

IN MERRY, E. E.

A SAÚDE PÚBLICA COMO
POLÍTICA. UM ESTUDO
DOS FORMULADORES DE
POLÍTICAS

São Paulo: Editora Hucitec,
1992.

A CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL DAS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS DE 1930 A 1937: OS MOVIMENTOS E SUAS DISPUTAS

Após a revolução de outubro, a organização institucional dos estados da Federação sofreu grandes alterações. Os novos dirigentes do processo político recriaram as regras do jogo entre as principais forças dominantes. Os governos executivos estaduais sofreram intervenção federal, e a composição dos grupos dirigentes locais foi transformada, mantendo, porém, profundas marcas regionais.

No estado de São Paulo, esse processo de transição política, que marcou a organização social dos períodos seguintes, trouxe a presença das forças oligárquicas paulistas e dos tenentes na disputa da direção do processo de transição social. Os setores subalternos — proletariado urbano e segmentos das classes médias — fizeram-se presentes no cenário político nesta situação conjuntural particular, na qual se definiram as ações da Aliança Nacional Libertadora — ANL — que se tornou, durante toda esta fase, a grande personagem da presença dos dominados como força política, em busca de um projeto de sociedade que se diferenciasse daqueles dos dominantes ou dirigentes tradicionais.

Com a presença do primeiro interventor, já era possível perceber que as articulações políticas no Estado passariam pelas disputas entre as varias frações da oligarquia paulista, e quais seriam as alianças que elas estabeleceriam com os diferentes grupos oriundos do movimento tenentista.

Nos "vaivéns" da direção do executivo estadual foram sendo forjadas as políticas públicas do período.

Do mesmo modo feito anteriormente, foi possível seguir o trajeto destas políticas para o setor da Saúde Pública, através do conjunto de informações burocrático-administrativas, orçamentárias e ins-

titucional-legais, como indícios para captar os modelos tecnológicos assistenciais que se projetavam para as políticas governamentais do setor.

As rupturas deste processo foram mais complexas que na fase anterior, pois a instabilidade dos executivos estaduais no período de transição foi muito maior. Só nos primeiros três anos, houve troca de mais de quatro interventores estaduais, que por sua vez trocaram várias vezes os dirigentes responsáveis pela condução do aparato vinculado à Saúde Pública.

Logo após a destituição de Washington Luis houve uma disputa entre setores tenentistas e os partidários do Partido Democrático paulista (PD), pela interventoria. Inicialmente, os membros do PD conseguiram colocar José Maria Whitaker como interventor no Estado, como membro de uma junta governamental, da qual também participava Plínio Barreto¹. Essa experiência durou um mês, pois rapidamente o interventor do movimento tenentista assumiu. O representante dos tenentes no executivo estadual foi João Alberto Lins de Barros. O movimento dos tenentes considerava fundamental para o êxito da revolução a desmontagem das estruturas político-institucionais que a oligarquia paulista havia montado na República Velha.

Após a chegada do interventor tenentista, parte dos membros do PD foi compor o grupo ministerial do governo federal como, por exemplo, José Maria Whitaker, que ocupou o Ministério da Fazenda.

João Alberto foi mantido por oito meses na chefia do executivo estadual, e durante esse tempo provocou algumas alterações significativas nas relações entre as forças políticas dirigentes da região. Além disso, disputou com outras composições tenentistas a direção deste movimento. Além dele, entrou nesta disputa do processo político em São Paulo o tenentista Miguel Costa.

Para o setor da Saúde Pública, seu governo foi marcante, pois com ele voltou a São Paulo a figura de Artur Neiva, como secretário do Interior. Enquanto exerceu a direção desta Secretaria, Francisco Sales Gomes Jr., médico, hansenólogo e antigo diretor da

¹ Esta junta governamental foi escolhida para ocupar a direção do executivo estadual, enquanto o interventor João Alberto, já nomeado, não assumia. Tentou ficar na direção da interventoria, mas não conseguiu. Na época Whitaker era o secretário da Fazenda, e Barreto o da Justiça.

Inspetoria de Profilaxia de Moléstias Infecciosas, foi diretor do Serviço Sanitário.

Após o histórico rompimento do interventor com os partidários do PD, em março de 1931, assumiu a Secretaria do Interior Augusto Meirelles Reis Filho, e a diretoria do Serviço Sanitário Estadual o sanitarista João de Barros Barreto, ligado ao Departamento Nacional de Saúde Pública na década de 20, e que se destacou na organização dos Congressos de Higiene daquele período, tendo sido secretário de quase todos eles.

Na gestão desse médico-sanitarista, foi formada a Secretaria Estadual de Educação e Saúde Pública, embora o decreto que ordena a sua criação tenha sido um dos últimos atos do dirigente anterior. Vale lembrar que já em 14.11.30, com o decreto 19.402, o governo federal havia criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

Não foram poucos os sanitaristas da época que disseram que essas alterações, sob o governo de João Alberto, marcaram profundamente a organização dos serviços de Saúde Pública no estado. Um dos mais enfáticos nesta afirmação foi um grande seguidor de Paula Souza, o professor Rodolfo Mascarenhas. Ele chega a dizer que a reforma de 1931 destruiu a concepção "médico-sanitária", como diretriz fundamental para os serviços de Saúde Pública do estado de São Paulo. Argumentava que ela representava a vitória dos grupos que tinham minado a reforma de 1925, aqui denominados "campanhista/vertical permanente" e "vertical permanente especializado".

O próprio Paula Souza, quando citava Francisco Sales Gomes Jr. como um técnico que tinha trabalhado com ele na época do Serviço Sanitário, afirmava que não nutria nenhuma amizade por ele².

Após estes momentos iniciais, a situação tornou-se bastante alterada com a luta entre setores paulistas e o governo federal, e acabou desembocando na guerra civil de 1932. Na fase final deste episódio, após algumas rápidas trocas de interventores tenentistas, a interventoria de São Paulo ficou com Armando de Salles Oliveira, cuja gestão foi longa.

² CANDÉIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo de 1918 a 1945. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 18 (n.º esp.):2-60, 1984.

Para os serviços de Saúde Pública foi interessante o retorno de um dos mais significativos representantes do movimento "rede local permanente", o professor Borges Vieira. Ele ascendeu à direção do Serviço Sanitário nos dois últimos anos do período de intervenção de Armando de Salles, e se propôs a realizar a tarefa de desmontar as diretrizes das reformas implantadas por Francisco Sales Gomes Jr., em 1931.

Por isso, para entender o que efetivamente ocorreu durante este período, foi importante seguir com atenção o momento da reforma de 1931, com a figura de Francisco Sales Gomes Jr., e o seu percurso na conjuntura político-social de 1930 a 1937. Acompanhá-lo pelo correr deste período — em que assumiu por várias vezes o papel de dirigente do executivo estadual — tem o propósito de verificar o significado da presença de Borges Vieira em relação a todo esse processo.

Na fase de 1930 a 1937, a sociedade civil foi excluída da tomada de decisão no processo político e os confrontos eventualmente ocorridos davam-se prioritariamente no interior do aparato estatal, apesar de outras manifestações ocorridas em situações excepcionais, como na Constituinte de 1934 e em congressos científicos internacionais. A temática deste estudo deve considerar as contradições desses confrontos e manifestações como possibilidade de tornar transparente os processos sociopolíticos desta fase.

O período foi dividido em duas fases, para que se possa expor as informações que lhe concernem de modo adequado. A primeira fase é a que vai dos anos iniciais — 1930 — até 1933, pois a ascensão de Armando de Salles Oliveira pode ser tomada por um marco institucional importante para o processo de transição vivido no período. A segunda fase, de 1934 a 1937, será objeto de análise posterior.

