consolidando-se como principal centro político, social, comercial e financeiro do estado. Em 1875, o engenheiro Adolfo Herbster concluiu a planta topográfica da capital e de seus subúrbios, em formato de xadrez, alinhando ruas e avenidas, tornando a cidade mais aberta à circulação crescente dos fluxos de mercadorias, de pessoas e de técnicas higiênicas¹⁴. As grandes epidemias, de alta letalidade, ocorridas no período – varíola, 1824/5; febre amarela, 1851/3; cólera, 1862; e varíola, 1877/8 – receberam como resposta pública a consolidação de instituições de isolamento, a de Jacarecanga, a da Lagoa Funda, os lazaretos provisórios e a construção da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, inaugurada em 1861. O Ceará ingressa numa prática contemporânea de saúde, exercida por enfermeiros qualificados e médicos formados no Brasil, em Salvador ou no Rio de Janeiro. O primeiro desta geração foi o Dr. José Lourenço, diplomado no Rio de Janeiro, que criou a Inspetoria de Saúde do Estado e foi seu primeiro responsável.

A profissão médica passou a gozar de grande status social e a maioria deles seguiu carreira política e eram dispensados de prestar conta dos honorários profissionais. Mas havia os “médicos dos pobres”, que trabalhavam bastante, eram remunerados pelo governo, com estipêndios mínimos. O Dr. Castro Carreira, nomeado “médico dos pobres”, em 1845, enfrentou a epidemia de febre amarela e foi o primeiro a estabelecer os contornos de uma medicina social urbana adequada, através de medidas profiláticas nas ruas, ares e águas de Fortaleza.

Em 1860, Fortaleza passaria por duas resoluções referentes à salubridade da água e do ar. Uma delas foi anular lugares produtores de miasmas e germes morbígenos, contaminadores da atmosfera, como foi o caso da transferência, em 1866, do cemitério São Casimiro, localizado em área urbana central, para a periférica Jacarecanga, com o nome de cemitério São João Batista. Em 1873, no lugar do anterior, foi construída a Estação Ferroviária. A escolha da mudança do cemitério para Jacarecanga não foi à toa, pois o local se encontra a oeste da capital, a sotavento. O cemitério não poderia ficar a leste, porque os ventos correm na direção leste-oeste e espalhariam os germes do cemitério na cidade. A outra resolução foi a implantação, em 1867, da canalização da água salubre do sítio Benfica para os chafarizes da cidade. A Ceará Water Company, firma londrina, foi quem realizou as obras de adução, depósito e fornecimento de água do Benfica. A seca de 1877/9 provocou falta d'água nos reservatórios que alimentavam os chafarizes e fez com que a companhia suspendesse o abastecimento.

No mesmo período desta seca, ocorre uma epidemia de varíola que, em apenas dois meses, vitimou 27.378 retirantes nas proximidades de Fortaleza. No ano seguinte, o número de óbitos foi de 24.849, tendo ficado tragicamente famosa, como o "dia dos mil mortos", a data de 10 de dezembro de 1878, Ponte¹⁴ e Lira-Neto¹⁵ narram com competência histórica e literária os horrores deste episódio, quando foi vitimada dona Marieta Gababria, primeira dama da Província.

Uma última iniciativa do período foi a construção do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo, em Parangaba, instituição vinculada à Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, o 10º hospício brasileiro para doentes mentais, criado para atender uma demanda econômica, oferecendo frente de trabalho a flagelados da seca, e uma

complexa demanda sanitária: **1)** o equacionamento do problema do estacionamento de loucos no espaço urbano, salvando-os do abandono das ruas e do escárnio do povo; **2)** a retirada dos loucos do seio de suas famílias e da associação com crimes; **3)** a superlotação da Santa Casa e sua inadequação clínico-espacial ao tratamento de doentes mentais que lá se internavam. A Era Imperial termina com a invenção do hospício psiquiátrico em terras cearenses, funcionalizando-o também às táticas espasmódicas de combate às secas.

