

balho em saúde coletiva, visualizando-se, assim, o modelo técnico-assistencial possível de ser adquirido pelas instituições compostas a partir desses serviços. Ao final, desenhou-se o modelo previsto pela peça orçamentária analisada, enquanto expressão de uma intenção de determinada política do governo estadual para o setor de Saúde Pública.

Como os dados referiam-se a uma série histórica de vários anos, constatou-se que as intenções governamentais ano a ano desenhavam a concretização efetiva das ações de governo no setor da Saúde Pública.

De posse deste quadro de informações, comparando ano a ano o movimento que o modelo institucional foi apresentando enquanto constituição das políticas na área da Saúde Pública, no estado de São Paulo, e de como se foram delineando as alterações nestas políticas, pôde-se proceder à análise das políticas governamentais no estado de São Paulo, no campo da Saúde Pública.

Organizado este processo em um período determinado, procurou-se analisar as suas relações com o conjunto dos elementos que lhes pareceram pertinentes, quanto à sua caracterização como uma política social determinada, e às relações que se referiam ao conjunto dos formuladores de políticas públicas na área da saúde coletiva.

Acredita-se, entretanto, que a melhor maneira de mostrar esses procedimentos é realizar a exposição do material e de sua análise concreta. E é o que se procurará fazer nos capítulos seguintes.

IN MERRY, E. E.

A SAÚDE PÚBLICA COMO POLÍTICA
UM ENFOQUE DE FORMULADORES
DE POLÍTICAS
SÃO PAULO: Ed. Hucitec, 1992.

3

A HERANÇA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA DO PÓS-30: OS SANITARISTAS E AS MATRIZES DISCURSIVAS DE 1920 A 1930

As décadas após 1930, no estado de São Paulo, na área da Saúde Pública, foram herdeiras de um período histórico fecundo no campo das ações sanitárias e no que tange à constituição de uma política governamental no setor. Essa herança marcou sua presença nesses anos, e, assim, vale a pena realizar uma exposição que a tome em particular, antes de entrar no exame do material dos anos após 1930.

Desde o final do século passado, a região foi palco de uma fértil atuação dos sanitaristas, tanto na produção de conhecimento quanto na constituição de um setor público que tivesse a intervenção no campo das ações coletivas como sua meta estratégica. Vários estudos, dentre os quais os de Roberto Machado e os de Rodolfo Mascarenhas — além daquele do próprio autor deste trabalho —, permitem mostrar com clareza esses momentos. Porém, aqui e agora, só estarão situadas as questões mais fundamentais e os fatos mais relevantes, suficientes para efeito da investigação a ser feita. Não é pretensão deste trabalho ser muito preciso nesta descrição e análise, sendo destacados apenas os fatos que se constituem em contribuições relevantes para a continuação desta apresentação. Assim, serão tomados como momentos importantes os acontecimentos que ocorreram em São Paulo, a partir do começo da República, mesmo sabendo do rico processo social que se desenvolveu no período do Império para a constituição das ações sanitárias no Brasil¹.

¹ Em relação a estes momentos históricos consultar MACHADO, R. *Danção da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

Com Rodolfo Mascarenhas e Emerson E. Merhy foi possível dizer que a Saúde Pública em São Paulo, enquanto política de Estado, emergiu na fase republicana. Para demonstrar isso, basta relembrar que no começo da era republicana os governos paulistas realizavam gastos orçamentários que antes não existiam, a fim de organizarem uma nova estrutura institucional para as políticas públicas do período. Verifica-se, desde então, que este item passou a ser um elemento permanente na pauta das agendas governamentais.

Entre 1890 e 1903 foram criados o Instituto Vacinogênico, o Laboratório Bacteriológico, o Serviço de Desinfecção, o Instituto Butantã e o Primeiro Código Sanitário.

No âmbito do executivo estadual formou-se junto à Secretaria do Interior o Serviço Sanitário Estadual, que passou a ser, a partir de então e até a formação da Secretaria de Educação e Saúde Pública, na década de 1930, o principal órgão governamental de gestão dos serviços de saúde.

É também interessante destacar a modernidade dos projetos nesta área, relativamente ao que se fazia no resto do mundo. As propostas construídas a partir da corrente "bacteriológica" passaram a ser as principais responsáveis pela forma que aquelas políticas públicas adquiriram.

Pode-se dizer que do início desse processo até o final da década de 1910 a "bacteriologia" foi a musa inspiradora dos sanitaristas do período. E, sem sombra de dúvida, em São Paulo, a figura mais preeminente dentre todos eles era Emílio Ribas. Não apenas por ser o mais conhecido, mas também porque foi quem melhor se posicionou no campo das formulações e quem atuou de maneira mais elaborada e abrangente na Saúde Pública, nessa fase.

Ao acompanhar a sua atuação foi possível retratar com alguma fidelidade parte do processo aqui apontado, pois isto delineou uma idéia inicial a respeito de uma das bases da herança recebida pelas décadas seguintes; tanto pelo lado que expressava a materialidade que este novo setor de política governamental adquiriu, como pelo lado que cristalizava as intervenções deste novo tipo de sujeito social e político — o sanitarista — como importantes na definição do perfil que as políticas governamentais no campo da saúde coletiva adquiriu.

Os vários registros históricos deste período assinalam que, a partir de 1896, quando se envolveu com as intervenções governa-

mentais no campo das ações sanitárias, Emílio Ribas teve um papel decisivo para marcar a trajetória daquelas ações, desde a sua emergência como um campo de atuação do poder público. Daquele ano até 1917, Ribas esteve ligado à direção do Serviço Sanitário Estadual, e interviu na sociedade da época para a criação de entidades científicas que serviram de base para toda esta atuação. Participou decisivamente na formação, não só de uma máquina pública dotada de legitimidade para intervir no campo das ações coletivas de saúde, mas também na formação de uma geração de profissionais — os higienistas/sanitaristas² — que deram capacidade executiva aos projetos que constituiu.

Pautando-se pelos princípios da corrente "bacteriológica", apresentou para a sociedade um projeto de intervenção — o "campañista/policial" — que denominava como problema de Saúde Pública e que se baseava na intervenção da polícia sanitária e na execução de campanhas.

Essas estratégias de intervenção configuravam-se em estruturas institucionais centralizadas, que se utilizavam das mais variadas ações para separar o universo dos sadios daquele dos doentes e/ou contaminados e, desta forma, permitir que o lado sadio se impusesse.

A eleição de quais eram os problemas de Saúde Pública e o modo de intervenção do setor público eram totalmente pertinentes à forma de organização da sociedade oligárquica do período. Emílio Ribas atuou como um dos elementos organizadores das relações que se estabeleceram entre o Estado oligárquico e o conjunto da sociedade paulista³.

Em relação a isto, ressalta-se que a matriz discursiva encontrada em Emílio Ribas, enquanto projeto de um determinado modelo técnico-assistencial, foi considerada neste trabalho como a expressão mais bem acabada de todo um movimento que atuava no campo da Saúde Pública. E, por isso, poderia ser tomado como seu paradigma para efeito da análise que se pretende empreender, da atuação dos formuladores de projetos de políticas de Saúde Pública, neste período marcado pela presença dos higienistas/sanitaristas, como

² Esta designação é usada porque a definição dos profissionais de Saúde Pública como sanitarista, e não como um genérico higienista, que qualquer médico poderia ser, só aparece com a corrente "médico-sanitária", na década de 1920.

³ Para um maior detalhamento sobre este período, e nesta linha de abordagem ver Merhy, E. E. *O capitalismo e a saúde pública*. Op. cit.

elementos dominantes na formação das políticas governamentais no campo das ações coletivas, fato já apontado com maior relevância na introdução deste estudo.

Na tentativa de verificar qual era a organização dos serviços de Saúde Pública da época, e que arranjo tecno-assistencial seguia, procura-se, agora, mostrar o que foi produzido até a década de 1910. Ou seja, será dado um salto procurando retratar o modelo que se constituiu nesta fase, considerada como uma das bases de formação da herança recebida pelo período seguinte. Evidentemente não serão repetidos aqui todos os passos que levaram a isso; serão registrados apenas os fatos mais marcantes. As questões mais exaustivas que se referem a atuação dos sanitaristas quanto à constituição das políticas governamentais serão deixadas para as análises dos anos seguintes.

Pelo lado do modelo tecno-assistencial pode-se dizer que a Saúde Pública paulista chegou no ano de 1910 com uma estrutura baseada nos serviços públicos, organizados prioritariamente a partir das gestões do governo estadual, e que se constituíram à medida que uma determinada questão era socialmente eleita como problema de Saúde Pública, conforme assinalado atrás. Praticamente inexistiam serviços ambulatoriais permanentes, e os objetivos estavam associados principalmente ao controle das epidemias. A partir das concepções bacteriológicas do processo coletivo da saúde e da doença, e de acordo com o projeto "campanhista/policial", foram criados órgãos de execução de ações de polícia sanitária, de desinfecção, de engenharia sanitária e de vacinação, como os seus instrumentais privilegiados.

Um dos pontos mais polêmicos dessa fase referia-se à questão da natureza do processo de gestão, e às concepções do processo coletivo da saúde e da doença, pois vários agentes no campo da corrente bacteriológica defendiam a municipalização dos serviços de saúde e das ações de controle do sistema, contra os que propunham a centralização. Um exame das reformas administrativas que foram feitas desde a origem do Serviço Sanitário Estadual permite ver que no movimento "campanhista/policial" havia uma tensão interna gerada pela disputa quanto à centralização/descentralização das ações de saúde entre a instância estadual e municipal.

Essa disputa expressava na realidade a luta entre setores da oligarquia rural paulista — em torno da organização da estrutura federativa do Estado oligárquico brasileiro em nível estadual —

com base na autonomia municipal e, portanto, nos setores oligárquicos dominantes destas regiões. A forma de organização do complexo cafeeiro, no plano econômico e político, tornou adequadas as propostas de organização estadual do poder governamental, o que frustrou as tentativas realizadas na direção da municipalização.

As ações sanitárias efetivadas neste modelo tecno-assistencial tinham como uma de suas bases as atividades de campanhas, cuja estratégia de ação confundia-se com a atuação da polícia sanitária, que tomava como principais questões coletivas as doenças infecciosas que se constituíam de processos epidêmicos, como a varíola, a febre amarela, entre outras, especialmente nas grandes cidades e em zonas rurais vinculadas à produção, transporte e comercialização do café. Efetivamente, tomavam a si o conjunto dos problemas coletivos que se referiam à constituição de um novo espaço urbano-comercial⁴, de interesse da oligarquia paulista, como questões sanitárias.