1. A FASE DE 1930 A 1933: O MODELO "VERTICAL PERMANENTE ESPECIALIZADO" MARCA AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

Como foi dito, logo após a revolução de 1930 assumiu a direção do Serviço Sanitário Estadual o médico Francisco Sales Gomes Jr. Em sua gestão foi elaborado o primeiro orçamento de 1931, que, entretanto, vigorou apenas até o meio do ano, quando foi feito outro orçamento sob a direção de João de Barros Barreto.

Durante o tempo que Sales Gomes Jr. ficou na diretoria do

Serviço Sanitário Estadual foram elaborados três decretos importantes. O decreto 4.809, de 31.12.30, que extinguiu a Inspeção de Higiene dos Municípios, eliminando a organização de um serviço próprio para todos os postos fixos e substituindo-os pelos inspetores, apontando para a organização de serviços por grupos especializados afins. O decreto 4.891, de 13.2.31, que reorganizou o Serviço Sanitário Estadual, e o decreto 4.917, de 3.3.31, que criou a Secretaria da Educação e Saúde Pública e foi executado por seu sucessor, João de Barros Barreto.

Desses decretos, o 4.891 foi o mais marcante, porque determina uma nova estrutura organizacional para o setor.³ Como observou Rodolfo Mascarenhas, esse decreto marcou o futuro da organização dos serviços de Saúde Pública do estado de São Paulo, até 1968. Apesar das tentativas realizadas nos anos seguintes para alterar esta estrutura, feitas por outros dirigentes, como Barros Barreto em 1931, e Borges Vieira em 1935, esse decreto foi o embrião da organização techno-assistencial para todo o período, de 1930 a 1937, como será visto no correr deste capítulo.

É interessante entender quais projetos esta reforma procurou efetivar, para que se possa ter, mais adiante, a compreensão dos novos processos em que se inseriam as novas políticas sociais. Como informação importante deve-se lembrar que houve, durante esta nova fase, um grande desenvolvimento do setor da Previdência Social, com a criação de uma nova forma de inserção da Assistência Médica nas políticas públicas do setor saúde. Ainda sobre este tópico e preciso verificar, também, o que esse novo modelo de organização dos serviços de Saúde Pública deixava transparecer sobre o processo social, além de procurar entender melhor o novo projeto techno-assistencial.

A reforma praticamente quebrou a possibilidade de constituição dos serviços ambulatoriais gerais e permanentes, tais como a organização de uma "rede básica" de Saúde Pública. Reforçava, nitidamente, os serviços especializados e tendia a construir estruturas organizacionais a partir da identificação de problemas específicos do campo da Saúde Pública, à semelhança do que se

³ Além destes decretos há outros que vale a pena registrar. Em 24.12.30, foi aprovada a organização da assistência aos psicopatas, através de um projeto que propunha a criação de colônias junto ao Juqueri e de clínicas psiquiátricas. No primeiro semestre de 1933, foi criada a Comissão de Assistência Social do Estado, ligada ao gabinete do Diretor Geral do Serviço Sanitário.

apontava na polémica de Waldomiro de Oliveira com o movimento "rede local permanente", na década de 1920.

Assim, além dos serviços "clássicos" contidos nas ações das Delegacias de Saúde, que foram reabilitadas como órgãos de polícia sanitária, esta reforma organizou uma enorme quantidade de estruturas verticais especializadas, que continham um conjunto de ações típicas da polícia sanitária, além das que eram pertinentes à educação sanitária e à medicina individual. A tendência seguida foi a de se constituir estruturas institucionais e funcionais praticamente "auto-suficientes", em termos burocrático-administrativos, para cada tipo de problema, e que contivessem o aparato necessário à realização de campanhas sanitárias, atividades de isolamento, educação sanitária, ações médicas curativas, entre outras. Por exemplo, diante da eleição da lepra como problema de Saúde Pública, a estratégia era organizar uma Inspeção de Profilaxia que realizasse por si vigilância, educação profilática, assistência higiénica, assistência médica, hospitalização, inspeção, fiscalização, isolamento, estudos e censos.

Esse modelo acabava produzindo uma estrutura de serviços de saúde que se repetia em vários setores, formando uma rede paralela de serviços. Dentro deste projeto de serviço de saúde, a perspectiva do Centro de Saúde como posto integral de ações sanitárias era letra morta.

Os debates que foram ressaltados no V Congresso Brasileiro de Higiene (1929) sobre as diferentes perspectivas técnico-assistenciais retrataram, em última instância, disputas semelhantes às que ocorreram nesta fase quanto à direção dos serviços de Saúde Pública em São Paulo.

As informações sobre o aparato institucional do Serviço Sanitário estadual, da fase de 1931 a 1933, são bem representativas das observações feitas acima. Pode-se ver isso nas tabelas expostas adiante.

Tabela 10. ORÇAMENTO DO GOVERNO ESTADUAL NO PERÍODO DE 1931 A 1933*, EM UNIDADE ORÇAMENTÁRIA (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		
	1931	1932	1933
despSP	33.597	69.435	79.419
% _{tot}	3,16	3,53	3,34
svpe ¹	12.194	36.814	28.487
hosp/SP	1.180	2.184	2.198
scSP	13.366	31.413	35.155
aata	6.905	13.365	13.577
oss	24.685	47.224	43.155

* Os indicadores do custo de vida para o período são os seguintes: 1931 — 228,8; 1932 — 229,5; 1933 — 227,6, obtidos através do estudo de Simonsen, R. *Op. cit.*

¹ Serviços verticais permanentes especializados, com o objetivo de registrar os serviços que passaram a ser organizados em função de realizarem os diferentes tipos de ações sanitárias, em termos tecnológicos, ou seja, as ações de polícia, as de educação, as ambulatoriais e as hospitalares quando pertinentes.

FONTES: Decreto 4.860 de 28.1.31; decreto 5.105 de 14.7.31; decreto 5.365 de 30.1.32; decreto 5.823 de 30.1.33.

Tabela 11. ORÇAMENTO DOS SVP — ESPECIALIZADOS EM U.M.

serviços	ano		
	1931	1932	1933
inshproin ¹	1.613	3.134	3.245
inshpedsa ²	945	1.841	1.244
ipastrac ³	289	539	506
secprothbc ⁴	444	1.039	1.021
insprolep ⁵	8.567	15.150	23.797
insprosvi ⁶	335	775	782
inshadent ⁷			735
insproimp ⁸			2.745

¹ Inspeção de higiene e proteção à 1.ª infância.

² Inspeção de higiene escolar e educação sanitária.

³ Instituto Pasteur e serviço de tracoma da capital; este foi extinto para o período de 1933.

⁴ Seção de profilaxia da tuberculose.

⁵ Inspeção de profilaxia da lepra, que recebe através do item profilaxia de moléstias infecciosas recursos para a construção de leprosários. Assim, em 1931 estavam previstos gastos de 7,430 unidades monetárias, em 1932 a quantia de 8,714 e em 1933 a de 5,711.

⁶ Inspeção de profilaxia da sífilis e moléstias venéreas.

⁷ Inspeção de higiene e assistência dentária.

⁸ Inspeção de profilaxia do impaludismo.

Tabela 12. ORÇAMENTO DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS EM U.M.

serviços	ano		
	1931	1932	1933
ifscmefa ¹	305	566	570
ipolapub ²	1.580	4.731	4.762
inshtraba ³	523	1.109	1.119
inmolinh ⁴	3.538	10.285	10.371
delsaude ⁵	5.723	11.162	9.015
delsaucap ⁶	1.695	3.180	3.224
secfislei ⁷		377	380

¹ Inspeção de fiscalização da medicina e farmácia.

² Inspeção do policiamento da alimentação pública.

³ Inspeção de higiene do trabalho.

⁴ Inspeção da profilaxia de moléstias infecciosas; dela saíram os serviços de tuberculose e de sífilis e doenças venéreas. Esta inspeção ficou com a função de completar o trabalho sobre as ações de isolamento de doentes.