Era Republicana (1889/2001)

Fundação e Turbulência Republicana (1889/1930)

Com a Proclamação da República as províncias passam a ser estados e a gozarem de maior autonomia, as oligarquias locais fortalecem-se e emerge uma prática de negociação de interesses regionais denominada de "política dos governadores".

A estrutura de saúde era muito deficiente e o modelo básico era o da resposta tardia a eventos dramáticos, de massa, com alta mortalidade. Em 1896 é publicado na Revista da Academia Cearense, por Thomaz Pompeu de Souza Brasil, o que pode ser chamado de primeira reflexão teórica sobre a saúde pública no Ceará: "Importância da Vida Humana como Fator de Riqueza. O Desenvolvimento da População de Fortaleza; sua Natividade e Mortalidade; Taxa excessiva desta". Nela se faz minucioso exame das condições sanitárias de Fortaleza e do comportamento higiênico da população, apontando seis causas para a mortandade: a aglomeração populacional e o crescimento da área ocupada por prédios; a carência de higiene doméstica e pública, por falta de água potável para os usos pessoais da população; a falta de esgotos subterrâneos, solução para o saneamento básico da cidade; a intensificação do sedentarismo, principalmente ligado à ociosidade feminina; a importação de doentes portadores de

moléstia contagiosa e incurável, como era o caso da tuberculose; e as secas.

O governador Nogueira Accioly, alegando não possuir recursos para investir simultaneamente no abastecimento de água e no esgotamento sanitário, optou por priorizar este último¹. A comoção social decorrente das lutas entre oligarquias e da emergência da população urbana como ator político, representada no plano nacional pelo Tenentismo e, no plano local, pela “passeata das crianças”, pela “cabroeira” (manifesto de pequenos comerciantes, caixeiros, trabalhadores da estrada de ferro, catraieiros e jangadeiros) e pelo Rabelismo, levam à deposição de Acioly, à posse de Franco Rabelo e à Sedição de Juazeiro, mas não provocam a interrupção das obras, expandidas com a captação das águas do açude Acarape-do-Meio. O serviço de abastecimento de água de Fortaleza só viria a ser inaugurado, no entanto, em 19 de novembro de 1927, pelo presidente João Moreira da Rocha.

Merece menção especial o trabalho efetuado pelo farmacêutico Rodolfo Teófilo, que, tendo vivenciado o episódio de seca e varíola de 1877/9, resolve fabricar às próprias custas uma vacina antivariólica, recorrendo aos bezerros do seu sítio em Pajuçara. Em janeiro de 1901, inaugura o vacinogênio, em sua residência no Benfica, mas não obtém apoio público e decide, ainda por conta própria, vacinar a população de Fortaleza, em domicílio e gratuitamente. A luta ferrenha e os desmandos governamentais, as resistências populares, as táticas de convencimento e a vitória final, com a extinção da varíola no Ceará por quase uma década, são narradas de modo agradável e crítico por Lira-Neto¹⁵. A varíola volta a atacar em 1913, em todo o estado, e então se observa um incremento na criação de instituições de saúde pública.

Estes marcos institucionais são: **1)** a fundação do Centro Médico Cearense, que, sob a presidência do Dr. Guilherme Studart

(Barão de Studart), consolida a assistência médica, estabelece um fórum de debates sobre problemas de saúde da região e oportuniza a troca de opiniões técnicas entre profissionais; **2)** a instalação da Faculdade de Farmácia e de Odontologia; **3)** a fundação do primeiro serviço de assistência à mulher, em 1915, a Maternidade João Moreira, hoje Hospital Geral César Cals, nome de seu primeiro diretor; **4)** a fundação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância que, sob o comando do Dr. Abdenago da Rocha Lima, multiplica consultórios de puericultura, qualifica a assistência domiciliar ao parto e reduz a mortalidade infantil de 416 por mil em 1916, para 237 em 1930; **5)** a criação do Instituto Pasteur no Ceará, pelo farmacêutico Afonso de Pontes Medeiros e pelo médico Carlos Ribeiro, serviço filantrópico de análises clínicas; **6)** a criação do Serviço de Profilaxia Rural do Ceará, em 1920, com o objetivo de combater as três maiores endemias rurais, ancilostomíase, malária e doença de Chagas, motivando a formação de sanitaristas e desdobrando, em 1926, com o apoio da Fundação Rockefeller, um combate efetivo à febre amarela; e **7)** a construção da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, primeiro esforço de interiorização da assistência hospitalar.