Pelo final da década, apareceram experiências diferentes, que apontaram para a possibilidade de formação de outros modelos tecno-assistenciais. Já em torno de 1918 pode-se ver o surgimento de serviços ambulatoriais de combate à ancilostomose, a partir de um esforço conjunto do Serviço Sanitário Estadual e da Fundação Rockefeller.

Os anos que foram de 1916 até 1920, quando o Serviço Sanitário foi dirigido por Artur Neiva, tornaram-se bem expressivos deste momento, no qual se podem observar algumas alterações no modelo organizado pelo movimento "campanhista/policial", liderado por Emilio Ribas. Inaugura-se uma fase de transição na busca de um novo projeto para o setor, que encontrará seus rumos mais definitivos na década de 30, mas que apresenta, em si, vários elementos que permitem entender estes rumos, o que nos obriga a tratá-la de maneira particular.

⁴ Para maior referência veja, por exemplo, Merthy, E. E. *O capitalismo e a saúde pública*. Op. cit.

1. A FASE DE 1916 A 1920: A EMERGÊNCIA DO MOVIMENTO "CAMPANHISTA VERTICAL PERMANENTE"

Em São Paulo, estes anos foram palco de situações que se relacionavam com as ações governamentais no campo das ações sanitárias. O estado viveu, em 1917, o maior movimento grevista organizado pelo seu operariado industrial; além disso, foi cenário de um quadro epidêmico de "gripe espanhola", que marcou tragicamente o período até 1920.

Essa situação fez parte das preocupações do governo estadual da época, exercido por Altino Arantes. Esse político pertencia à segunda geração do Partido Republicano Paulista (PRP), e tinha sido secretário do Interior no governo de Rodrigues Alves, em 1911. Aliás, esse foi o ano em que se efetivou a última reforma administrativa do Serviço Sanitário Estadual no período de Emílio Ribas. É interessante verificar que na época em que Altino Arantes foi governador⁵, promoveu uma reforma de peso naquele Serviço.

Esta reforma, de dezembro de 1917, foi dirigida por Artur Neiva, diretor do Serviço Sanitário Estadual nesses anos. Recebe como herança o que foi constituído pela reforma de 1911, para a qual as atividades de Saúde Pública ainda eram fundamentalmente ditas pelo movimento "campanhista/policial", que originou a forma de organizar os instrumentos e a configuração dos problemas de saúde coletiva. A reforma de 1911 não estabelece, praticamente, nenhum serviço ambulatorial permanente, pois suas ações centravam-se prioritariamente nas campanhas e nas intervenções da policia sanitaria em função dos "focos" epidêmicos detectados, com o objetivo de "apagá-los".

Neste momento seria interessante procurar informar sobre as ações governamentais, dos anos de 1916 a 1920, para tentar visualizar o modelo tecno-assistencial com que a política governamental trabalhou, conforme as tabelas adiante.

Tabela 1. ORÇAMENTO DO GOVERNO ESTADUAL NO PERÍODO DE 1916 A 1920*, EM UNIDADE MONETÁRIA (U.M.), POR TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, DESPESAS TOTAIS COM OS SERVIÇOS (despSP), PORCENTAGEM SOBRE O TOTAL DE GASTOS DO GOVERNO (%tot) E GASTOS COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE (oss)

serviços	ano				
	1916	1917	1918	1919	1920
despSP	18.859	17.179	16.586	20.375	21.723
%tot	2,72	2,57	2,62	3,17	3,31
sap ¹	—	102	91	1.647	2.588
hospSP ²	1.720	1.562	1.404	1.337	1.215
scSP ³	6.807	6.416	5.932	7.633	9.056
ata ⁴	10.331	9.097	9.160	9.758	8.863
oss	27.551	25.370	22.477	22.595	21.650

* Os indicadores de custo de vida que foram usados para o cálculo das U.M. eram: 1916 — 116,5; 1917 — 128,3; 1918 — 144,1; 1919 — 146,8, a partir dos dados de R. Simonsen.

¹ Serviço ambulatorial permanente.

² Aqui estão os hospitais que se vinculam a um programa sanitário. Por exemplo, o principal hospital deste item é o Hospital de Isolamento.

³ Serviços clássicos de Saúde Pública.

⁴ Atividades de apoio técnico e administrativo.

FONTE: Orçamento do governo do estado publicado no *Diário Oficial* como lei (ou decreto) orgamentória. Lei 1.492 de 29.12.15; lei 1.529 de 28.12.16; lei 1.584 de 21.12.17; lei 1.636 de 31.12.18; lei 1.713 de 27.12.19.

Tabela 2. COMPOSIÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS SAP EM U.M.

serviços	ano				
	1916	1917	1918	1919	1920
patracom ¹	—	102	91	704	712
insp ²	—	—	—	943	1.875

¹ Posto Antitracomatoso que, pelas funções que lhe cabiam, atuava como um serviço permanente de diagnóstico, tratamento, vigilância, profilaxia e educação, e portanto muito mais próximo de um projeto ambulatorial.

² Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral.

⁵ Os dirigentes estaduais serão tratados de governadores, apesar de na época serem considerados presidentes dos Estados.

Tabela 3. COMPOSIÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS EM U.M.

serviço	ano				
	1916	1917	1918	1919	1920
spjn/1P ¹	361	532	475	644	603
comsanin ²	3.731	3.412	3.082	3.990	3.897
descent ³	2.714	2.464	2.374	2.998	2.724
sanin ⁴	—	—	—	—	1.831
supcamp ⁵	—	—	—	3.780	22.053

¹ Instituto Pasteur, Seção de Proteção à 1.ª Infância, Inspeção de Amas-de-Leite, que eram serviços sem muita importância estratégica, e que agiam dentro do modelo da polícia sanitária. Mais tarde, entretanto, deu lugar a outros serviços como, por exemplo, o de Proteção à 1.ª Infância, que em 1926 foi reformulado para atuar dentro do modelo da Educação Sanitária, como uma parte da rede básica.

² Comissão Sanitária do Interior, formada para exercer as mesmas funções que a Delegacia da Capital. Tinha um papel central em termos de fiscalização sanitária e fazia parte da estratégia de controle estadual das atividades municipais. A partir de 1918 passou a ser chamada de Delegacia de Saúde e foi ampliada, passando a atuar em Santos, Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, Guaratinguetá e Botucatu. As três primeiras já existiam antes da reforma.

³ Desinfectório Central, símbolo máximo de uma postura baseada na bacteriologia.

⁴ Saneamento do Interior.

⁵ Suplementação para campanhas, aqui destacadas devido ao fato de nesta época ter acontecido o surto da chamada gripe espanhola, responsável pela morte de milhares de pessoas e que exigiu dos serviços de Saúde Pública uma ação particular e financeiramente significativa.

Os dados mostram que a reforma de 1917 só se expressa institucionalmente a partir de 1918, com a criação da Inspeção de Profilaxia Geral, que se tornou o órgão responsável pelos postos (ambulatorios) especializados. Neste ano foi modificado o Código Sanitário existente, através da elaboração de um novo projeto que se tornou o eixo da Legislação Sanitária, com algumas alterações, até a década de 60.

A Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral, criada em 1918, mas que só recebeu verbas a partir de 1919, começou a desenvolver suas atividades pela supervisão das unidades locais. Agregou as unidades especializadas de combate à malária e ancilostomose, organizadas inicialmente por Artur Neiva em Campinas e em Iguape, respectivamente.

Entre 1917 e 1918, a Faculdade de Medicina do estado de São Paulo, juntamente com a Fundação Rockefeller, montou os postos a partir de uma Comissão Mista, da qual participaram Richard Pearce e J. Ferrer, que organizou o Posto Experimental de Guarulhos. Até então, só existiam serviços regionais de Saúde Pública, como as delegacias e inspeções, e os efêmeros postos de combate ao tracoma.

As experiências vividas com estes ambulatorios permanentes especializados foram "lidas" de maneira diferenciada por alguns profissionais do setor. Alguns, na linha da John Hopkins School, como Geraldo H. de Paula Souza, entendiam que esses serviços eram parte de uma etapa de transição para os serviços ambulatoriais gerais de Saúde Pública; e que cumpriram o seu papel ao mostrar que as ações sanitárias deveriam ser realizadas em função de sua capacidade de promover e proteger a saúde. Essa linha entendia que a natureza do processo saúde/doença é a mesma para qualquer fenômeno coletivo de saúde.

Outros, na linha de Artur Neiva, que vinham de uma formação mais presa às experiências do modelo "campanhista/policial", encararam esses serviços especializados como a própria finalidade das ações sanitárias, procurando "modernizar" as ações campanhas com a concepção de "serviços campanhistas permanentes", que dessem combate às endemias e/ou ficassem em alerta permanente para os episódios epidêmicos. Esses serviços especializados organizar-se-iam a partir de cada problema particular, considerado como um fenômeno coletivo da saúde e da doença.

Essas posições definiram um movimento chamado "campanhista/vertical permanente", devido ao modelo que defendiam, do qual participava, além de Artur Neiva, o sanitarista Belisário Pena, como se verá mais adiante.

Esta visão dará lugar, mais adiante, a uma perspectiva de organização de serviços verticais permanentes especializados que será responsável pelo surgimento de um movimento, o "vertical permanente especializado", que terá um papel fundamental no período pós-1930.

Os membros do "campanhista/vertical permanente" valorizavam toda experiência vivida pelos primeiros serviços de Saúde Pública e buscavam adaptar o seu estilo de atuação para uma linha de intervenção nos problemas que consideravam como permanentes, preservando vários de seus instrumentos.

organizar
vertical
permanente

Não faziam o radical corte entre ações sanitárias e ações médicas, considerando que estas eram um forte instrumento de intervenção dos serviços especializados para o combate dos problemas de Saúde Pública, posição que será muito mais marcante nos adeptos dos serviços verticais permanentes especializados.

Estes modelos estarão presentes no interior do embate pelos rumos que as políticas governamentais seguirão a partir desse momento, e que se manifestará, na década de 20, no confronto entre o movimento "redes locais permanentes" — baseado na corrente "médico-sanitária" —, com Paula Souza, e o movimento "campanhista/vertical permanente", com Artur Neiva.

Já nesses anos examinados por meio das Tabelas 1, 2 e 3 é possível observar que a presença de Neiva esteve ligada ao processo de alteração do modelo técnico-assistencial, seguido pelo governo do estado de São Paulo, marcando o passo do processo de alteração do modelo anterior impresso por Emílio Ribas, apontando para a construção de um modelo que associará novos tipos de serviços com a manutenção dos serviços mais clássicos.

Na fase de 1916 a 1920, o orçamento total projetou um razoável aumento. Vê-se que no início as despesas com Saúde Pública eram de 18.859 U.M. e que em 1920 eram de 21.723. Em termos relativos, o incremento passou de 2,72% do orçamento governamental de 1916, para 3,31% em 1920.