⁵ Delegacia de saúde.

⁶ Delegacia de saúde da capital.

⁷ Seção de fiscalização do leite.

Uma análise bem superficial dessas informações mostra o caminho do que foi descrito atrás. Mas também permite dizer muito mais sobre este processo.

Inicialmente será feito um detalhamento do modelo tecnológico adotado por estas políticas governamentais, para posteriormente tentar extrair os projetos de organização social que o modelo propunha, e verificar se era pertinente ao embate que se travava entre as forças sociais nesta conjuntura, na disputa por uma nova forma de organização social.

Sem dúvida, a presença de Artur-Neiva e de Sales Gomes Jr. teve importância significativa, pois eles se comportavam na conjuntura como elementos que se contrapunham às estratégias dos sanitaristas adeptos do movimento "rede local permanente", os quais eram

considerados "americanistas" e antipatrióticos. Note-se que Sales Gomes Jr. voltava à direção do Serviço Sanitário sempre que ocorria um processo mais acirrado de disputa em torno de projetos organizacionais. Deste modo, após a "guerra civil" de 1932, ele retornou, o mesmo acontecendo depois do golpe de Estado de 1937.

É necessário, para entender todas essas disputas, retomar o conteúdo dos debates que ocorreram no V Congresso, em 1929, o qual, aliado às informações até agora acumuladas, pode dar uma visão mais clara do que estava sendo disputado. Entretanto, é necessário detalhar um pouco as propostas da reforma de 1931, para os vários setores.

Isso será feito através de uma análise das propostas de montagem de alguns serviços do tipo vertical permanente, a fim de entender melhor os projetos vinculados ao modelo "vertical permanente especializado". Para tanto, tomou-se a Inspeção de Higiene e Assistência à 1.ª Infância e a de Profilaxia da Tuberculose, organizadas a partir da reforma de 1931, como suficientemente representativas das concepções daquele modelo para o conjunto da política governamental na Saúde Pública.

Arrolados os objetivos pretendidos com a primeira delas, encontra-se a seguinte descrição de suas atividades:

1. a higiene e assistência pré-natal e maternal.
2. a higiene e assistência da criança pré-escolar.
3. exames para determinar o estado de saúde das amamentadoras.
4. inspeção e fiscalização de creches e similares.
5. visitas, por educadoras, de habitações de populações pobres para vigilância, educação e assistência sanitária das crianças.
6. estudar perturbações nutricionais e o uso dos alimentos, industrializados ou não, que melhor se adaptam às medidas de controle das perturbações nutricionais.
7. propor e estudar medidas profiláticas em relação às doenças transmissíveis da 1.ª idade.
8. realizar tratamento anti-sifilítico em gestantes e nutrízes.
9. encaminhar crianças maiores de 7 anos para isolamento em creches, hospitais e asilos, devido a indigência dos responsáveis⁴.

⁴ Conforme decreto estadual 4.891 de 13.2.31.

Um olhar para o que se esperava da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose não revela uma visão diferente; porém, o objeto da ação muda porque aqui as ações devem organizar-se em função de um outro problema, considerado de Saúde Pública — a tuberculose, e não mais a criança ou a gestante.

1. realizar o censo dos casos.
2. realizar visitas para vigilância, educação e assistência sanitária à tuberculose, em populações pobres.
3. realizar exames bacteriológicos em casos suspeitos de serem ativos.
4. encaminhar para o isolamento.
5. educação sanitária para a população sobre a tuberculose.
6. fiscalização de habitações coletivas.
7. providências para profilaxia individual e coletiva.
8. estudo e pesquisa sobre a tuberculose.
9. orientar os serviços privados e fiscalizar os subvencionados⁵.

Conseqüentemente, é possível dizer que as ações sanitárias centrais daquele modelo eram, ao mesmo tempo, a vigilância e a educação; as medidas profiláticas e a assistência higiênica; a inspeção e a fiscalização, com o isolamento de doentes e comunicantes; além do estudo e da quantificação.

Pode-se aqui, rapidamente, dizer que o modelo "vertical permanente especializado", na sua concepção tecno-assistencial das ações sanitárias, tomava a visão clínica da doença como marco referencial, a partir do eixo da corrente "bacteriológica" quanto à causalidade do processo coletivo da saúde e da doença, constituindo, assim, uma determinada concepção de problemas de Saúde Pública como objetos das ações em saúde coletiva. Entendia a organização dos serviços como um complexo de órgãos públicos que, em função de problemas específicos de Saúde Pública expressos em epidemias, endemias e pandemias, procurava dar conta de todas as dimensões dos objetos que elegeram de forma a controlá-los no âmbito individual e coletivo. Tinha como finalidade a promoção e a proteção da saúde do conjunto da população, e não a cura individual de cada doente. Isto, se ocorresse, seria como conseqüência e não por ser seu objetivo.

⁵ Conforme decreto estadual 4.891 de 13.2.31.

Todo o modelo supunha uma ação em função de um problema bem delimitado de Saúde Pública, e a constituição de uma gama de serviços que conseguissem enquadrar as mais variadas dimensões, consideradas como causas diretas ou associadas daquele objeto, tendo como base o instrumental da polícia sanitária, das ações médicas e das ações de educação sanitária.

Assim, o modelo atuava em função de uma causa etiopatogênica específica, a partir de uma leitura biologizante do processo saúde/doença, adotando as ações médicas e as de educação como elementos que se associavam para um conjunto de intervenções, animado pela estratégia campanhista e de polícia sanitária.

Neste modelo, portanto, não caberia um projeto que tivesse como meta a construção de uma rede de postos básicos, para a consecução de suas estratégias de enfrentamento dos problemas coletivos da saúde, que eram metas concernentes aos projetos da corrente "médico-sanitária". O movimento "vertical permanente especializado" procurou desmontar, completamente, qualquer herança burocrático-administrativa que Paula Souza havia deixado.

A reforma de 1931 manteve, em relação aos períodos anteriores, um nível percentualmente significativo na previsão de investimentos no setor. Ocorreu um incremento na previsão dos itens dos serviços verticais permanentes e dos "clássicos", mas com uma nítida orientação de se fazer com que os serviços verticais permanentes especializados passassem a ser o pilar estratégico no processo de institucionalização indicado pela previsão de gastos, embora sem que os serviços "clássicos" deixassem também de ser fundamentais, mas agora como complementares dos outros (Tabela 10).

A reforma busca, pois, a consolidação de um novo modelo — após o longo período de transição iniciado em 1918 —, que parece ter se efetivado durante estes anos que se seguiram. Há a vista que, mesmo com a ascensão de adeptos do movimento "rede local permanente", como Borges Vieira, em 1935, o rumo das políticas governamentais na Saúde Pública não foi fundamentalmente alterado. É o que se poderá ver na análise da fase que vai de 1934 a 1937.

2. A FASE DE 1934 A 1937: CONSOLIDA-SE O MODELO "VERTICAL PERMANENTE ESPECIALIZADO"

Após aquela fase mais conturbada da disputa entre as várias forças oligárquicas e os tenentes, houve um momento mais estável na interventoria, com a designação de Armando de Salles Oliveira.

Ele assumiu a interventoria a partir de 21.8.33, e passou a ser o governador eleito após a Constituinte de 1934. Ficou na direção do executivo paulista até 29.12.36, quando se retirou para disputar, com José Américo, as eleições presidenciais de 1937, que sabidamente não ocorreram devido ao golpe do Estado Novo. Logo após a sua saída, assumiu a direção estadual José Joaquim Cardoso de Melo Neto, que de 5.1.37 a 25.4.38 ficou como governador do estado de São Paulo e depois como o primeiro interventor do período do Estado Novo.