Um oitavo marco, com desdobramentos específicos importantes, foi a construção de um leprosário no Arraial Moura Brasil, em 1927. O Dispensário de Leprologia Osvaldo Cruz, situado em zona central, era objeto permanente de polêmica, então o Dr. Antonio Diogo organizou a transferência do serviço para um sítio de propriedade de um lázaro, onde começou a praticar internações, das quais 42 aconteceram no ano de 1928. Neste leprosário que recebe seu nome, inicia-se o funcionamento da Seção de Profilaxia da Lepra, dirigida pelo Dr. Antonio Justa. A iniciativa em torno do leprosário, a mobilização a partir de doenças e preconceitos populares, as descontinuidades e dificuldades, tudo revela o paradigma do período e um paradoxo: se na Europa o hospício psiquiátrico sucede os leprosários,

no Ceará estes vêm posteriormente, para uma coexistência.

O Ceará Getulista (1930/1945)

O Tenentismo, a Crise da Bolsa de Valores de Nova York em 1929, a Revolução de 1930, a Revolução Constitucionalista de 1932, a emergência do operariado como ator político, a crise da hegemonia imperial inglesa e a II Guerra Mundial que surpreende o Brasil em situação periférica, mas emergente, fazem o grande pano de fundo deste período. Getúlio Vargas cria a figura dos interventores estaduais, com a função de implantar a política federal, com poderes executivos e legislativos, já que as assembleias estaduais tinham sido dissolvidas²⁴. O médico Fernandes Távora assume o estado do Ceará, mas, devido a conflitos com os tenentistas revolucionários locais, em menos de um ano é substituído pelo Capitão Carneiro de Mendonça. No bojo das negociações intestinas à Assembleia Constituinte as forças oligárquicas ressurgem, o que leva à escolha de Menezes Pimentel para o comando do Ceará.

A criação do Ministério da Educação e Saúde oferece modelo de estrutura organizacional, daí surgirem os interventores de saúde, assistentes técnicos do governo federal com a tarefa de implementar ações de saúde nos estados, multiplicando decisões do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (Barbosa¹, 1994). O governo federal financia as ações através do fundo de serviços de assistência e saúde pública e os estados complementam as despesas, fazendo convergir para o fundo 5% da receita arrecadada. Em 1931 ocorre a criação do Serviço Sanitário do Estado, dirigido pelo Dr. Antonio Justa, processo desdobrado em 1933 com a criação da Diretoria de Saúde Pública, dirigida pelo médico sanitário Amílcar Barca Pelon, líder do primeiro projeto de planejamento da saúde pública no Ceará, projeto que passou à história com o nome de Reforma Pelon; dividiu o estado em cinco

regiões ou distritos de saúde, estabeleceu comandos regionais sob firme direção central, em Fortaleza ficaram as sedes da Diretoria e do 1º Distrito, nas cidades de Sobral, Quixadá, Aracati e Juazeiro foram sediados os outros distritos, em cada distrito seria instalado um Posto de Higiene e um posto itinerante assumiria as tarefas antes da instalação do posto fixo, em Fortaleza sediar-se-ia um Centro Estadual de Saúde. O modelo é de inspiração norte-americana, centralizando direção e descentralizando serviços, hierarquizando programas e instalando os primeiros Serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de Inspeção Médico-Escolar e Permanente de Imunização¹.