Nos anos finais, o item dos serviços ambulatoriais permanentes mereceu um aumento na sua previsão de gastos, o que ocorreu graças às previsões da Inspeção de Profilaxia Geral, que, como se viu, foi o órgão em que se desenvolveram as experiências dos postos especializados.

O Desinfectório Central não sofreu uma restrição significativa e, além disso, o conjunto dos serviços "clássicos" apresentou um crescimento razoável. Vê-se que das 6.807 U.M. previstas em 1916, passa para 9.056 em 1920. O principal item a contribuir para este aumento foi o do Saneamento do Interior. Aliás, fato nada estranho devido à experiência de Artur Neiva e de Belisário Pena, no começo da década, na substituição de um movimento nacionalista no campo das ações sanitárias, decorrente de influências da Liga de Saneamento⁶. Eles foram adeptos deste movimento, que tinha

⁶ CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitariano na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Trabalho apresentado ao VIII Encontro Anual da ANPOCS, Águas de São Pedro, 1984.

como uma de suas bandeiras fundamentais o saneamento, a exemplo de O. Cruz no Rio de Janeiro.

Porém, diferentemente deste sanitariano, defendiam um saneamento voltado para a zona rural, que deveria ser levado a todo o interior do país⁷, para implementar a integração nacional e o desenvolvimento social. Este era o grande símbolo da reforma sanitária visualizada, na época, por estes sanitarianos do movimento "campanhista/vertical permanente".

Voltando aos dados, pode-se ver que o Hospital de Isolamento teve uma previsão orçamentária em queda, pois passa de 1.720 U.M. em 1916, para 1.215 em 1920, fato que é demarcado pelas constantes queixas dos sanitarianos quanto à ausência de uma política clara em relação aos pacientes hospitalizados por doenças infecto-contagiosas.

Chamaram a atenção as propostas de gastos com serviços ligados a campanhas sanitárias, como a previsão do item Suplementação para Campanhas — usadas para o combate à gripe influenza —, que recebeu 22.053 U.M. em 1920, contra as 22.097 U.M. referentes às despesas totais de Saúde Pública.

Vale lembrar que este fato expressa os anos que São Paulo viveu os graves problemas decorrentes da "gripe espanhola", e que exigiu do Serviço Sanitário Estadual esforços concentrados no seu combate. Aliás, parece que neste "combate" esperava-se que a experiência de um Artur Neiva fosse útil para o controle do processo epidêmico, pois esse sanitariano vinha de uma experiência com os serviços federais, a partir do grupo de Mangueinhos⁸, que lhe dava "legitimidade" para dirigir a luta contra a gripe. Entretanto, conforme relatos sobre a época⁹, o sucesso esperado não parece ter acontecido.

Quanto ao item Outros Serviços de Saúde, constata-se que eles diminuíram suas cotas, mas ainda assim continuaram a receber uma fatia significativa do orçamento público, no mínimo igual ao previsto para todos os serviços de Saúde Pública. Os maiores beneficiários nesta fase foram os Sanatórios Psiquiátricos.

⁷ CASTRO SANTOS, L. A. *Op. cit.*

⁸ Assim chamado o conjunto de sanitarianos que se formaram no Rio de Janeiro sob a liderança de Osvaldo Cruz.

⁹ Veja em BERTOLLI FILHO, C. *Epidemia e sociedade*. Dissertação de mestrado apresentada à FFLCH da Universidade de São Paulo, 1986.

Assim sendo, pode-se dizer que o período da gestão de Artur Neiva abriu um novo momento nos serviços de Saúde Pública em São Paulo, com a introdução de novos serviços identificados com uma estratégia de ação que se efetivava através de uma rede de ambulatórios permanentes, embora especializados, e que foi algo inédito na região.

É interessante ver um sanitariaista vinculado ao movimento nacional da Liga do Saneamento tirar proveito de um projeto que foi financiado pela Fundação Rockefeller, considerando-se o caráter nacionalista daquele movimento e as estratégias de ação desta Fundação quanto à penetração do ideário americano.

Na realidade, esse projeto prendeu-se à estratégia da Fundação Rockefeller de implementar as ações sanitárias nas Américas, através de modelos de organização baseados em serviços especializados, no momento em que esta Fundação não tinha, ainda, construído uma posição clara relativamente às experiências da corrente "médico-sanitária". Isso só se dará após a criação da Johns Hopkins School, com a qual se organiza o projeto baseado nos Centros de Saúde, e que sera a expressão mais acabada do modelo americanista de Saúde Pública, a ser adotado neste período pelo movimento "redes locais permanentes".

Toda esta inovação da reforma de 1918 não supõe a desmontagem dos serviços clássicos; ao contrário, convive com os serviços ligados a projetos do período mais classicamente campanhista, junto com um serviço permanente, que procurava tomar como fundamental a realização das ações médicas como ações sanitárias¹⁰, mantendo o Desinfetório Central, símbolo das épocas aureas da polícia sanitária.

A manutenção desses serviços permanentes especializados, de novo tipo, junto com os clássicos, associou-se a uma perspectiva centralizadora do Serviço Sanitário Estadual, que no correr desses anos ampliou seu controle sobre os municípios e aumentou suas intervenções, através de serviços estaduais próprios.

Nesse aspecto, seu modelo tecnocrático continuou segundo uma tendência, que nesta fase tornou-se predominante, ou seja, a ampliação da rede de serviços deu-se pelos serviços públicos estaduais, em um processo de centralização gerencial.

¹⁰ Veja relato das experiências de Samuel Pessoa no começo da década de 1920, junto a um posto especializado, em PESSOA, S. *Ensaio médico-social*. São Paulo, Hucitec, 1978.

O interessante é observar que, junto com a estratégia de criação dos serviços ambulatoriais especializados, Artur Neiva elabora novos projetos para a conformação das ações sanitárias, pois, além de participar da ideia de que a via do saneamento rural era uma alternativa-chave para a melhoria das condições de vida do brasileiro, considerava que um serviço médico mais efetivo poderia funcionar como fator de ação sanitária, desde que dentro de um programa específico de Saúde Pública e sem abandonar a base do pensamento bacteriológico.

Com isto, participa da introdução de novos elementos em termos tecnocráticos, que alteram o eixo das ações no campo da saúde coletiva, e que serão fundamentais nos vários projetos reformadores dos anos 20, junto com uma estratégia de maior racionalização administrativa dos serviços de Saúde Pública.

Esses sanitariaistas, defensores do modelo "campanhista/vertical permanente", como Artur Neiva e Belisário Pena, pertenciam a um movimento de perspectiva nacionalista, que acreditava que o desenvolvimento da nação brasileira estava ligado à conquista do meio rural e ao combate das grandes endemias que assolavam a população, sendo consideradas responsáveis pela ignorância do povo, e pela "ociosidade" do brasileiro, isto é, pela sua falta de vontade de trabalhar. Neste particular tinham destaque as doenças que se associavam a um estado de intensa debilitação nutricional, como o amarelão e a malária, conforme o conhecimento da epidemiologia de inspiração bacteriológica da época. Estiveram à frente do movimento que pregou a eleição de duas endemias-chave por região do país, para serem erradicadas, e opuseram-se aos que se preocupavam prioritariamente com as questões urbanas.

Esses mesmos sanitariaistas envolveram-se, até, no pós-30 com as transformações sociais que se tornarão responsáveis pela formação das políticas governamentais do setor, principalmente no período do Governo Provisório e na fase dos primeiros interven-tores estaduais entre 1930 e 1934.

Belisário Pena fez parte do executivo federal na área da Saúde Pública sob o mando de Carlos Chagas, na década de 20, no Serviço Nacional de Profilaxia Rural, e foi o primeiro diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, após a revolução de 1930, no recém-formado Ministério da Educação e Saúde. Artur Neiva, nesta fase, retornou ao executivo paulista (período dos interven-tores federais) e foi, em 1931, o secretário do Interior do Governo

Provisório do estado de São Paulo, na fase da interventoria de João Alberto.

É duvidoso que a presença de Artur Neiva na fase de 1916 a 1920 tenha sido um fato ocasional, pois é possível que ela estivesse ligada a uma estratégia de políticas governamentais mais amplas por parte do governo de Altino Arantes. Pode ser, até, que a presença de um formulador de políticas no campo da Saúde Pública, como Artur Neiva, tenha sido um dado relevante para a forma que a política governamental no setor adquiriu, mesmo que este não tenha sido o único elemento determinante desse processo, como de fato não foi.

Entretanto, neste momento não cabe na perspectiva deste trabalho entender exaustivamente a dinâmica destas questões, pois, efetivamente, o que se busca, por enquanto, é a construção de uma visão mais ampla da herança recebida pela década de 30, o que obriga a prosseguir até o final da etapa histórico-social que desembocou, com a crise dos anos 20, no fim definitivo da República Velha, para a montagem daquele processo e a delimitação do conjunto de correntes e movimentos que se expressaram neste desenvolvimento das políticas públicas no campo das ações coletivas.

2. A FASE DE 1920 A 1930: O DESENVOLVIMENTO DAS CORRENTES E MOVIMENTOS QUE SE EXPRESSAM NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Do que se viu até agora, fica razoavelmente claro que no início da década de 20 mais de uma corrente de pensamento da Saúde Pública já havia dado o ar de sua presença no campo da formulação das políticas governamentais do estado de São Paulo. Pode-se, com certeza, afirmar que a fase de 1920 a 1930 foi uma das mais ricas no que se refere ao embate entre as várias correntes e movimentos presentes nas disputas pela direção de uma determinada política de Saúde Pública.

A existência de um movimento sanitário, profícuo em discussões e confrontos de modelos técnico-assistenciais, manifestou-se de maneira marcante no São Paulo de 1920. A Saúde Pública também teve sua Semana da Arte Moderna, as décadas seguintes serão "marcadas" pelas grandes questões colocadas durante esses anos. Em todo o país o debate sobre as questões de saúde coletiva

estava bem agitado. No decorrer da década formou-se a Sociedade Brasileira de Higiene, que desde a sua fundação, em 1923, promoveu cinco congressos — até 1930.

Esses Congressos foram lugares privilegiados para a percepção dos confrontos de posições e das disputas que definiram linhas possíveis das políticas do setor. Os confrontos também existiram no período de 1930 a 1937, mas ocorreram ou no interior da máquina dos executivos estadual e federal, ou no processo constituinte de 1934.

Já mencionada fecundidade dos anos 20 teve muito a ver com o percurso das ações sanitárias nas décadas seguintes, e poucas foram as vezes em que o movimento sanitário se expôs tanto ao conjunto da sociedade. Momentos equivalentes só ocorreram no fim de 1950 e começo dos anos 60, e a partir da segunda metade da década de 70 — período final dos governos militares.