Durante a gestão de Armando de Salles Oliveira, ocorreu a formação da Universidade de São Paulo (5.7.35) a ampliação do setor industrial do estado, o incentivo à organização do processo urbano com o financiamento, nos municípios, das ações de saneamento básico, entre outros fatos.

NB que se refere ao setor dos serviços de Saúde Pública acen-tuam-se as fases da direção dos serviços com Otávio Gavião Gonzaga — de 24.8.33 a 21.5.35, e com Borges Vieira — de 22.5.35 a 23.5.37. Lembrando, mais uma vez, que Sales Gomes Jr. voltou como secretário de Estado, logo após o golpe de 1937.

Apesar de nesta fase não terem acontecido encontros como os Congressos Brasileiros de Higiene, ocorridos na década anterior, deve-se pontuar a presença de manifestações em relação às políti-cas de saúde no processo constituinte, e em alguns eventos cientí-ficos internacionais que aconteceram em outros países.

Há ainda o registro de um documento ("São Paulo — Plano de Reorganização do Serviço Sanitário") produzido por Borges Vieira em 1935, quando assumiu a direção do Departamento Estadual, como proposta para os serviços estaduais de saúde.

Na fase de Gavião Gonzaga, os acontecimentos importantes são: a transformação da Inspeção de Profilaxia da Lepra em Departa-mento de Profilaxia da Lepra, em 6.4.35 com o decreto 7.070; a regulamentação da Comissão de Assistência Social que em 5.4.35, com o decreto 7.077, transformou-se em Comissão de Assistência Hospitalar, a partir da qual se realizou o primeiro Censo Hospitalar, em 1935, quando Borges Vieira já era diretor. Antes disso,

transferiu-se o Serviço de Higiene Escolar do Departamento Es-tadual de Educação para o de Saúde; organizou-se o Instituto Clemente Ferreira, e a Inspeção de Higiene e Proteção à 1.ª Infância passou a ser designada como Inspeção de Higiene e Assistência à Infância.

Com Borges Vieira ocorreu a reorganização da Secretaria de-vido à fundação da Universidade de São Paulo e ao processo constituinte de 1934, embora isso não tenha alterado de maneira significativa a organização dos serviços de saúde, em relação à fase anterior. Muito pelo contrário, foi reforçada a linha de organização dos serviços na direção dos serviços verticais, como será visto mais adiante, quando serão tratados esses episódios. Durante este mesmo período ocorreu, em nível federal, a reforma do Ministério de Educação e Saúde Pública sob a direção de J. Barros Barreto, em janeiro de 1937.

Após esta rápida descrição, há que se perguntar qual foi o significado de todas essas alterações para o conjunto do processo de organização dos serviços, a partir das reformas que foram desen-cadeadas em 1931.

Já foi dito que o modelo que se institucionalizou seguiu o projeto de implantação dos serviços verticais especializados e que este processo, praticamente, tinha se imposto naquela fase como ten-dência principal na reorganização do modelo techno-assistencial dos serviços de Saúde Pública. Cabe, então, verificar agora se aquela tendência foi ou não alterada com a presença de opositores nos órgãos de direção, como no caso de Borges Vieira.

Os dados orçamentários e organizacionais relativos aos serviços de Saúde Pública, a partir das tabelas adiante, permitem verificar o que ocorria com aquele processo (Tabelas 13, 14 e 15).

Tabela 13. ORÇAMENTO DO GOVERNO ESTADUAL* NO PERÍODO DE 1934 A 1937, EM UNIDADE MONETÁRIA (U.M.). POR TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, DESPESAS TOTAIS COM OS SERVIÇOS (despSP), PERCENTAGEM SOBRE O TOTAL DE GASTOS DO GOVERNO (%tot) E GASTOS COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE (oss)

serviços	ano			
	1934	1935	1936	1937
despSP	79.830	83.081	95.453	107.115
%tot	4,86	3,17	3,87	4,46
svpe	33.160	40.488	43.768	51.364
hosp/SP	2.069	1.981	1.747	1.901
sosSP	30.523	29.072	32.911	35.941
aata	14.329	15.444	17.025	17.939
cah ¹		304	309	403
oss	39.178	46.064	48.931	53.148

* Os indicadores do custo de vida para estes anos foram os seguintes: 1934—245,6; 1935—256; 1936—291; 1937—312; 1938—318 conforme os dados de Simonsen, R.—*Op. cit.*

¹ Comissão de assistência hospitalar, que inicialmente surgiu como comissão de assistência social no governo anterior, mas sem dotação orçamentária e sem regulamentação.

FONTE: Decreto 6.261 de 30.12.33; decreto 6.893 de 31.12.34; decreto 2.486 de 16.12.35; lei 2.672 de 17.1.37.

Tabela 14. ORÇAMENTO DOS SVP—ESPECIALIZADOS EM U.M.

serviços	ano			
	1934	1935	1936	1937
inhassin ^f	3.495	3.694	3.657	3.411
inhedseda ²	1.153	1.760	1.574	1.484
instpast	469	450	396	417
iprolepra ³	21.912	24.929	32.141	40.320
secpotbc	946	1.505	1.324	1.435
servtraco	112	120	103	96
iprofive	724	692	609	568
ihassdent	681	677	595	587
iproimpal ⁴	3.663	6.656	3.364	3.041

¹ A Inspeção de Proteção à Infância passou a se chamar Inspeção de Higiene e Assistência à Infância a partir de 1934.

² A inspeção de higiene escolar e educação sanitária a partir de 1935 recebeu a estrutura do serviço de higiene e educação sanitária escolar que era do Departamento de Educação.

³ A partir de 1936 virou Departamento.

⁴ Em 1936 recebeu um crédito especial de Cr\$ 2.000.000,00, e em 1937 a mesma quantia.

Tabela 15. ORÇAMENTO DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS EM U.M.

serviços	ano			
	1934	1935	1936	1937
infsmefa	528	515	528	493
inspaulpu	4.571	2.869	2.844	2.891
inshtuba	1.037	1.690	1.487	1.382
insmolinf	9.773	7.984	9.319	9.068
delsaude	8.893	8.532	7.506	9.094
delsaucap	2.923	2.791	2.458	2.277
profmoinf ¹	2.442	1.406	5.883	8.044
secfislei	353	3.281	2.883	2.659

¹ A Profilaxia de Molestias Infeciosas recebe em 1936 e em 1937 um aumento devido ao serviço especial de combate à febre amarela.

Um dos fatos que chamaram a atenção, em relação a estes dados, foi que, mesmo com a presença de um Borges Vieira, não ocorreu alteração na trajetória apontada pela reforma de 1931.

O padrão dos gastos propostos para os serviços de Saúde Pública tomou, evidentemente, os serviços verticais permanentes especializados como forma estratégica de efetivação de uma determinada política pública para o setor. Houve um aumento real dos gastos no setor de Saúde Pública, acompanhado de uma diminuição relativa da participação dos setores “clássicos” e de um incremento nos serviços verticais permanentes especializados (Tabela 13).

Desde o momento da transição do modelo “campanhista/policial”, em meados da década de 10, no qual não foram organizados serviços permanentes — como estratégia principal de estruturação dos serviços sanitários —, não se tinha visto ainda uma situação tão definida em relação ao perfil da política do setor.

Dentre aqueles serviços verticais especializados, houve uma participação marcante do serviço de combate à lepra, que acabou se tornando o paradigma do modelo de organização tecno-assisten-

cial dos serviços de Saúde Pública, quando adquiriu a sua autonomia institucional, na forma de um Departamento Estadual de Profilaxia da Lepra. Veja que em 1937 a previsão de gastos com este departamento foi em torno de 40% do total de gastos com serviços de Saúde Pública (Tabela 14).