Os hospitais não tinham condições operacionais de absorver a demanda crescente decorrente do aumento populacional, da esperança de vida e da concentração urbana, então surgiram os Dispensários, instituições beneficentes, curativas, de modelo francês, agora substituídos pelos Centros de Saúde, acumulando uma prestação ambulatorial pública de serviço e uma gerência de ações de saúde ocorrentes em outros serviços referenciados, em base territorial. Ao Centro de Saúde de Fortaleza, constituído na Reforma Pelon, foi articulado o primeiro Hospital de Isolamento do Ceará, que funcionou até 1943. O serviço de profilaxia da lepra e o antigo vacinogênio de Rodolfo Teófilo foram reestruturados, o Dispensário Oswaldo Cruz passou a concentrar-se no combate às doenças venéreas, o Posto de Saúde da Prainha e o Dispensário dos Pobres foram recuperados. Em 1935, os Dispensários passaram a receber a denominação de Secções. Como destaca Barbosa¹, os problemas também se acumulavam: superposição de cobertura, não padronização das atividades educativas, pulverização de atividades, encarecimento global das ações com baixa resolutividade final.

Em 1938, a assistência médica

incorpora-se à estrutura previdenciária e inicia-se o processo de compra de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais à rede privada. A partir de então convivem dois sistemas: um público estatal e o outro privado conveniado aos institutos previdenciários. A Reforma Pelon e o momento econômico amparam a privatização: o Sanatório de Messejana, em 1933; a Casa de Saúde São Gerardo (Psiquiatria), em 1935; a Casa de Saúde São Raimundo, em 1939, e a Casa de Saúde São Pedro, em 1939, são frutos de tal processo. Um desequilíbrio, entretanto, era gritante: o interior do estado, com 91% da população, recebia apenas 30% das exíguas verbas destinadas à saúde.

Em decorrência do golpe do Estado Novo, os prefeitos municipais passaram a ser nomeados pelos interventores federais dos estados e foi criado um Departamento Administrativo para fiscalizar os atos dos governadores e dos prefeitos, composto por membros escolhidos diretamente pelo ditador Getúlio Vargas⁹. No Ceará, Menezes Pimentel é mantido interventor até 1945 e, neste íterim, amplia a Diretoria de Saúde Pública para Departamento de Saúde Pública do Ceará.

Em 1939, o prefeito de Fortaleza, Alencar Araripe, reestrutura a comissão do plano da cidade e instala o Serviço de Malária do Ceará, para combater o mosquito *Anopheles gambiae*, vetor responsável pela grande epidemia de malária que se estendeu, sobretudo pelo Rio Grande do Norte e pelo Ceará. A lógica da regionalização começa a dar seus frutos, pela multiplicação de postos e subpostos de saúde em todo o interior do estado. Em fevereiro de 1942 ocorre a I Reunião dos Sanitaristas do Ceará, de caráter institucional e politicamente conservador, mas que possibilitou um acordo muito importante de princípios operacionais e de procedimentos técnicos na área. Em 1943, o Serviço Nacional de Lepra designa o Dr. Pereira de Almeida para fazer a revisão do censo de hansenianos do estado e assim melhoram as condições da assistência

médica e o aporte de medicamentos.

O discurso político-social que se torna hegemônico é o da cidade “ordeira, limpa, progressista e civilizada”. Mas a imagem idealizada da cidade se contrapõe à Fortaleza doente, pois as autoridades municipais e as associações caritativo-assistencialistas providenciaram a associação pobreza-doença e o ciclo vicioso da doença parece poder ser rompido com construção de moradias, oferta de esporte e canto orfeônico, educação popular, emprego industrial, sindicalismo paternalista, transporte público e formalização do salário mínimo. Assim, o ocultamento da pobreza urbana produz a idéia e a ilusão de progresso, por um lado, e omite as relações sociais que produzem pobreza, por outro lado⁹.

O Ceará Populista (1945/1964)

Para Luz²⁴, esse período ficou conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto de desenvolvimento econômico integrado à ordem capitalista industrial, baseado na industrialização substitutiva de importações, e de desenvolvimento político-social de característica nacionalista e populista, até que sobreviesse a crise da década de 1960. As políticas de saúde da época exprimiam essa dupla realidade, através da dicotomia institucional progressivamente acentuada. O modelo campanhista, que chegara a um estágio burocrático rotineiro, ainda predominava largamente nos órgãos de saúde pública do então Ministério da Educação e Saúde. Opunha-se ao modelo curativista, dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, burocráticos e ineficazes diante dos crescentes problemas de saúde das populações.