Nestas conjunturas sociais, percebe-se que os problemas e as formas de visualizá-los são reinventados; novas questões são colocadas quanto aos modelos e às formulações políticas, novas formas de ver o problema da saúde coletiva são expostas; as formulações anteriores disputam com as novas: os grupos se expõem.

Esses embates do movimento sanitário de 1920 serão analiticamente explorados na parte final deste capítulo, de forma a entender as relações entre as correntes e movimentos: suas matrizes, as políticas governamentais e as grandes questões em disputa, conformadas nesta fase e que serviram de base para a definição das políticas de todo o período pós-37.

Da discussão colocada no período de 1920 a 1930, decorreram muitas questões novas que até foram mais bem tratadas nos movimentos sanitários, em momentos futuros, com grande transparência. E isso teve certa relevância nas reformas que os governos procuraram implantar nos seus serviços, como se verá na análise do rumo que se procurou seguir nas políticas governamentais da época.

Todo este processo da fase de 1920 a 1930, em São Paulo, ocorreu no interior de projetos governamentais dirigidos pela mesma fração política do PRP. Ou seja, o grupo de Washington Luís — 1.5.20 a 1.5.24; de Carlos Campos — 1.5.24 a 22.4.27; e de Júlio Prestes — 14.7.27 a 20.2.30.

Eles representaram a ascensão, ao governo estadual, de uma

fração distinta daquela de Altino Arantes no interior do PRP, e isto teve algumas implicações relativamente aos novos rumos das políticas públicas no estado de São Paulo.

Para o registro destes fatos seria conveniente voltar aos dados orçamentários e institucionais, a fim de expor o material elaborado sobre esta fase. Em primeiro lugar, ressalte-se que esta fase pode ser subdividida em dois momentos: um que vai de 1920 a 1925, e o outro de 1926 a 1930. São importantes para realizar esta retomada os fatos que aconteciam no âmbito da política governamental no campo da Saúde Pública. E, neste pormenor, o que se observa é que uma nova direção das políticas de Saúde Pública foi marcada de forma institucional, através de uma reforma do Serviço Sanitário Estadual, que aconteceu em 1925. Por isso, os anos iniciais, de 1920 a 1925, foram expressão de um processo social, o que permitiu tratá-los com razoável uniformidade no campo das políticas governamentais, considerando-se as ações coletivas de saúde.

O ano de 1925 é um marco porque mesmo com o surgimento de Geraldo de Paula Souza no executivo estadual, em 1922, a grande reformulação do conjunto dos serviços públicos de saúde viabilizar-se-á a partir desse ano.

Paula Souza apareceu neste cenário a partir da publicação, na imprensa local, de artigos em que criticava os serviços estaduais de Saúde Pública. Um de seus argumentos versava sobre o burocratismo ineficiente a que tinha chegado sua atuação após a fase áurea de Emílio Ribas. Referia-se, também, à problemática da cloração da água no município de São Paulo, argumentando que este era um dos mecanismos mais eficazes para o controle de doenças diarreicas e da febre tifóide, que vinham desempenhando um papel importante como problema de Saúde Pública, na capital. Quando assumiu a direção do Serviço Sanitário Estadual, procurou promover uma modificação de fundo nos projetos de organização assistencial e tecnológica no setor.

Uma exposição das informações referentes a estes anos, dos dados sobre os serviços estaduais desenvolvidos pelo Serviço Sanitário, mostrando o movimento, ano a ano, do modelo tecnológico assistencial que representava a política do governo para o setor da Saúde Pública, pode auxiliar na compreensão deste processo, e talvez possibilite um aprofundamento na questão das disputas que ocorreram nesta década.

Veja este ponto, então, a partir das tabelas seguintes.

Tabela 4. ORÇAMENTO DO GOVERNO ESTADUAL NO PERÍODO DE 1921 A 1925*, EM UNIDADE MONETÁRIA (EM U.M.), POR TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, DESPESAS TOTAIS COM OS SERVIÇOS (despSP), PORCENTAGEM SOBRE O TOTAL DE GASTOS DO GOVERNO (%tot) E GASTOS COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE (oss)

	ano				
	1921	1922	1923	1924	1925
serviços					
despSP	21.354	19.745	19.740	21.469	25.633
%tot	2,65	2,42	2,15	2,56	2,30
sap	2.172	2.304	2.014	1.917	2.066
hosp/SP	1.188	1.081	1.375	1.385	1.434
socSP	9.177	8.024	7.903	8.255	11.918
ata	8.816	8.334	8.445	9.911	19.214
oss	24.684	23.863	22.134	21.579	29.762

* Os dados sobre o custo de vida para o período são os seguintes: 1921 — 167,9; 1922 — 184; 1923 — 202,8; 1924 — 236,6; 1925 — 252,8. Da mesma maneira eles foram retirados do texto de R. Simonsen. *Op. cit.*

FONTE: Lei 1.759 de 29.12.20; lei 1.837 de 27.12.21; lei 1.879 de 28.12.22; lei 1.957 de 29.12.23; lei 2.029 de 30.12.24.

Tabela 5. ORÇAMENTO DOS SAP DE 1921 A 1925 EM U.M.

serviços	ano				
	1921	1922	1923	1924	1925
pantra ¹	695	634	576	604	574
insp ²	1.492	1.669	1.437	1.313	1.491

¹ Posto Antitracomatoso. Foi organizado na época de Artur Neiva, em 1917, e desapareceu com a reforma de 25.

² Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral. Também criado na reforma Neiva, e desaparece com a de 25, dando lugar à Inspeção de Educação Sanitária e de Centro de Saúde. É responsável pelos ambulatórios permanentes especializados, que chegam a 17 da Fundação Rockefeller e 13 do governo estadual, nesses anos.

Tabela 6. ORÇAMENTO DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS DE 1921 A 1925 EM U.M.

serviços	ano				
	1921	1922	1923	1924	1925
ipatal ¹	590	537	573	568	632
delsau ²	3.774	3.431	3.157	3.240	3.165
desce ³	2.663	2.425	2.693	3.178	3.135
inlep ⁴	—	—	—	—	1.582
sanint ⁵	2.149	1.630	1.479	1.138	3.401

¹ Instituto Pasteur; Seção de Proteção à 1.ª Infância; Serviço de Inspeção de Amas-de-Leite. Após a reforma de 25 os dados só se referem ao Instituto Pasteur, pois o Serviço de Inspeção das Amas-de-Leite foi extinto e a Seção de Proteção mudou seu projeto e passou a atuar dentro dos padrões da corrente médico-sanitária.

² Antiga Comissão Sanitária do Interior, que deu lugar à Delegacia de Saúde.

³ Desinfetório Central.

⁴ Inspeção de Profilaxia da Lepra.

⁵ Saneamento do Interior, será extinto com a reforma.

Tabela 7. ORÇAMENTO DO GOVERNO ESTADUAL NO PERÍODO DE 1926 A 1930*, EM UNIDADE MONETÁRIA (U.M.), POR TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. DESPESAS TOTAIS COM OS SERVIÇOS (despSP), PORCENTAGEM SOBRE O TOTAL DE GASTOS DO GOVERNO (%oot) E GASTOS COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE (oss)

serviços	ano				
	1926	1927	1928	1929	1930
despSP	39.446	42.323	39.228	40.977	47.383
%oot	3,15	3,30	2,72	2,40	2,26
sap	4.071	6.679	6.679	6.849	7.755
sosSP	22.623	22.831	20.235	22.099	26.374
ata	12.750	12.711	12.314	12.028	13.256
oss	27.784	27.317	31.353	33.304	43.488

* Os dados sobre o custo de vida para o período são: 1926 — 260; 1927 — 267,4; 1928 — 263; 1929 — 261; 1930 — 237,3.

FONTE: Lei 2.123 de 30.12.25; lei 2.182 de 30.12.26; lei 2.245 de 31.12.27; lei 2.343 de 31.12.28; lei 2.401 de 31.12.29.

Tabela 8. ORÇAMENTO DOS SAP EM U.M.

serviços	ano				
	1926	1927	1928	1929	1930
insedsac ¹	1.698	3.010	3.001	3.143	3.739
seceproint ²	307	301	306	309	337
inmunic ³	2.065	3.368	3.371	3.397	3.679

¹ Inspeção de Educação Sanitária e do Centro de Saúde, veio no lugar da Inspeção de Profilaxia Geral.

² Seção de Proteção à 1.ª Infância. Esta seção muda muito na reforma, tanto que antes de 1925 suas atividades são consideradas mais do campo "clássico".

³ Inspeção de Higiene Municipal. Vai ficar com os postos especializados de cooperação com a Fundação.

TABELA 9. ORÇAMENTO DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS EM U.M.

serviços	ano				
	1926	1927	1928	1929	1930
inspast ¹	272	291	287	281	338
inmint ²	9.506	9.640	8.829	9.287	10.644
inlep ³	2.324	2.313	2.281	2.184	2.440
alipu ⁴	2.688	2.920	2.796	2.810	3.215
ipdifmsv ⁵	2.564	2.698	2.433	2.419	3.146
selsau ⁶	4.683	4.463	3.548	4.505	5.771

¹ Instituto Pasteur.

² Inspeção de Moléstia Infeciosa. Os dados orçamentários dos hospitais vieram para este item; além disso, aqui ficaram o antigo Desinfetório, o Serviço de combate às moscas e o Hospital de Isolamento.

³ Inspeção de Profilaxia da Lepra; sofre alterações após 1927, que lhe dão praticamente autonomia estrutural.

⁴ Inspeção e Policiamento da Alimentação Pública.

⁵ Inspeção de Policiamento Domiciliar; de Fiscalização Médica e Farmacêutica e o Serviço de Verificação de Óbitos.

⁶ Delegacia de Saúde; foi projetada para ser extinta com a reforma, fato que não ocorreu.

Uma rápida análise das Tabelas 4, 5 e 6 confirma a divisão adotada para a exposição das informações, pois é possível mostrar que estes dados para a fase de 1920 a 1925 eram coerentes com as estratégias herdadas da reforma de 1918, da fase de Artur Neiva.

E, olhando os dados a partir de 1926, nas Tabelas 7, 8 e 9, pode-se sentir a presença de uma nova estratégia, que se prendeu aos projetos enunciados por Paula Souza.

Apesar de a reforma ter sido produzida e implantada em 1925, os seus efeitos só apareceram a partir de 1926, quando é possível detectar o surgimento de uma nova estrutura institucional no Serviço Sanitário Estadual.