Entre os serviços "clássicos" destaca-se o aumento de previsão de gastos com aqueles que atuavam emergencialmente, como a Profilaxia de Moléstias Infecciosas, que dava suporte para o combate das epidemias eleitas como problemas de Saúde Pública de primeira linha, como era o caso da febre amarela nessa década (Tabela 15).

Os dados, enfim, são um demonstrativo interessante da consolidação de um determinado modelo de organização de serviços de Saúde Pública, cuja busca começou em 1918 na tentativa de superação da transição do modelo "campanhista/policial", e que não tinha ainda encontrado toda a sua possibilidade de institucionalização.

Nessa fase de transição, abriu-se um período de disputa que teve em jogo a presença de outros modelos. O período de 1930 a 1937 acabou marcando o fim dessa disputa no plano da institucionalização de uma nova materialidade para o setor, no que concerne à organização da política no interior da "máquina estatal", dando muitas das características das políticas governamentais ao longo do período que vai de 1938 à década de 60.

Isso não quer dizer que não houvesse forças que tentavam impor outros modelos, mas sim que a nova forma estava de acordo com o processo de constituição de uma nova relação entre o Estado e as classes sociais.

O que isto quer dizer? E, principalmente, em relação ao objeto em exame, qual seja, a política governamental de Saúde Pública?

As respostas a essas questões exigem uma compreensão das disputas políticas que se travavam entre as diferentes forças sociais, em particular um entendimento sobre qual era a representação que isto adquiriria no setor da Saúde Pública, um campo específico de políticas sociais do Estado brasileiro, naquele momento. Para que haja um avanço em direção a estas respostas, é preciso traduzir os projetos dos modelos techno-assistenciais, identificados nas análises das políticas governamentais realizadas até aqui, 1937, em termos de estratégias de políticas para a sociedade que determinam as forças sociais "portavam" na conjuntura de 1930 a 1937.

Na medida em que um modelo techno-assistencial traz consigo

uma visão de sociedade, sua composição, seu futuro, enfim, ele "porta" toda uma perspectiva de constituição de um determinado processo social, e toda uma leitura crítica em relação aos outros projetos que disputam a direção do processo político, no setor da Saúde Pública. Desta forma, ele se constitui em um elemento importante nas lutas sociais travadas pelos grupos sociais que se fazem presentes, como forças políticas, em uma dada conjuntura que se marca pela disputa do significado histórico do conjunto das relações sociais, mesmo naquelas conjunturas em que a organização do Estado é elemento fundamental para a direção do processo político. Por isso, torna-se fundamental procurar articular uma compreensão mais detalhada da conjuntura política e social do período analisado, das forças sociais que se fizeram presentes no seu interior, dos projetos de sociedade e da relação mantida com os modelos techno-assistenciais presentes naquela conjuntura, tentando entender o papel que os seus formuladores desempenharam.

Assim, há que se saber quais relações existiam entre as disputas mais gerais, no conjunto das forças sociais, em um determinado momento político-social, e o tipo de disputa que os modelos "portavam" enquanto projetos de políticas.

A análise que viabiliza este desvendamento tem de entender o processo social de constituição de um determinado campo de políticas sociais, como é o caso da Saúde Pública, ao mesmo tempo que se procura o projeto da sociedade que transparece nas estratégias techno-assistenciais dos modelos, para a constituição destas políticas.

3. O MOMENTO SOCIAL E POLÍTICO: AS QUESTÕES SOCIAIS EM DISPUTA E OS PROJETOS DAS DISTINTAS CORRENTES E MOVIMENTOS

Os anos 20 foram, para a sociedade brasileira, marco de uma profunda crise política do Estado e do modelo econômico, que só encontrou seu final a partir de 1937.

Essa crise se estabeleceu a partir do processo social de esgotamento da hegemonia cafeeira no plano político e econômico, estendendo-se pela década seguinte até o ano de 1937, quando assistimos a uma crise de hegemonia global.

Esse período teve características de uma fase de transição social, pois nenhuma classe ou fração de classe conseguiu a direção do

processo social em geral, apesar de estarem em disputa os possíveis significados que ele podia adquirir historicamente.

Por isso, é fundamental que se tenha clareza quanto à forma pela qual foram se organizando os processos de disputa social que as forças políticas travaram entre si nesta conjuntura.

Genericamente, segundo Sonia Draibe "(...)no período (...)estavam em curso e conflito tendências diferentes de direção política, i. é., de articulação de blocos históricos distintos frente às questões do momento", e a própria constituição de um bloco se dá na medida em que classes sociais, ou frações de classe, consigam "(...)a generalização de seus interesses face aos outros setores e frente a questões concretas cuja solução afeta seu futuro de classe"⁶.

Com isso, a existência de determinadas forças sociais e políticas que assumam o papel dirigente é fundamental para a formação dos blocos. Portanto, a questão central passa a ser a maneira pela qual as forças políticas constituem as arenas decisórias e a direção política do processo social em disputa.

Em uma conjuntura política que tinha como traço principal a ausência de hegemonia política — por qualquer classe ou fração de classe —, mas que não deixa de mostrar-se como um processo que busca a constituição de uma dada hegemonia, os setores sociais, a não ser que um bloco se impusesse, articulavam-se em torno de questões específicas.

O perfil das alianças variou muito, conforme a questão em disputa. Isso era facilmente observado no caso da Saúde Pública, em que ocorria uma associação de diferentes grupos sociais em torno dos mesmos projetos, sem que a relação político-partidária fosse respeitada. Por vezes, os elementos ligados aos "perrepeistas" fizeram alianças com os "armandistas", em torno de princípios semelhantes, na construção de um determinado modelo técnico-assistencial.

O processo social de construção de campos de interesses, através da articulação política de verdadeiras matrizes discursivas que delimitaram um projeto específico de organização social do setor de saúde coletiva, passou pela forma como essas matrizes constituíram-se em propostas das forças dirigentes e pela maneira como se formaram as arenas decisórias das políticas governamentais de Saúde Pública.

⁶ DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. Op. cit., p. 41.

Neste particular, o campo instável das relações entre as fragmentárias forças políticas em jogo acabou por viabilizar uma estratégia na qual o Estado desempenhou o papel de dirigente político. Essa autonomia transformou o poder executivo e sua máquina burocrático-administrativa em fatores fundamentais para a constituição das políticas sociais do novo período.

Mas, concordando com Sonia Draibe, não parece mesmo que esta autonomia do Estado implicasse ação sem limites. Compari-lha-se do pensamento desta autora quando diz, "(...)esta autonomia era limitada em duplo sentido. Em primeiro lugar, porque a constituição material do Estado reproduzia objetivamente as formas prevalentes de dominação. Em segundo lugar, porque a ação estatal estava longe de ser um mero somatório de atendimentos a setores particulares. Era dotado de sentido (...)que dizia respeito a uma forma determinada de hierarquizar interesses sociais (...)através de seus planos e políticas (...)".⁷

Por isso, para entender as disputas travadas pelos movimentos no interior do jogo político que marcou a conjuntura de São Paulo, de 1930 a 1937, é preciso procurar a caracterização mais geral de todo este processo, além da análise dos modelos como projetos de sociedade. Mas, para este intento é necessária uma compreensão mais abstrata das estratégias que os modelos "portavam", sob a roupagem de suas falas técnicas.

Em relação à constituição das matrizes discursivas dos modelos como projetos de políticas, exige-se uma compreensão sobre os tipos de estratégia que adotaram enquanto projetos de políticas públicas específicas, para entender o caminho que trilharam nas suas disputas pelo rumo das ações de Saúde Pública, em São Paulo. Aí sim, pode-se depois entender o que esses modelos disputaram, e como disputaram, em termos da construção de uma dada sociedade, e qual foi a pertinência conjuntural de cada um daqueles projetos em relação às disputas que travavam as principais forças sociais que compunham a conjuntura em questão.