No Ceará, na década de 1960, novas concepções de saúde pública afirmavam, entre outras coisas, a necessidade do atendimento integral à saúde, sendo desenvolvidos programas de saúde que

redefinem as atividades dos Centros de Saúde e incorporam funções de diagnóstico e tratamento ambulatorial. Ocorre, então, grave crise do sistema nacional de saúde que limita sobremaneira tais experiências locais.

²⁶ Em 1963, o documento final da III Conferência Nacional da Saúde aponta a descentralização administrativa como uma necessidade do sistema nacional de saúde, mas o Golpe Militar de 1964 encerrou, radicalmente, o debate.

O Ceará dos Coronéis (1964/1987)

As políticas de saúde no Estado do Ceará guardam relação com as políticas nacionais de saúde. Para Barbosa²⁷, o Golpe Militar apresentou reflexos imediatos no setor saúde do Ceará, pois, a Secretaria de Saúde do Estado passou por desestruturação e descrédito, devido à política governamental voltada para a medicina curativa, aos poucos recursos destinados sobretudo a hospitais e ao clientelismo que levou a contratação indiscriminada de funcionários, sem a mínima capacitação e com salários aviltantes.

Um dos marcos da época foi a construção do Hospital Geral de Fortaleza - HGF, em 1966. Por outro lado, os Centros de Saúde, de responsabilidades da Secretaria de Saúde do Estado, foram abandonados a uma existência vegetativa, sem investimento e manutenção²⁶.

Em 1971, é criada a Fundação de Saúde do Estado do Ceará - FUSEC, que segundo Barbosa²⁶, tornou-se um poderoso instrumento de centralização administrativa, privilegiando ações curativas e atendimento hospitalar. Este órgão configurou-se como forte instrumento de uso e abuso de poder público, às vezes aliado à Secretaria de Saúde do Estado, muitas vezes superando-a em prestígio junto aos políticos e em autonomia administrativa. Surgiram então sucessivas denúncias de má utilização do dinheiro público e de clientelismo. A Secretaria de Saúde do Ceará só veio a se reerguer no cenário político do estado

quando da implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste-PIASS, em 1977²⁶.

Para Barbosa²⁷, o PIASS apresentava alguns problemas, como o seu caráter paternalista e clientelista, sem participação social nas definições de prioridades para a aplicação dos recursos, gerência distante dos problemas e realidades de cada município ou região do estado. No entanto, apesar das dificuldades, o programa representou um avanço, pois significou a presença do poder público em vastas áreas anteriormente sem qualquer assistência a saúde.

O Ceará dos Empresários (1987/2001)

Em 1987, inicia-se o Período da Democracia Liberal e o Ciclo dos Empresários, no Ceará, ascendendo ao poder um sistema político com ideário social-democrata e base econômica situada no empresariado urbano³. O primeiro governador do Ciclo foi Tasso Jereissati (1987-1990), seguido por Ciro Gomes (1991-1994), retornando Tasso Jereissati para dois mandatos consecutivos (1995-1998; 1999-2002).

As políticas de saúde implantadas no Ceará, a partir daí, segundo Barbosa²⁷, não foram independentes do processo que ocorreu no Brasil na década de 1980. Para este autor, o componente neoliberal dos novos detentores do poder levou a uma utilização mais funcional da máquina do Estado, com descentralização e focalização das ações de saúde.

Para Coelho²⁸, durante o 1º Governo Tasso, cujo slogan era "Juntos Mudando o Ceará", foram apresentadas metas para a saúde, entre elas a redução da mortalidade infantil e materna, aumento da cobertura vacinal, expansão do atendimento hematológico, implantação de ações preventivas e a promoção de saúde bucal em crianças e gestantes e garantia de atendimento médico em 100% do estado.