Os anos anteriores, de 1921 a 1925, apresentam um padrão de organização institucional e de gastos, no setor da Saúde Pública, que associou a existência dos serviços ambulatoriais permanentes, especializados, com serviços "clássicos" como o Desinfectório. Há até mesmo, um aumento de gastos com os serviços que pertencem a estes tipos mais "clássicos", com um evidente incremento do Serviço de Saneamento do Interior, que passou de 2.149 U.M. em 1921, para 3.401 em 1925. Ao mesmo tempo, o padrão de gastos com a Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral é praticamente o mesmo durante todo o período.

Não há grandes alterações nos gastos totais com a Saúde Pública: eles até mesmo flutuam percentualmente em torno de 2,4% do orçamento total, e é interessante verificar que os serviços clássicos, apesar disso, têm um leve crescimento: de 9.177 U.M. em 1921, para 11.918 em 1925 (Tabela 4).

Como se pôde ver, Paula Souza assumiu a direção do Serviço Sanitário Estadual em 1922, mas não provocou imediatamente nenhuma alteração no interior dos serviços, pois foi sustentado o padrão do movimento "campanhista/vertical permanente". Este movimento efetivamente procura fazer alterações naquele modelo bacteriológico, campanhista e de polícia sanitária, mas com "conservação", introduzindo elementos novos que convivem com os "clássicos".

E, como foi dito antes, é intrigante verificar a convivência, entre 1922 e 1925, de Paula Souza com este modelo, do qual tinha uma visão muito negativa. Talvez estivesse tentando criar bases políticas para superar aquela perspectiva que combatia. Mais adiante, principalmente no pós-30, há indícios de que Paula Souza não tinha a seu lado alguns dirigentes técnicos do Serviço Sanitário, que irão manter uma postura de resistência ao seu projeto. Entretanto, seria necessário registrar o que Paula Souza conseguiu implementar após 1925, para verificar com mais precisão essas linhas de confronto.

Em 1926 observa-se um crescimento real nas previsões de gastos com os serviços de Saúde Pública. De 21.354 U.M., no início da década de 20, passou-se para uma previsão de 39.446 U.M. em 1926 (Tabelas 4 e 7).

Esse crescimento ocorreu a partir do aumento da previsão de gastos com o conjunto dos serviços de saúde. A previsão para os serviços de ambulatorios permanentes recebeu um incremento de 100%, mas os dados para os serviços "clássicos" apontaram para um crescimento mais acentuado, pois seu montante alterou-se para pouco mais que o dobro no orçamento de 1926 (Tabelas 4 e 7).

Para o ano seguinte, 1927, o crescimento dos ambulatorios foi proporcionalmente maior, e os serviços "clássicos" praticamente estacionaram no mesmo nível de 1926. Para o fim do período, esta tendência manteve-se, mas com menor intensidade (Tabela 7).

Os ambulatorios, em 1926, tinham uma previsão orçada em 4.071 U.M. e, em 1930, esta previsão era de 7.755, enquanto os serviços "clássicos", em 1926, tinham uma previsão de 22.623 U.M. e em 1930 de 26.374 (Tabela 7).

O total de gastos previstos com a Saúde Pública sobre o orçamento geral do governo retornou ao patamar de 3,30% em 1927, que tinha sido o pico de previsão de gastos da fase anterior. Entretanto, no decorrer deste período houve uma queda nesse percentual, do mesmo modo que no momento anterior (Tabela 7).

O final da década mostrou um "congelamento" dos projetos de Paula Souza, e uma certa inflexão de suas estratégias. Haja vista que não ocorreu uma expansão significativa das instituições-chave do seu modelo técnico-assistencial, ou seja, os serviços que seriam responsáveis pela constituição de uma rede básica de ambulatorios gerais e permanentes de ações sanitárias, através da organização dos Centros de Saúde. Deve-se a estas características a denominação aqui empregada de "rede local permanente" dada a esse movimento.

Durante a fase de 1920 a 1930 não se chegou à produção de um novo modelo completo, acabado, pois o que aconteceu foi a coexistência de serviços de diferentes tipos, na mesma instituição, relativos às diretrizes das várias correntes e movimentos que disputavam o conteúdo das políticas, referentes aos adeptos dos movimentos "campanhista/policial", "campanhista/vertical permanente" e "rede local permanente", caracterizando o período como um processo de disputa que não se finaliza nesses anos.

1920/
1930

Há elementos para se pensar que no final da década um quarto movimento faz-se presente neste processo — é o “vertical permanentemente especializado”, o qual, devido à sua importância nas disputas das décadas seguintes, será tratado com maiores detalhes após a análise desse momento vivido pelo movimento “rede local permanente”.

A existência destas disputas entre os formuladores normalmente estava articulada aos momentos mais críticos dos projetos de políticas sociais e às situações sociais de mudança nas estratégias da relação entre o Estado e as classes sociais.

Quando Artur Neiva esteve na direção do processo de reforma, houve um crescimento importante nos gastos governamentais com o setor, o mesmo acontecendo durante a gestão de Paula Souza.

Em 1927, ascendeu à direção do Serviço Sanitário Estadual um técnico da própria instituição, Waldomiro de Oliveira. Este profissional carregava um projeto diferente em relação àqueles dos outros movimentos, particularmente ao de Paula Souza. Mais adiante ver-se-á que esse técnico era um dos críticos do movimento “rede local permanente” que defendeu a necessidade de se alterar a reforma de 1925, de acordo com o modelo do movimento “vertical permanentemente especializado”. Tudo indicava que as condições políticas que colocaram em cena aqueles sanitaristas, como Paula Souza, alteraram-se e, conseqüentemente, seus projetos sofreram inflexões. Novas articulações para as políticas sociais pareciam ser necessárias.

Para entrar mais a fundo na compreensão de um processo deste tipo, há que se procurar o esclarecimento da relação entre as forças políticas de uma determinada conjuntura social e os formuladores de políticas que assumiram um importante papel naqueles processos.

Com certeza, esses formuladores representaram interesses mais coletivos, que encontravam expressão em determinadas conjunções de forças sociais, que os projetaram como sujeitos políticos estratégicos, naqueles campos de atuação em que “militavam”.

Parece que em determinados momentos conjunturais há uma contemporaneidade entre formuladores estratégicos de projetos de reforma — que ocupam o papel de dirigentes institucionais — e a ocorrência de alterações mais significativas no sentido das políticas.

Não é o objetivo aqui e agora analisar esta conjuntura dentro

desta complexidade, pois o que interessa é captar os traços das principais heranças que este período deixa para a década seguinte, sob a ótica dos modelos em disputa. Portanto, com o retorno aos dados sobre o Serviço Sanitário Estadual na década de 20 serão delineados estes traços, cuja consolidação ocorre no seu final.

Os gastos previstos com os serviços que pudessem assemelhar-se a uma “rede básica” giravam, em 1920, em torno de 10% da previsão de gastos totais com a Saúde Pública, enquanto em 1927 os gastos previstos com esses mesmos serviços eram orçados em torno de 15% daquela previsão de gastos totais, e em 1930 eram de 16% (Tabelas 4 e 7).

Pode-se dizer que houve um tímido redirecionamento do modelo techno-assistencial. Entretanto, esse processo nem por isso deixou de ser significativo, mesmo não tendo se consolidado, nesse momento, como o projeto predominante.

A reforma de 1925 buscou constituir um modelo techno-assistencial baseado em uma racionalização burocrático-administrativa que deveria superar as duplicidades funcionais. Tarefa ingrata, como no caso da Delegacia de Saúde que deveria ter sido extinta, cedendo lugar à Inspetoria de Higiene dos Municípios. Entretanto, ela não foi eliminada, e até foi reforçada, em outros momentos, como se verá mais à frente.

As transformações racionalizadoras agregaram estruturas semelhantes no mesmo setor institucional, como fizeram com os órgãos de apoio técnico, além de terem diminuído o papel da diretoria do Serviço Sanitário. Previam uma descentralização executiva, através de uma ampla rede de serviços locais, baseada nos Centros de Saúde.

Mas mantiveram a mesma perspectiva que a reforma anterior, em relação ao gerenciamento do sistema de serviços, ou seja, fortaleceram a centralização burocrático-administrativa na esfera estadual. Aliás, isto é um fato curioso em relação aos principais sanitaristas da época, que, apesar de serem defensores da descentralização técnica e administrativa dos serviços, acabavam sempre defendendo a estadualização do processo de gerenciamento. Nos Congressos de Higiene usaram e abusaram de argumentos sobre a incompetência gerencial dos municípios, toda vez que era discutida a questão da municipalização dos serviços.

Esta reforma procurou alterar, também, a relação que se estabelecia entre os serviços privados e os gastos públicos, o que pode

ser mostrado através das previsões de gastos do item "Outros Serviços de Saúde". Em 1927, eles eram nitidamente menores que os previstos para a Saúde Pública (Tabela 7). A tendência anterior era inclusive oposta, pois aquele item às vezes chegava a ser maior que este último, sendo exatamente o que ocorreu entre os anos de 1921 a 1925 (Tabela 4).

Após a saída de Paula Souza pode-se ver que este item vai retornando ao padrão anterior. O seu sucessor, Waldomiro de Oliveira, era adepto de uma concepção que advogava a atuação da Saúde Pública no campo da Assistência Social, considerando que o "combate à pobreza e aos pobres" era uma das mais eficientes medidas sanitárias, e preconizava uma atuação específica do poder público no campo do assistencialismo social. Esta linha avança a ponto de, em 1930, aquele item voltar a ser significativo nas previsões totais de gastos, e ser responsável por um gasto de 43.488 U.M., quando o total de despesas com os serviços de Saúde Pública era de 47.383 U.M. (Tabela 7).

Isto estava também ligado a uma estratégia quanto à forma da relação entre o setor público e o setor privado, e implicava práticas de custeio e/ou financiamento das ações de saúde do setor privado com recursos públicos. Dados do censo hospitalar de 1935 evidenciam os caminhos desse processo, mostrando que o número de leitos hospitalares crescia graças a esses repasses públicos para o setor privado filantrópico¹¹.

Tento em vista o projeto da reforma de 1925, vários foram os documentos que Paula Souza produziu entre 1922 e 1925, mas dentre eles destaca-se o relatório de 1922, quando assumiu a direção do Serviço Sanitário Estadual, apresentado ao Secretário do Interior. Neste relatório não só voltou a elaborar as críticas que vinha realizando sobre os serviços de Saúde Pública do estado de São Paulo, como também expôs a base de sua doutrina sobre os serviços e os problemas de Saúde Pública.

É bem conhecido o papel de Paula Souza para o desenvolvimento da Saúde Pública de São Paulo. Muitos são os estudos realizados sobre isto, e o próprio autor deste trabalho já realizou algo nesta direção¹².

¹¹ Conforme Censo Hospitalar de 1935, publicado pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, em 1936.