Os dois principais projetos de políticas de Saúde Pública presentes nesta conjuntura, em São Paulo, foram os do movimento "rede local permanente" e os do "vertical permanente especializado", que se distinguiam tanto pela maneira de conceber e/ou construir os seus objetos das ações de saúde, quanto pela visão de organização institucional para a efetivação daquelas ações.

⁷ Idem. *Idem*, p. 43.

Apesar disso, ambos os movimentos apresentavam semelhanças quando viam as ações coletivas de saúde como distintas das ações individuais, quanto à formação dos seus objetos de ação. Chegaram, até, a concordar com o fato de que o campo da Saúde Pública não deveria se misturar com o da assistência médica individual. Esta distinção — que se fundamentava na diferença existente entre as ações que visavam à promoção e proteção da saúde coletiva e aquelas ações que visavam à recuperação da saúde através do combate exclusivo da doença no plano do indivíduo — deveria ser preservada. Mas tratavam essa questão de maneira bem diferenciada ao produzirem seus modelos.

O movimento "vertical permanente especializado" entendia que a clínica era um elemento-chave para a organização do conjunto das ações sanitárias, desde que dentro de um programa de Saúde Pública. Os seus adeptos atuavam como médicos especializados em diferentes campos da medicina, que tinham em comum uma posição higienista.

Assim, esse movimento organizava-se por grupos de interesses específicos, e o modo como incorporavam a relação entre a Clínica e a Higiene era muito variado, do ponto de vista tecnológico. Quando o problema era a Lepra visualizava-se uma forma de relação, quando era a "Saúde Mental" visualizava-se outra, conforme a natureza clínica e epidemiológica do objeto — apesar de todos eles incorporarem o conjunto de instrumentos de ação do movimento "vertical/permanente especializado", para a estruturação de suas atuações específicas para a organização dos seus modelos verticais de serviços.

Já o "rede local permanente", considerando como incompatível o exercício conjunto da Medicina e da Saúde Pública, supunha a formação de uma rede única de ações sanitárias, claramente distintas das ações médicas. E marcaram, em relação a isto, a diferença entre as chamadas ações sanitárias e as ações médicas: só entendendo como possível que estas últimas fossem parte daquelas se tivessem alguma implicação na prevenção de doenças, e assim contribuísem para a promoção e/ou proteção da saúde, ou se fizessem parte de um projeto específico de Saúde Pública.

Assim, as diferenças básicas entre as correntes eram suficientes para viabilizar estratégias de políticas de Saúde Pública completamente distintas.

Vale lembrar que neste período havia outros movimentos no

campo da saúde coletiva; como já apontado, estavam presentes também os adeptos do "campanhista/policial" e do "campanhista/vertical permanente", mas que em geral não eram mais forças atuantes a ponto de interferir significativamente na arena decisória daquelas políticas públicas, pois em muitos casos diluíam-se no interior do movimento "vertical permanente especializado".

Nesse caso, vale um registro especial sobre o movimento eugênista⁸, que, no Brasil, teve suas origens em períodos anteriores, particularmente na República Velha, mas também estava presente nesta conjuntura. Ele se diluiu em ambos os movimentos destacados acima, que continham sempre uma "profissão de fé" no melhoramento eugenístico da raça brasileira, se postos em prática os seus modelos. Lembre-se sobre isto os discursos de Amaury de Medeiros e de Waldomiro de Oliveira, nos Congressos de Higiene. Entretanto, pode-se dizer que os adeptos do "vertical permanente especializado" foram muito mais influenciados e tiveram mais afinidade ideológica com o pensamento eugenístico do que os seguidores do "rede local permanente". Considera-se que o pensamento eugenístico não gerou um movimento próprio para disputar a direção das políticas no campo da saúde coletiva, sendo diferentemente incorporado por aqueles que a disputaram.

Vale lembrar que nesta conjuntura foi formado um "pacto" entre alguns deputados — profissionais de saúde —, em torno da Constituinte Federal de 1934, também organizado na Estadual em São Paulo, na qual os membros eleitos pela Frente Única Paulista propuseram um projeto constitucional⁹ para a área.

Devido à sua relevância este fato será retomado após a análise dos projetos de sociedade que estavam contidos naqueles dois movimentos assinalados atrás como os principais, momento em que se procurará entender a dinâmica social que marcou sua disputa pelo rumo das ações sociais no campo da Saúde Pública.

A análise do movimento "rede local permanente" foi feita inicialmente a partir do material produzido por Paula Souza e Borges Vieira. Este último por sinal foi o principal representante desta

⁸ Para melhor compreensão deste movimento ver o trabalho de KEHL, R. *Por que sou eugenista: 20 anos de Campanha Eugênica 1917-1937*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1937.

⁹ SILVA, A. C. P. *Direito à saúde: documento de atividade parlamentar*. Rio de Janeiro, 1934.

corrente a ocupar cargos de direção no executivo estadual durante esse período. Deste material destaca-se o documento¹⁰ produzido em 1935, por Borges Vieira, antes de assumir a diretoria do Serviço Sanitário Estadual, que marcou de uma maneira crítica a visão que tinha sobre o outro movimento e a reforma de 1931.

A fim de fazer a leitura dos projetos, enquanto propostas de construção de uma determinada dinâmica social, serão expostos os princípios técnico-assistenciais desse movimento a partir da localização, no interior de sua matriz discursiva, daqueles conceitos considerados fundamentais para a visualização de uma estratégia de ação político-ideológica, no campo da Saúde Pública.

Assim, além de ter procurado entender a delimitação do campo de atuação do movimento em estudo — com a compreensão de sua definição do objeto de conhecimento, dos saberes e práticas que permitiam constituí-lo enquanto objeto de ação e da organização institucional que pregava para construir o seu projeto de política pública, procurar-se-á também compreender a sua concepção de Estado, a política e a arena decisória, a sociedade e a conjuntura e, ainda, as estratégias de luta, os outros projetos e a maneira de perceber as alianças necessárias para a construção de seu modelo.

Foi também deste modo que se procurou analisar o projeto do outro movimento, o “vertical permanente especializado”, para o qual foi usado o material referente à reforma de 1931 e à organização do Departamento de Profilaxia da Lepra, momento mais explícito e completo atravessado por esta proposta, sem deixar de aproveitar os textos de Waldomiro de Oliveira, já citados, e o documento do constituinte Pacheco e Silva, também já pontuado.

3.1. Os projetos do movimento “Rede Local Permanente”

No documento básico de 1935, Borges Vieira expôs seus princípios norteadores, aqui citados resumidamente:

(...)quando o conceito de higiene pública resumia a ação do Estado em combater incidentes epidêmicos e em executar medidas de saneamento, era compreensível a unilateralidade da visão

sanitária. A contar (...)da primeira década (...)os países cultos (...) começaram a sentir o erro de tal concepção (...) [além disso] (...)

A experiência comprova todos os dias que muitos movimentos organizados de saúde pública embora começassem, cada um, com uma só atividade especializada tiveram de ir alargando os limites de sua atuação, cedendo, portanto, a força das circunstâncias. (...)

Unidades sanitárias estanques, atuando cada uma em suas respectivas esferas de ação, estão sujeitas à tendência rotineira das burocratizações (...) [portanto] (...)

Como organismos de atuação imediata sobre a população, (...) que se distribuirá em distritos (...), propõe (...) a volta ao regime de Centros de Saúde. (...)

O que o hospital é para a profissão médica e o prédio escolar para o professor, o centro de saúde é para o sanitarista. (...) [nele] (...)

A idéia de tratar da família considerada como unidade, constitui base indispensável de aplicação dos preceitos da moderna ciência sanitária. (...) [desta forma] (...)