Esse governo é sucedido pelo governo de Ciro Gomes, cujo slogan político foi “Geração Ceará Melhor”, e que apresentou ações capazes de melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, por doenças crônico-degenerativas e de agravos por causas externas, estabelecendo-se pela primeira vez no estado uma política de intervenção no quadro dessas doenças. As metas para a saúde eram semelhantes às do governo anterior, ou seja, preocupação com a redução da mortalidade infantil e com os índices de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD, aumento da cobertura vacinal, ampliação da cobertura de assistência médica e expansão do processo de municipalização dos serviços de saúde²⁸.

Vale destacar que, pela metade da década de 1980, iniciou-se um forte movimento social de reforma sanitária que agregou importantes mudanças à promoção de saúde, à prevenção de transtornos, agravos e doenças, sobretudo à organização da atenção à saúde dos cidadãos. Os marcos históricos são a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição Brasileira de 1988. No período de 1987/8, foi criado, no Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e, em 1992, todo o interior do estado passou a contar com o trabalho desses profissionais, contando com 4000 agentes de saúde desde 1991. Esse programa representou um impulso importante à melhoria dos serviços ambulatoriais comunitários e à participação comunitária. A partir da experiência cearense, já a partir de 1991, o Ministério da Saúde implantou o programa em todo o país²⁹. Em Fortaleza, a implantação aconteceu a partir do último trimestre de 1994, no bojo da nacionalização da idéia.

Sobre esse período, Queiroz-Campos³⁰ afirma que o Ceará deu um passo importante na solução da problemática sanitária, com redução dos índices de mortalidade infantil e elevação nos níveis de imunizações, muito embora os dados estatísticos oficiais, pelo

menos, no campo epidemiológico, ainda não sejam perfeitamente confiáveis.

Em 1990, houve a criação do Conselho Nacional de Saúde e a normalização do funcionamento dos Conselhos de Saúde estaduais e municipais. No Ceará, o Conselho Estadual de Saúde começou a funcionar em 1988, os Conselhos Municipais começaram a ser instalados no final desta década e, entre 1989 e em 1993, os Fundos de Saúde foram ativados²⁹.

Em 1992, iniciam-se as primeiras discussões sobre a proposta de implantação de um programa de médico de família. Nessa época, no Brasil, a Medicina Geral Comunitária foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina. No Ceará, a partir de 1992, iniciam-se as primeiras discussões sobre a proposta de implantação de um programa de médico de família. Em 1993, a Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá, sob a liderança do Secretário Luiz Odorico Monteiro de Andrade avança o processo e muda o paradigma: implanta o Programa de Saúde da Família-PSF. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou nacionalmente o programa, como estratégia fundamental de atenção primária, alterando de modo substantivo a prática e a organização dos serviços de saúde, promovendo a transição entre o atendimento isolado de um único profissional para o trabalho em equipe, prevendo um maior envolvimento do setor saúde com outros setores da sociedade.

Nesta década, registraram-se as criações dos Cursos de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, em 1993, e da Universidade Federal do Ceará, em 1994, e da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, em 1994, que imediatamente assume a função de pólo de capacitação para a saúde da família e passa a assessorar os municípios na gestão dos sistemas locais de saúde³¹. A criação destes programas públicos de pós-graduação e da Escola de Saúde Pública propiciou um

ambiente de reflexão crítica e o aprofundamento do conhecimento profissional e acadêmico, bem como o desenvolvimento de habilidades para realizar pesquisas, o que vem garantindo ganhos substanciais para a prestação de serviços de saúde à sociedade.

Para Coelho²⁸, a saúde pública no Ceará, a partir de 1990, destaca-se pela operacionalização criativa do Sistema Único de Saúde-SUS. Fonseca Neto¹⁹ identifica pontos importantes desse período no Brasil e no Ceará: a municipalização teve êxito no país e em nosso estado na ampliação de cobertura das ações e serviços de saúde e na qualidade da atenção, mas ainda precisa de avanços importantes, em muitos municípios. Quanto ao financiamento, a programação pactuada e a gestão plena dos sistemas locais de saúde, previstos na Norma Operacional Básica-NOB de 1996, podem favorecer ainda mais a ampliação do acesso e a qualidade da atenção, desde que asseguradas a transparência das informações e a transferência de recursos indispensáveis para a atenção básica e hospitalar.