¹² Merhy, E. E. *O capitalismo e a saúde pública*. Op. cit.

Como foi dito, o relatório de 1922 é um bom guia para entender as estratégias e doutrinas utilizadas por Paula Souza, no seu projeto de reforma. O estudo deste autor já havia destacado o seguinte¹³:

No entanto, constata-se, a partir de 1922, tentativas importantes para a mudança dos rumos e da estruturação dos serviços de saúde pública no Estado de São Paulo.

Este processo não se observa só em São Paulo, já que no plano federal, em 1923, sob orientação de Carlos Chagas, verifica-se uma reforma administrativa nos Serviços de Saúde Pública. Neste mesmo ano ocorre o I Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, presidido, também, por Carlos Chagas(...)

Nesse Congresso é bem ilustrativa a participação de Geraldo Horácio de Paula Souza. Como representante da Fundação Rockefeller, apregoa a necessidade de se modificarem os princípios da Saúde Pública brasileira, tomando-se como exemplo as ações da referida Fundação(...)

Este médico sanitaria traz de sua formação na Universidade "Johns Hopkins" a perspectiva de que a Saúde Pública moderna, (...) deve estar firmada tanto na Administração Pública cientificamente fundamentada, quanto na Educação Sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias.

Quando assumiu o Serviço Sanitário estadual, (...) elaborou um relatório, no qual deixa bem claro os princípios que procura introduzir para nortear o processo de reformulação das práticas sanitárias em São Paulo. Neste relatório afirma: "(...) que qualquer reforma necessita de estudo minudente dos serviços da repartição (...) antes de ocorrer a necessidade de modernizar a repartição; a necessidade de integrar o serviço com a Faculdade de Medicina para correspondência técnica e atualidade científica; que deve se evitar o empirismo e favorecer a formação dos funcionários, inclusive no estrangeiro; que os serviços novos devem ser instituídos em pequena escala e só quando houver orçamento para tanto; a absorção dos postos da 'Rockefeller Foundation' mas sem hostilizá-la; a unidade de direção no combate às endemias; condensação e reorganização dos laboratórios; necessidade de criar novo Hospital de Isolamento e um

¹³ Merhy, E. E. *O capitalismo e a saúde pública*. Op. cit., p. 93.

curso de enfermarias; instituir um Conselho Sanitário; melhor dotação orçamentária para a Saúde Pública; reação energética contra varíola e a febre tifóide”.

(...) [advoga] (...) para a Saúde Pública uma medicina social, de ação promotora e protetora da saúde, na qual pretende-se que a atuação criadora de uma consciência sanitária nos indivíduos, aliada ao saneamento ambiental, é que irá possibilitar a plena saúde.

(...) a Saúde Pública se exerce por ações permanentes de Educação Sanitária, preferentemente realizadas em unidades locais, que se constituíram nos Centros de Saúde; do médico a visitadora com o objetivo de promover e proteger a saúde, utilizando-se, também, dos métodos (...) fornecidos pela medicina e pela engenharia sanitária.

Apesar desta longa citação, fica exposto com clareza o que se pretende dizer, ou seja, quais eram as estratégias e doutrinas adotadas por Paula Souza para a reforma de 1925. Contrapôs-se, através delas, aqueles movimentos que se baseavam exclusivamente no combate aos problemas de Saúde Pública entendidos como uma questão de polícia e campanha sanitária. Superava, também, os que tendiam a ver no meio rural o nosso grande “calcanhar de Aquiles”, assumindo que a vida moderna, urbana, era o nosso principal objeto, por ter consequências trágicas para a nossa sociedade em termos do processo saúde/doença. Criticava, assim, os modelos do “vertical permanente especializado”, os do “campanhista/vertical permanente” e os do “campanhista/policial”.

Apontou o atraso em que nos encontrávamos em relação à aplicação da ciência, em particular a Higiene, para a melhoria das condições de vida das pessoas. Ressaltou as experiências dos serviços de Saúde Pública em outros países, em particular nos EUA.

As idéias de que os serviços deveriam ser especializados, para combater grandes endemias e/ou epidemias, e de que a ancilostomose era “o” problema de saúde, em função de uma visão do “Jeca Tatu” como entrave do desenvolvimento, Paula Souza opõe uma visão mais unicista do processo saúde/doença e uma concepção mais racionalizadora da organização dos serviços, pregando os serviços únicos de Saúde Pública. Procurou modificar o Código

Sanitário herdado de 1918, e suas tentativas concentraram-se nas alterações mais importantes para a organização dos serviços dentro do molde da concepção “médico-sanitária”.

Por isto, reviu os pontos que tomavam a questão da desinfecção terminal como processo já superado pela “saúde pública cientificamente fundamentada”, como dizia Borges Vieira em um artigo no Boletim do Instituto de Higiene¹⁴. Além disso, reforçou, na reforma do Código, todas as dimensões dos artigos que implicavam atividades de educação sanitária, diminuindo a importância da polícia sanitária. Mesmo assim, o Código não foi reorganizado globalmente, sobrevivendo com sua estrutura básica de 1918 até a década de 60, quando foi substituído por um outro.

Estas ações no campo da Saúde Pública, na busca de novos modelos técnico-assistenciais, estavam de acordo com as características do momento histórico vivido pela República. Este período foi marcado pela tentativa reformadora das instituições da República Velha, a fim de que os processos sociais que apontavam a necessidade de uma nova organização social fossem assimilados dentro do processo institucional do regime. Nesta dinâmica, destaca-se como dirigente político das oligarquias Washington Luís.

Como Altino Arantes, era da segunda geração dos dirigentes do PRP. Tinha uma atuação marcante nas esferas estadual e federal, e tornou-se o último presidente da República Velha. Foi prefeito da Capital de São Paulo, quando Altino Arantes era o governador do estado, sendo seu sucessor no governo do estado de São Paulo, partindo daí a ocupar a Presidência da nação. Dirigiu a política paulista nesta fase, tendo como adversários, além do grupo ligado a Altino Arantes — que se manteve sempre vinculado ao PRP, mesmo após 1930 —, os setores da oligarquia paulista que formaram o Partido Democrático, em 1926. Acabou por tornar-se o principal dirigente das oligarquias durante a década de 20, e respondeu pelo processo de transformação social exigido pela crise econômica e social naquele momento, porém dentro dos limites da legalidade e legitimidade da República Velha.

Mas, como os marcos desta crise iam além das meras reformas no interior de instituições oligárquicas, foi superado no processo

¹⁴ O Instituto desde o seu início tem uma produção de artigos através de seus Boletins, que duraram de 1919 a 1946. No seu número 14, de 1923, publicou o artigo “Valor da desinfecção para a profilaxia”, de Borges Vieira.

histórico pela atuação de outros sujeitos políticos, presentes nessa conjuntura, e que apontaram para uma outra forma de organização social. Washington Luís fez seu sucessor no Estado, mas isto não ocorreu sem trauma para a oligarquia paulista. Tive de se confrontar com o grupo de Lacerda Franco, que, ao perder a indicação de seu candidato — o senador Alvaro de Carvalho — para o de W. Luís — Carlos de Campos —, aliou-se a outros setores da oposição e fez parte da formação do PD (Partido Democrático), que recebeu o apoio de vários setores da oligarquia, aí incluídos os Mesquitas do jornal *O Estado de S. Paulo*.

Apesar de tudo isto, o governo de Washington Luís promoveu significativas alterações na natureza de algumas políticas governamentais como, por exemplo, a consolidação do sistema ferroviário em direção ao Paraná, com a Estrada de Ferro Sorocabana. Este processo de reformas atingiu profundamente a Secretaria do Interior, a partir de 1924, quando era secretário José Manoel Alvares Lobo. Em dezembro de 1924 o Congresso Estadual aprovou uma lei que autorizava a reorganização daquela Secretaria.

O projeto original de reforma do Serviço Sanitário Estadual sofreu alterações significativas na fase de discussão com o Legislativo, acabou sendo aprovado apenas em dezembro de 1925. O projeto original, que previa a construção de vários Centros de Saúde, foi alterado para que se implantasse apenas um.

Em que pese o fato de não ter se concretizado como previsto no original, foram criadas várias instituições novas, como já foi visto, que marcarão o futuro da organização dos serviços de Saúde Pública em São Paulo. Em particular, destaca-se a oficialização do Instituto de Higiene em 1924, e a criação do primeiro Centro de Saúde do país, em 1925.

Com tudo isto, e apesar de todos os confrontos, este novo movimento fez-se definitivamente presente no cenário que definiu os rumos das políticas de Saúde Pública, dos futuros governos paulistas, e foi um dos referenciais na definição dos novos caminhos, mesmo que isto tenha acontecido por oposição.

Com o final do governo de Carlos de Campos¹⁵, Paula Souza

¹⁵ Carlos de Campos morreu antes do fim de seu mandato; em seu lugar assumiu Antônio Dino da Costa Bueno, que ficou de 23.4.27 a 13.7.27, até a sucessão do governador que faleceu.

voltou para o Instituto de Higiene, em 1927. Assumiu a direção do Serviço Sanitário Waldomiro de Oliveira, que ficou neste cargo todo o período da gestão do governador Júlio Prestes de Albuquerque. Este político tinha sido um representante de Washington Luís no PRP, e acabou sendo o último candidato¹⁶ deste partido a disputar a Presidência da República no período da República Velha.

Na prática, durante a gestão de Waldomiro de Oliveira — de 1927 a 1930 — houve um corte no processo de crescimento relativo dos serviços de Saúde Pública, não dando continuidade ao processo de sua reorganização. Apesar de apresentar aumento absoluto, relativamente a fase anterior, a porcentagem de previsão de gastos governamentais com a Saúde Pública caiu (Tabela 7). Além disso, as previsões de gastos com outros serviços de saúde foram retornando a níveis anteriores aos do período de Paula Souza, como já ressaltado atrás.

O diretor Waldomiro de Oliveira era o responsável pela Inspeção de Educação Sanitária e do Centro de Saúde, na época de Paula Souza, tendo também uma passagem junto aos serviços de combate à lepra. Tudo indicava que ele não era um seguidor incondicional de Paula Souza, como o foi, por exemplo, Borges Vieira. Aliás, as suas participações nos Congressos de Higiene da época mostraram que era muito mais um adepto das alternativas tecnocráticas¹⁷ que se identificavam com o movimento "ver-tical permanentemente especializado".

Entretanto, essa situação de confronto expressou de maneira evidente na década seguinte, quando as disputas se deram no interior das instituições de serviços, e quando o processo de reformulação nos rumos das políticas públicas foi mais veemente.

Porém, neste momento já eram de conhecimento do meio científico da área os embates que ocorriam entre os diferentes movimentos, retomados na década seguinte. Há a vista que, no V Congresso Brasileiro de Higiene, a presença de Waldomiro de Oliveira foi marcada por intervenções que se opuseram explicitamente às estratégias do movimento "rede local permanente".