Os Centros de Saúde contêm em sua organização, serviços médicos de finalidades sanitárias. Não são simples dispensários, que atendem quem os procura (...) são organismos de ausculta direta das necessidades da população (...) Parte importantíssima dos mesmos são as visitadoras de Saúde Pública, que lhes distendem a ação (...) Serão as disseminadoras da boa semente (...) a [elevação] (...) da consciência sanitária (...) [para dar] (...) ao nosso Estado padrões (internacionais de saúde)¹¹.

Juntando essas informações àquelas sobre a reforma de 1925, expostas atrás, podem-se descrever os projetos deste movimento do modo como segue.

a) O objeto de conhecimento

Para o movimento “rede local permanente” os processos coletivos de saúde e doença explicam-se a partir da noção de que os indivíduos sadios são submetidos a riscos patogênicos externos, e,

¹⁰ VIEIRA, B. São Paulo — Plano de reorganização dos Serviços Sanitários. *Archivos de Higiene*, n.º I, ano V, Rio de Janeiro, 1935.

¹¹ VIEIRA, B. *Op.cit.*, p. 143-151.

por não terem os necessários comportamentos higiênicos, acabam desenvolvendo um processo patológico.

Isso abre a possibilidade de, através do conhecimento destas causas externas, constituir-se um conjunto de normas de comportamento, cuja obediência protege ou promove a Saúde Pública, além de configurar uma consciência sanitária nos indivíduos. Este campo de conhecimento, que visa a proteção e manutenção da saúde, e não ao combate da doença, é a Higiene.

b) Saberes e práticas; as finalidades das ações sanitárias e os trabalhadores deste processo de trabalho

Conforme a definição acima, a causa, em última instância, do processo patológico está sempre no plano individual, vinculada à maior ou menor consciência sanitária de cada um. Essa consciência tem como característica o fato de poder ser alterada, através da educação sanitária, o que permite uma ação de controle sobre a causa externa básica, a fim de se manter ou proteger a saúde, o grande objetivo das ações sanitárias.

Assim, o papel estratégico das ações de Saúde Pública é o de realizar uma ação educativa formadora de uma consciência sanitária individual, dos problemas coletivos de saúde. Qualquer outro plano do problema deve submeter-se a este, mesmo quando se pretende entender a ação dos chamados sanitaristas. A partir deste parâmetro básico, definem o processo de trabalho em Saúde Pública. Por ele justifica-se, ainda, o campo particular e diferencial da Saúde Pública em relação à Medicina. A esta cabe falar e atuar na doença, com o auxílio da Clínica, da Patologia e da Terapêutica, sem a pretensão de interferir na dimensão coletiva de determinados processos patológicos, já que é incapaz de atuar na causa externa básica que determina a existência de um problema coletivo de saúde. Entretanto, há doenças que não podem se constituir em objeto das ações sanitárias, mas apenas das ações médicas, pois a elas não é possível associar nenhuma causa externa palpável que possa ser controlada.

As doenças infecto-contagiosas, definidas como tais a partir das informações que vêm da Patologia e da Epidemiologia, são eleitas privilegiadamente como problemas de saúde coletiva, por estarem associadas etiológicamente à presença de causas externas evitáveis. Contudo, este movimento traz também para o seu campo os

problemas que interferem no desenvolvimento e crescimento das crianças, não apenas porque elas são um dos seus principais alvos de ação — pois a atuação sobre a criança tem a garantia de produzir um adulto mais “consciente” —, mas também porque o processo nutricional é considerado estratégico para a constituição de um organismo sadio. Aliás, visão de saúde e doença que empresta da medicina, neste particular.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, em sua tese de doutorado¹², já havia apontado, com correção, que a própria Epidemiologia parte da noção de doença que o ato médico constituiu como seu objeto. A mesma estratégia é adotada por este movimento, apesar de só tomar como problemas coletivos os processos patológicos de causas externas bem-definidas.

O trabalhador central deste modelo do movimento, “rede local permanente” é o médico — auxiliado pela educadora sanitária —, que desempenha um papel específico, o de educador em saúde, e não o de educador simplesmente. Esta distinção foi, também, importante quando — na polémica sobre a formação de um Ministério do setor — este movimento posicionou-se contrariamente à fusão do setor de saúde com o da educação.

Não é estranho que o médico sanitarista tenha se tornado o elemento central do movimento, e isso está ligado ao fato de este movimento ter sido fundado a partir dos conceitos médicos de saúde e doença, os quais são usados para a concepção da noção de Saúde Pública, por mais que dela queiram se distinguir radicalmente.

A partir desse conjunto de princípios sobre o qual é delimitado o seu campo de existência como área de conhecimento e o seu universo de atuação tecnológica, o movimento “rede local permanente” alimenta-se na corrente “médico-sanitária”, defendendo uma política específica de organização institucional para o setor saúde.

c) A organização institucional — o modelo assistencial

Partindo da dicotomia entre as áreas da Saúde Pública e da Medicina, o “rede local permanente” projeta, institucionalmente,

¹² MENDES GONÇALVES, R. B. *Modelos tecnológicos e organização das práticas de saúde*. Op. cit.

um campo próprio para o conjunto dos serviços de Saúde Pública, que têm como denominador comum a busca da educação sanitária dos indivíduos, para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Em suas instituições, os problemas específicos de saúde acabam funcionando como ponte para a realização desta finalidade única, objeto máximo e exclusivo das ações sanitárias. A "Higiene", essência da "ciência e arte" a guiar estas ações, passa a ser a instrumentalizadora das normas a serem implantadas pelos serviços de Saúde Pública, junto aos grupos expostos às causas externas, devido à falta de uma consciência sanitária.

Por este caminho, o objetivo é organizar um sistema assistencial amplo e descentralizado que atinja, através das atividades educativas, todas as pessoas submetidas aos riscos dos processos coletivos das doenças eleitas problemas de Saúde Pública. Parte, pois, do princípio de que em termos da causalidade etiopatogênica os problemas de doenças coletivas revelam por trás de si um elemento geral e inespecífico, dado que a causa básica e, em última instância, a falta de controle dos fatores agressivos, devida ao "desconhecimento sanitário".

Como só a Higiene pode permitir que se atinja esta perspectiva, apesar das diferentes causas externas em termos etiopatogênicos, a rede de serviços é concebida como única, para diante dos diferentes quadros patológicos poder atuar em direção à difusão daquela "Ciência".

O "rede local permanente" concebe, então, uma rede ambulatorial permanente, delimitada em termos geográficos, que é o único lugar de realização do conjunto das ações sanitárias, que são levadas a convergir para a prática da higiene, que forma a consciência sanitária. O seu modelo técnico-assistencial está centrado na visão de uma ampla rede básica de serviços, fundamentalmente de caráter público e gerida de maneira centralizada. Esta rede não pode estar ligada a qualquer critério que funcione como barreira ao acesso dos indivíduos. Além disso, a questão da Saúde Pública é considerada problema de toda a sociedade, não podendo ficar presa a exercícios de interesses particulares, tanto dos produtores quanto dos usuários.

A rede tem de ser dirigida por técnicos selecionados por suas capacidades científicas, medidas por concursos ou títulos que os princípios — ditos como científicos — deste mesmo movimento legitimam. Em termos administrativos, julgam-se modernos, ad-

vogando o uso de procedimentos científicos que procuram associar as ações administrativas a uma racionalidade medida através da relação de custo/benefício. Assim, colocam-se contra a duplicidade funcional e organizacional — dentro de um dado campo de ação institucional — por serem caros e disfuncionais, e portanto sem lógica.

d) O Estado, a política e a maneira de se trabalhar na arena decisória

Este movimento supõe possível a existência de um poder público regido por critérios de racionalidade tecnicamente definidos, que assumam seu caráter público colocando-se, ao identificar os seus problemas, acima dos interesses de grupos sociais específicos, e que seja produto da ação de uma elite dirigente legitimada pelo conhecimento e por sua liderança científica, exposta a um círculo legitimador. Aposta na neutralidade do poder institucional no campo da saúde, considerando a existência de interesses de grupos sociais neste campo uma interferência e uma causa do desvirtuamento dos seus objetivos. No discurso abominam a política que é sempre associada a "politicagem".