Por outro lado, o uso inadequado da Epidemiologia e dos sistemas de informação para tomadas de decisões estratégicas e operacionais, na maioria dos municípios, tem dificultado o direcionamento de ações para a prevenção e o controle das doenças e agravos de maior magnitude e gravidade em comunidades e em grupos mais vulneráveis. O modelo de atenção centrado na doença, que, apesar de todos os esforços, ainda prevalece no Ceará, e a necessidade de integralidade da atenção, que tem seus pontos fortes na promoção da saúde, prevenção das doenças e humanização do atendimento, sem menosprezar a necessidade de ações de recuperação da saúde, pressupõe o rompimento com este modelo curativo, emergencial e setorial e pode melhorar o processo saúde/doença. Os Conselhos de Saúde favorecem a participação de setores orgânicos da

sociedade na tomada de decisões, mas, por outro lado, ainda favorecem os vícios da participação consentida e distorcida, por interferências politicamente incorretas, autoritárias e centralizadoras.

Com relação aos Sistemas Locais de Saúde-SILOS, observam-se os seguintes aspectos: **1)** atendimento quase exclusivo à demanda espontânea e às necessidades sentidas, sem aprofundamento sobre os fatores causais geradores dos problemas de saúde, levando a segundo plano a atenção às necessidades reais da população. As ações de promoção de saúde e prevenção das doenças não alcançaram a priorização necessária; **2)** planejamento centralizado; **3)** duplicidade e paralelismo de ações, em alguns municípios; **4)** centralização administrativa e financeira; **5)** grau limitado de envolvimento e participação comunitária no processo de decisão sobre prioridades; **6)** profissionais de saúde operando, em muitos casos, sem objetivos e visão de futuro a desafiá-los, sem explicitação clara de sua missão no processo de melhoria da qualidade de vida e saúde da população e, conseqüentemente, desmotivados.

Conclusão

A Saúde Pública no Ceará avança com maturidade, mas precisa manter a ousadia para novos saltos, consolidando, no processo de organização dos sistemas de saúde, a perspectiva da humanização, uma visão de integralidade do processo saúde/doença/assistência e o envolvimento da comunidade na busca da resolver problemas de saúde prioritários. Tudo isso em dois contextos: um de grandes dificuldades econômicas; e outro de crescimento lento, cumulativo, da consciência sanitária nos cidadãos, nos gestores municipais de saúde e um engajamento maior e mais consistente de entidades de classe e de diversas categorias de profissionais de saúde, em defesa de um compromisso mais firme com a saúde pública¹⁹.

A saúde pública do Ceará classifica-se, em três momentos: o primeiro que compreende o período 1976-1982, onde ocorreu a implantação dos programas de cobertura, entre eles o PIASS; o segundo, 1983-1989, com a implantação de programas visando principalmente reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, destacando-se o Programa de Ações Integradas de Saúde-AIS e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS; e o terceiro, a partir de 1990, com a operacionalização do SUS.

Para expandir e consolidar os avanços já conquistados e dar um salto de qualidade na atenção à saúde, dentro dos contextos mencionados, propõe-se a consolidação da estratégia de Saúde da Família como operação estruturante dos sistemas locais de saúde e como alternativa para impulsionar a construção permanente do SUS e a

efetivação de seus princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária¹⁹.

Constituiu-se como paradoxal, pelo menos aparentemente, a capacidade de inovação em saúde, a produção para exportação de modelos de atenção, tais como o PACS, o PSF, a Programação Pactuada Integrada-PPI, a lógica de planejamento ascendente/descendente, descentralizado e estratégico, expresso nas micro e macrorregiões de saúde, se considerarmos que o Ceará é um estado limitado do ponto de vista social e econômico e possui o estigma de alto índice de pobreza e de analfabetismo. Impõe-se estudar este paradoxo, para que as políticas sociais públicas, no campo da saúde, possam ser qualificadas, universalmente acessíveis e equitativas, efetivamente compensatórias das políticas econômicas praticadas.