¹⁶ Sai do governo para disputar a eleição e em seu lugar fica Heitor Pentecoste, de 20.2.30 a 24.10.30. W. de Oliveira continua no cargo.

¹⁷ Veja no item seguinte deste capítulo, quando serão expostas algumas intervenções de sanitaristas nos Congressos.

Os registros da época mostram que os sanitaristas ligados às estratégias de ação do movimento "rede local permanente" reclamavam muito do retrocesso na forma de organização dos serviços de Saúde Pública, com o abandono do espírito da reforma de 1925. Isto estava presente nos artigos que foram produzidos pelos professores e pesquisadores do Instituto de Higiene de São Paulo, e pelos representantes dos organismos internacionais como a Fundação Rockefeller, e ainda nas intervenções de vários sanitaristas nos fóruns nacionais como os Congressos Brasileiros de Higiene.

Assim, por todas as razões acima assinaladas, vale a pena dar destaque a esses embates, particularmente o que ocorreu no interior do V Congresso Brasileiro de Higiene, para que fique conhecido o teor dos confrontos que ocorriam entre os movimentos em torno da definição das estratégias e das políticas de Saúde Pública em São Paulo, e no Brasil.

3. OS DEBATES DO FINAL DA DÉCADA DE 1920: O V CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE

Considera-se que um dos momentos importantes para se entender o que estava sendo debatido no campo da Saúde Pública nessa época foi o do V Congresso Brasileiro de Higiene, em 1929, na cidade de Recife.

Unidos os seus dados com as informações até agora acumuladas pela análise das políticas governamentais paulistas, pode-se reconstituir razoavelmente aquele panorama, mesmo que nem todos os movimentos até agora detectados tenham aparecido explicitamente naquele congresso.

Relembre-se que já tinha sido detectada a presença de vários movimentos, como o "campanhista/policial" e o "campanhista/vertical permanente", entre outros, durante esse período; mas foi, efetivamente, no confronto entre o "vertical permanente especializado" e o "rede local permanente" que ocorreram as principais disputas pela política de Saúde Pública em São Paulo no final da década, e por toda a transição, de 1930 a 1937.

Isso fica mais claro se forem mais bem exploradas as propostas relativas à constituição dos serviços de Saúde Pública que se expressaram naquele evento.

Os congressos foram organizados pela Sociedade Brasileira de

Higiene (SBH), fundada em 1923, sob a presidência de Carlos Chagas, na época diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública. A partir de então, a SBH funcionou regularmente até 1930, tendo realizado, durante este período, cinco congressos e mantendo uma publicação regular, o *Arquivo de Higiene*.

Todo este processo foi, principalmente, fruto da atuação dos sanitaristas brasileiros que trabalhavam nas instituições governamentais, e que tinham vínculos prioritários com a escola americana de Saúde Pública.

A Sociedade Brasileira de Higiene foi estruturada a partir de uma estratégia política que procurava, essencialmente, viabilizar uma organização nacional dos médicos que atuavam no campo da Saúde Pública no Brasil. Esta estratégia tinha entre seus objetivos não só permitir a abertura de um campo de debate científico entre os grupos que existiam na área, mas também possibilitar o aumento do poder de influência dos médicos-sanitaristas nas definições das políticas públicas do setor¹⁸.

Os principais dirigentes desta entidade sempre tiveram vínculos com os órgãos governamentais, e sempre procuraram usar o espaço dos congressos para difundir as diretrizes das políticas governamentais a que estavam ligados.

Em alguns momentos, percebem-se situações de confronto entre correntes e movimentos que se distinguiam quanto às perspectivas tecnológicas e assistenciais preconizadas para o setor de Saúde Pública. Por vezes tomavam como ponto central dos embates as diferentes estratégias políticas que adotavam em relação ao poder dirigente da sociedade brasileira, visando à constituição de uma determinada política de saúde.

Rastreando este processo no interior da SBH, foi possível reproduzir alguns projetos formulados no período pelos médicos-sanitaristas, os agentes mais estratégicos para a definição dos contornos que as políticas de Saúde Pública poderiam adotar naquela época.

Dentro de todo este processo, o V Congresso tornou-se um momento privilegiado porque ocorreu no final desse período, após a realização dos outros quatro, no correr da década. Considera-se que o acompanhamento destas discussões esclarece os principais

¹⁸ Veja discurso de Carlos Chagas na sessão inaugural da SBH em 1923.

pontos dos diferentes projetos de políticas de Saúde Pública que apareceram no âmbito dos governos paulistas, desde a reforma de 1918.

Em outubro de 1923 ocorreu o I Congresso Brasileiro de Higiene, no Rio de Janeiro. A presença de dirigentes do porte de Clementino Fraga, Carlos Chagas, Barros Barreto, Paula Souza, entre outros, foi marcante para se delinear uma defesa dos projetos para a área de Saúde Pública que vinham sendo veiculados pela Fundação Rockefeller, e sustentados pela Universidade de Baltimore.

Da parte de Clementino Fraga houve a defesa da necessidade de se formar o Ministério da Saúde Pública, de se transformar o curso de Microbiologia de Manguinhos em curso de Higiene e de se montar uma Escola de Saúde Pública, posição defendida por Carlos Chagas.

Apesar de a direção do processo ter ficado com os médicos, os engenheiros sanitários tiveram um papel relevante, até porque a maior parte dos temas referia-se a problemas do espaço urbano. Mesmo assim, o congresso refletiu o predomínio de projetos da corrente "médico-sanitária", sendo dirigido pelos médicos sanitários, adeptos desta corrente.

Conforme suas propostas mais gerais, os problemas encarados como pertinentes à Saúde Pública deveriam ser equacionados através de uma organização eficiente dos serviços. Imperaram as estratégias que levantavam as questões administrativas. Houve nítido predomínio dos sanitaristas da corrente "médico-sanitária", que até chegaram a realizar sérias críticas aos adeptos de outras correntes por eles denominados "antiamericanas" e "ruralistas" — como aconteceu no próprio discurso de abertura feito por Carlos Chagas.

Paula Souza defendeu a Fundação Rockefeller e explicitou o seu projeto de organização dos serviços, a partir da formação de uma rede básica de postos de Saúde Pública que funcionassem como um serviço integral de ações sanitárias, e que se localizassem permanentemente nos municípios, com áreas de abrangência definidas.

Nos anos seguintes ocorreram os outros Congressos, em 1924 ocorreu o II, em 1926 o III e em 1928 o IV; finalmente, o último Congresso — o V — ocorreu, em 1929, em Recife. Vários foram os temas abordados neste encontro, tais como: Águas de esgoto e

águas residuárias industriais; Natimortalidade e mortalidade infantil; Técnicas de laboratório em Saúde Pública; Incidência de malária e Estudos das disenterias no Brasil.

Além destes, e com um certo destaque, um dos temas mais enfatizados neste encontro era o que abordava a questão "Os tipos de organizações sanitárias". Os trabalhos apresentados por Ernâni Agrícola e Waldomiro de Oliveira foram bem representativos das diferenças que se expressaram neste Congresso, sobre este tema.

Uma outra questão que chamou a atenção neste evento tratava da construção de um Ministério específico para a Saúde Pública. E aqui, também, pelo menos duas posições fizeram-se presentes, uma defendida por Antônio Luís C. A. de Barros Barreto e outra por Xavier de Oliveira.

Quando expôs o seu trabalho, Ernâni Agrícola defendeu toda uma concepção do campo da Saúde Pública, presente na fala de vários sanitaristas. Compartilhavam dessa sua visão o secretário-geral do Congresso, J. de Barros Barreto — sanitarista do Departamento Nacional de Saúde Pública —, e o grupo de Paula Souza.

Uma questão que marcava a diferença essencial entre as posições de Ernâni Agrícola e de Waldomiro de Oliveira era a que se referia à concepção de Centro de Saúde e ao papel das unidades especializadas. Na realidade, expressava as diferenças de fundo entre suas concepções técnico-assistenciais quanto ao campo de atuação da Saúde Pública.

O primeiro colocava-se na perspectiva de que o Centro de Saúde definia-se como uma unidade integral de ações sanitárias, enquanto o segundo concebia-o como uma unidade especializada em ações de higiene e educação sanitária.

A partir disto, as possibilidades para conceber a organização de redes de serviços eram bem distintas. A idéia de construir uma ampla "rede básica" descentralizada, localizada nos municípios e estruturada conforme os princípios da regionalização, hierarquização e descentralização, era a marca original e presente dos adeptos da visão de Ernâni Agrícola.

Os centros de saúde e postos de higiene são unidades sanitárias que correspondem satisfatoriamente às necessidades modernas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos trabalhos de saúde pública(...)

Os centros de saúde ou postos de hygiene(...)Funcionam em

áreas determinadas(...) São instituições estaduais e, como melhor convem ao nosso meio e a prática nos indica.

O Regulamento de Saúde definiu os Postos de Higiene como sendo "órgãos directores de todos os serviços de saúde dentro dos respectivos municípios" e os centros de saúde "organizações sanitárias mais amplas, funcionando como órgão director de todos os serviços de saúde pública dentro da sua circumscrição"¹⁹.

Já os serviços organizados a partir dos conceitos de Waldomiro de Oliveira aproximavam-se muito dos projetos que pregavam a construção de serviços verticais especializados e permanentes, com autonomia administrativa e técnica, e que contivessem, em função de um determinado problema de Saúde Pública, órgãos estruturados para realizar as mais variadas atividades sanitárias, desde as ações tradicionais até as atividades médicas e educativas dos mais variados tipos, conforme o conhecimento epidemiológico clássico do problema em si.

Consta ser exatamente isto que, no final da gestão de Waldomiro de Oliveira, estava sendo implantado na Inspeção de Profilaxia da Lepra, e na Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde.

Em qualquer que seja a organização, é indispensável à sua eficiência, a especialização das funções, seja qual for o serviço. Attendendo a esse ponto de vista, os trabalhos se agrupariam da seguinte maneira, conforme se vê do gráfico: Educação Sanitária, Bioestatística, Laboratórios de Saúde Pública, Profilaxia de Molestias Infecciosas, Engenharia Sanitária, Profilaxia Rural, Profilaxia da Lepra, Profilaxia da Syphilis, Higiene Infantil, Higiene Industrial, Profilaxia da Tuberculose, Alimentação Pública, Exercício de Profissões Médicas e Paramédicas(...)

Denominamos Centro de Saúde uma organização destinada a operar em zona de limites determinados, com atribuições de: a) cooperar em benefício da profilaxia geral(...); principalmente através da instrução e educação sanitárias; b) fazer e auxiliar investigações de interesse sanitário e social(...); c) procurar

uniformizar, orientar e incrementar(...).)o esforço público e privado em benefício da salubridade pública; d) visar sobretudo a defesa da saúde da creança e contribuir para a formação da "consciência sanitária"(...)

Destina-se elle a operar em zona limitada(...).) não pretende(mos) que os centros de saúde substituam aparelhos específicos e específicos da saúde pública. Não é este seu fim. A finalidade é auxiliar e cooperar com todos elles, fazendo educação sanitária geral ou especial(...)²⁰

Porém, em ambos os movimentos — "rede local permanente" e "vertical permanente especializado" — havia uma perspectiva de construção de serviços permanentes de Saúde Pública, nitidamente distintos dos serviços exclusivamente médico-assistenciais de cunho individual e curativo. Para caracterizar estas diferenças, recorriam às noções de ações médicas e ações sanitárias, distinção que partia da premissa de que a primeira era uma atividade curativa cujo sentido prendia-se à possibilidade de intervir no momento da doença e que, portanto, não contribuía, por si, para a promoção e proteção da saúde, a menos que fizesse parte de um programa completo de ações sanitárias. Mas, apesar de fazerem idêntica distinção, não advogavam as mesmas idéias quando pensavam a organização tecnológica e assistencial das ações.

Uma análise do relatório apresentado por Ernâni Agrícola, como parte do artigo supracitado²¹, possibilita uma visualização mais apurada da dinâmica de funcionamento dos serviços considerados fundamentais no seu modelo, ou seja, o Centro de Saúde. Essas unidades seriam formadas por uma equipe composta por: médicos (sanitaristas e consultantes), escreventes, microscopistas e auxiliares de laboratório, enfermeiras, fiscais, guardas sanitários e serventes. As áreas de atuação seriam: Propaganda e Educação Sanitária, Saneamento, Higiene Escolar, Laboratório, Dispensário, Serviço de Enfermeira Visitadora, Epidemiologia, Serviço de Extinção de Focos, Polícia Sanitária, Higiene Profissional, Inspeções de Saúde e Atividades Administrativas.

Cada área seria composta por um elenco de atividades, que não

¹⁹ Agrícola, E. Centros de Saúde e Postos de Higiene no Estado de Minas Geraes. *Anais do Quinto Congresso Brasileiro de Higiene*, vol. II, p. 19-25.

²⁰ Oliveira, W. Problema de Saúde Pública. *Op. cit.*, vol. I, p. 131-140.

²¹ Agrícola, E. Centros de Saúde e Postos de Higiene no Estado de Minas Geraes. *Op. cit.*, p. 34-39.

seriam necessariamente parte do elenco de todos os Centros de Saúde ou Postos de Higiene. Mas, o princípio da unidade integral de Saúde Pública era uma ideia central que estava por trás da concepção de organização institucional destes serviços. Adotava-se até o princípio de que só se poderiam realizar atividades médicas que estivessem ligadas a uma ação de prevenção. Apenas assim elas eram justificadas.

Não é por acaso que no elenco das ações as intervenções médicas só aparecem em casos de doenças infecto-contagiosas, junto com as atividades educativas e nos exames inseridos em uma programação de higiene específica como, por exemplo, pré-natal, puericultura, exames periódicos de funcionários e outros.

Dentro desta concepção, só eram problemas de Saúde Pública as doenças que se associavam, conforme o conhecimento da época, à presença dos agentes etiológicos externos, mesmo que, em última instância, a "consciência sanitária" fosse considerada como um fator determinante da existência do processo coletivo da saúde e da doença.

Assim, tomavam emprestado da concepção "bacteriológica" a noção de causa externa das doenças que tinham significado sanitário, mas introduziam novos elementos, como a "consciência sanitária", para consagrar o processo de determinação social da saúde e da doença²², no qual as ações de educação sanitária tinham lugar de destaque como meio de prevenção, devido ao papel determinante que a ausência da "consciência sanitária" teria no desencadear do processo patológico. Formavam-se assim as ideias básicas do movimento "rede local permanente" — a partir da corrente "médico-sanitária" — enquanto modelo tecno-assistencial das ações coletivas de saúde.

Consultado o texto de Waldomiro de Oliveira²³, vê-se que não é outra a sua concepção sobre o processo de saúde e doença, mas, ao procurar verificar a conformação das ações sanitárias como serviços, percebe-se que projeta uma outra organização institucional. Vía a educação como presente em todas as ações de Saúde Pública, mas tomava o Centro de Saúde como o lugar especializado para a

realização global dessa atividade: Considerava cada problema de Saúde Pública como alvo de um serviço especializado em sua resolução, devido ao papel fundamental da causa específica do processo saúde/doença. Acabava, então, por valorizar neste processo a especificidade da causa externa, diferentemente da outra concepção, que considerava os problemas de Saúde Pública como consequência de uma base comum entre as várias causas. Assim, diante de um problema coletivo de saúde procurava evidenciar as suas particularidades enquanto fenômeno epidemiológico.

Os "vertical permanente especializado" abriam-se para uma concepção dos serviços especializados como os mais adequados em termos de modelo tecno-assistencial e das ações sanitárias. Partem de uma postura mista quanto à contribuição "bacteriológica" e à "médico-sanitária", para o entendimento do processo da saúde e da doença, como o melhor caminho para se conceber as ações de Saúde Pública.

A necessidade de serviços de saúde complexos e específicos era justificada tanto pela própria complexidade de determinados problemas de saúde quanto pela complexificação da divisão do trabalho, considerada como um aprimoramento do controle que o homem tinha sobre o mundo.

Quando falava da Profilaxia das Moléstias Infecciosas, comparava o serviço a uma organização do tipo Corpo de Bombeiros, que atendia a qualquer hora e servia para apagar os incêndios, de acordo com um modelo verticalizado de organização²⁴. O que ele propunha era uma estrutura que tinha vida própria, e que podia ser acionada para realizar as atividades de vigilância epidemiológica, à parte dos serviços locais, como os Postos.

É interessante no seu texto a ênfase que dá à educação física como fator de vitalidade, pois "(...) *aformosea, fortifica e disciplina o carácter e o corpo, dirige a população para as diversões sãs* (...) "²⁵, espelhando um ideal racial de saúde, que estará presente em várias correntes nacionalistas e eugenistas, na década seguinte.

No seu projeto, os profissionais moldavam-se pelas suas especialidades em função da finalidade do serviço em que estavam inseridos, e acabava por considerar o sanitarista como um especialista, que tinha grande proximidade com as ações que se

²² Para entender melhor estas questões consultar Merhy, E. E. *O capitalismo e a saúde pública*. Op. cit.

²³ Oliveira, W. *Problema de Saúde Pública*. Op. cit.

²⁴ *Idem*. *Idem*, p. 142.

²⁵ *Idem*. *Idem*, p. 140.

dirigiam, preferencialmente, para a criança, representante do momento da vida no qual se fortalecia o caráter. Os serviços acabavam valorizando o perfil médico dos profissionais que se adaptavam aos seus objetivos.

Além deste pano de fundo, que aborda os modelos de organização dos serviços de Saúde Pública, que emolduravam algumas disputas quanto ao rumo das políticas governamentais da época, foi encontrada uma outra discussão, não menos interessante, sobre a organização institucional dos serviços de Saúde Pública, dentro das estruturas de governos.

Esta discussão refere-se à organização de ministérios e secretarias, em nível nacional e estadual, enquanto estruturas governamentais específicas e autônomas para tratar dos problemas de saúde coletiva. É interessante verificar que logo após a revolução de 30 formou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública e a Secretaria Estadual de Educação e Saúde Pública, em São Paulo.

O trabalho de Antônio Luís C. A. de Barros Barreto, "Como organizar o Ministério da Saúde e Assistência Pública no Brasil"²⁶, foi um marco nesta discussão, por ser fruto de um processo que se alongou por toda a década, e por ter definido os principais parâmetros para este tipo de temática.

Lembrou, neste trabalho, que na Bahia — Estado da Federação do qual era originário e onde exercia a direção da Secretaria de Estado da Saúde e Assistência Pública — grandes foram os benefícios advindos da organização daquele órgão técnico, conforme suas palavras. Depois de nomear sua autoridade para falar deste tema, citou criticamente um dos candidatos à Presidência — Getúlio Vargas — porque este propunha a formação de um "Ministerio da Saude Publica e Instrução". Ao criticar essa junção, mencionou que para a "...*hegemonia de nossa raça, assumem, na hora presente, feição de muito maior gravidade, que os da Instrução(...)*" os graves problemas sanitários nacionais, e que isso envolvia as "...*características eugênicas das gerações providouras*".

Apontou, como reforço para seus argumentos, que o saneamento era fundamental, pois as crianças anemiadas pela helmintose e

embrutecidas pela malária não tinham condições orgânicas para a aprendizagem do ABC, o que, portanto, implicaria ações que inicialmente restabelecessem a saúde, para que depois se pudesse atuar na Educação.

Para quem se dizia discípulo da Escola Americana o argumento era, aparentemente, paradoxal, pois parece que as ideias dos movimentos a ela filiados, sensibilizados pelo projeto da educação sanitária, proporiãem que Instrução e Saúde fossem inseparáveis. Mas, de fato, Antônio Luís de Barros Barreto partia do princípio de que a organização de um órgão próprio para a Saúde Pública por si só garantiria a prioridade governamental para este setor de políticas públicas. Doce ilusão, desmontada pelos anos.

Em sua visão, era necessário constituir uma ação nacional que implicasse a criação de algo como uma Política Nacional de Saúde Pública. Para ele, os dirigentes naturais desta política seriam os médicos-sanitaristas, entendidos como os profissionais aptos a exercer a direção dos organismos federais do setor. Este organismo, enfim, deveria ser neutro politicamente e a ele os sanitaristas deveriam dedicar-se com exclusividade.

Com estas descrições dos debates travados no interior do V Congresso, e com as outras informações obtidas através do material concernente às políticas governamentais em São Paulo, para o período da década de 20, foi possível montar o cenário que os governos paulistas encontraram no pós-30 no que se referia aos projetos de políticas de Saúde Pública.

Assim sendo, agora é possível passar para o período seguinte, em que teve continuidade a referida disputa quanto à conformação das políticas governamentais em São Paulo. Parte-se da hipótese de que esse processo finaliza-se até 1937, como um processo de transição. Além disso, foi quando o processo social de transição para uma nova forma de relação entre o Estado e a sociedade brasileira superou a fase da República Velha.

²⁶ Barros Barreto, A. L. C. A. Como organizar o Ministério da Saúde e Assistência Pública no Brasil. *Anais do Quinto Congresso Brasileiro de Higiene*, vol. II, p. 63-85.