Referências Bibliográficas

1. Barbosa JPA. História da saúde pública do Ceará: da colônia à Vargas. Fortaleza: Edições UFC; 1994.
2. Sampaio JJC. Epidemiologia da imprecisão: o processo saúde-doença como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
3. Sampaio JJC, Santos NA, Silva AO. Periodização histórica do Ceará: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. Fortaleza: Revista de Humanidades e Ciências Sociais da UECE; 2001.
4. Cava RD. Milagre em Juazeiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
5. Hoornaert E. organizador. História da Igreja no Brasil: ensaio de interpretação a partir do povo. Petrópolis (RJ): Vozes; 1977.
6. Girão R. Geografia estética de Fortaleza. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil; 1979.
7. Silva FA. História do Brasil: colônia, império e república. São Paulo, Editora Moderna; 1983. 304 p.
8. Barbosa JPA. Uma história da política do Ceará: 1889 a 1954. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil; 1984.
9. Sousa S., organizador. Uma nova história do Ceará. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2000.
10. Bezerra A. O Ceará e os cearenses. Fortaleza: Typographia Minerva, 1906. Re-edição fac-similar em Fortaleza. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara; 2001.
11. Studart G. Datas e factos para a história do Ceará. Fortaleza: Typographia Studart, 1896. Edição fac. Similar. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara; 2001. 3 v.
12. Théberge P. Esboço Histórico sobre a Província do Ceará. Fortaleza: Typographia Brasileira; 1869.: Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara, três vol., fac-símile; 2001.
13. Theóphilo R. Libertação do Ceará: queda da oligarchia Accioly. Ed Fac. Sim. Lisboa: A Editora Limitada, 1914. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara; 2001.
14. Ponte SR. Fortaleza Belle Époque: reformas urbanas e controle social (1860-1930). Fortaleza, Fundação Demócrito Rocha; 1993.
15. Lira-Neto. O poder e a peste: a vida de Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Fundação Demócrito Rocha; 1999.
16. Andrade OM de e Goya N. Sistemas Locais de Saúde em municípios de pequeno porte: a resposta de Icapuí. Fortaleza: Expressão Gráfica; 1992.
17. Andrade FMO. O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e financiamento. Fortaleza: Escola de Saúde Pública

- do Ceará; 1998.
18. Tandler J. Bom governo nos trópicos: uma visão crítica. Brasília: ENAP; 1998.
 19. Fonseca Neto MD da. Desafios para a Saúde Pública no Ceará: um olhar sobre as internações hospitalares em 1997. Fortaleza: Tipoprogresso; 1999.
 20. Andrade OM de. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; 2001.
 21. Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
 22. Portelli, H. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1990.
 23. Rosen G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
 24. Koshiba L., Pereira DMF. A era de Vargas: história do Brasil. 5ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Atual; 1987, 301-323.
 25. Luz MT. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Saúde Debate 1991;32:27-33.
 26. Martins FMT e Sampaio JJC. Políticas públicas de saúde bucal no Estado do Ceará: 1964 a 1998 [Dissertação] Fortaleza: Curso de Mestrado em Saúde Pública – UECE; 2001
 27. Barbosa JPA. Origens e desenvolvimento das políticas públicas de Saúde no Estado do Ceará [Dissertação] Fortaleza: Curso de Mestrado em Saúde Pública UECE; 1997.
 28. Coelho VMC. Políticas e gastos em saúde: o caso do Ceará no período de 1987 a 1994. [Dissertação]. Fortaleza: Curso de Mestrado em Saúde Pública/UECE; 1997.
 29. Goya N. O SUS que funciona em Municípios do Ceará. Fortaleza: AMECE/UNICEF; 1996.
 30. Queiroz-Campos J. Política e sistemas de saúde. São Paulo: JOTACÊ; 1993.
 31. Ministério da Saúde (BR). Cadernos Saúde da Família: construindo um novo modelo. Brasília (DF); 1998.

Endereço para correspondência

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Avenida Paranajana, 1700 - Campus do Itapery
60.740-000 Fortaleza - Ce
E-mail: sampaio@uece.br