Assim, as suas concepções das arenas de decisão advogam uma impermeabilidade à presença de grupos com interesses setoriais, e não viabilizam a representação de corporações. Supõem que estas arenas devem ser constituídas no âmbito do Estado, mas militam para que na sociedade civil existam entidades que agreguem os profissionais de Saúde Pública, legítimos representantes dos interesses coletivos no campo, pois detêm os conhecimentos científicos da área. O setor público é reconhecido como a principal esfera decisória deste campo.

e) A sociedade e a conjuntura

Obviamente, em uma transição social e política, como a vivida por São Paulo no período de 1930 a 1937, na qual as disputas entre as diferentes forças políticas estavam aguçadas, esta corrente tinha uma grande dificuldade para pôr em prática, ao pé da letra, as suas concepções. Além do que, estavam sempre esperando que as políticas sociais fossem feitas sem a presença dos vários grupos sociais, com seus interesses particulares, o que evidentemente era

um grande problema, pois através dessas políticas atuavam justamente no espaço político existente na relação entre a organização de uma determinada forma de Estado e o conjunto dos interesses sociais.

Suas estratégias sempre valorizaram as ações nos centros urbanos, pois tendiam a ver a modernização como um processo que levava à superação da vida social baseada, predominantemente, na zona rural. Tomavam o modelo de desenvolvimento social dos EUA como paradigmático, e assim não conseguiam dar conta das demandas de uma sociedade ainda fortemente rural.

f) As estratégias de luta — as alianças, os outros projetos

Este movimento enfrentou a existência de outros projetos no campo da Saúde Pública, com a postura de que a luta era travada entre a ciência e o obscurantismo, entre os métodos racionais e os “polítiqueros”, entre o passado e o futuro. Tomaram suas raízes, a formação americana, como sinal de superioridade tecnocientífica e, com isso, estimularam e deram forte justificativa às acusações de antinacionalistas, apelo ideológico bem adequado ao período, e não desprezado pelos adeptos de outro movimento.

Além disso, absorveram com dificuldade os projetos de atuação sobre grupos específicos da população, o que evidentemente apareceu como um problema de estratégia política, pois o que se buscava construir era uma nova relação entre a sociedade e o Estado, na qual a presença dos grupos populares como força social era fundamental para a constituição de um novo tipo de bloco político no poder.

Para que o seu projeto de política de saúde se tornasse o projeto do conjunto da sociedade, o Estado não poderia ser expressão de interesses corporativistas, o que parece ser uma das grandes características do período em estudo; e, além disso, a sociedade não poderia ser penetrada por interesses que não fossem essencialmente urbanos.

Não conseguiram perceber as mudanças do lugar onde se tomavam as decisões a Presidência e, na sua devida proporção, os executivos estaduais, como bem apontou Sonia Draibe em seu trabalho. Não perceberam que os grupos sociais ligados aos trabalhadores urbanos iam ocupar um papel privilegiado nas novas arenas decisórias, e que a medicina previdenciária iria jogar um

papel estratégico nas novas relações entre o Estado e a sociedade, no interior das políticas de saúde.

Quando as políticas sociais se abriram para um novo processo de incorporação dos interesses dos grupos sociais subalternos — cuja estratégia de organização dos serviços de saúde teve na medicina, curativa e individual, uma forma fundamental de se efetivar —, houve, para quem se colocava diferenciadamente — com esta distinção feita de maneira radical —, ao lado das ações sanitárias, em detrimento da prática médica individual, uma perda da possibilidade de atuar nos espaços sociais em que eram articuladas e definidas as referidas políticas sociais.

A sua “matriz discursiva” situava, neste momento, a Saúde Pública em posição de subalteridade — com referência à Assistência Médica — no interior do conjunto das políticas de saúde. Perdeu a sua contemporaneidade.

Soma-se a isso o fato de que considerava as divergências com os outros movimentos do campo da Saúde Pública mais estratégicas do que o enfrentamento da dicotomia que estava se instalando nas relações do Estado, perdendo ainda mais a sua atuação.

Mas esse “privilégio” não foi só deste movimento: o “vertical permanente especializado” também padeceu desse tipo de problema em relação a esta conjuntura.

Por isso, agora, é importante entender em que a outra estratégia era diferente desta que foi analisada, e por que ela acabou sendo mais pertinente nesta conjuntura, como modelo de organização das políticas governamentais no estado de São Paulo.

3.2 Os projetos do movimento “Vertical Permanente Especializado”

Os representantes deste movimento, como visto, eram procedentes das mais variadas origens. Alguns tinham formação na área de saúde da criança, como Waldomiro de Oliveira, outros na dermatologia sanitária, como Sales Gomes Jr. Mas todos se contrapunham às perspectivas do movimento “rede local permanente” e acabavam por alimentar-se das experiências dos sanitaristas da geração de Emílio Ribas e Osvaldo Cruz, das atuações de Belisário Pena e Artur Neiva, procurando uma versão mais moderna das estratégias campanhistas, associando os princípios da bacteriolo-

gia e da eugenia com os médico-sanitários, dentro de um enfoque clínico/higienista.

A partir destes enfoques constituíam modelos tecnologicamente distintos, adequados a cada caso específico, mas, dentro de uma estratégia organizacional semelhante, relativamente à estrutura burocrático-administrativa dos serviços.

Assim, o grupo dos "vertical permanente especializado" era formado por setores distintos, com interesses heterogêneos em suas áreas particulares. Como se verá, os dermatologistas santalários defendiam a intervenção exclusiva do setor público na organização dos asilos, enquanto os tisiologistas partiram para organizar uma relação mais dependente dos produtores de serviços privados nos sanatórios. Entretanto, uniam-se em uma mesma estratégia institucional, e de "respeito" a uma postura mais independente e "autônoma" em relação a cada grupo que se constituía como um serviço vertical e especial.

O conjunto de suas posições mostrou-se completamente incompatível com a perspectiva "médico-sanitária", que se baseava em uma visão unicausal do processo coletivo de saúde e doença, e a quem elegeram como o principal inimigo no interior dos serviços de Saúde Pública do estado de São Paulo.

As bases das idéias dos "vertical permanente especializado" sobre Saúde Pública situavam-se nas experiências paulistas das reformas do Serviço Sanitário Estadual ocorridas em 1918 com Artur Neiva, e em 1931 com Sales Gomes Jr., claramente explicitadas na organização do Departamento Estadual de Profilaxia da Lepra.

Relembra-se que em 1931 o secretário do Interior era Artur Neiva, a quem se subordinava Sales Gomes Jr., e que este dermatologista/higienista, durante esta conjuntura em análise, exerceu as funções de responsável pela Inspeção de Profilaxia da Lepra, e depois do Departamento Estadual da Lepra, no período em que não foi diretor do Serviço Sanitário.

Quando os adeptos do movimento "rede local permanente" referiam-se a estas reformas, ou a estes técnicos, falavam como se estivessem tratando de situações bem contrárias a seus princípios. Era o caso de Paula Souza na década de 30, como já visto, que dizia que Sales Gomes Jr., apesar de ter trabalhado com ele no Serviço Sanitário na década de 20, não havia estabelecido nenhuma afinidade com o seu projeto. O mesmo acontecia em relação a

Waldomiro de Oliveira, que foi o diretor do Serviço Sanitário após Paula Souza, e que tinha sido diretor da Inspeção de Centros de Saúde e Educação Sanitária formada na reforma de 1925.

Apesar de esses fatos já terem sido apontados, nos momentos em que foram expostas as políticas governamentais dos períodos assinalados, é importante recolocá-los para poder mostrar que foram as contribuições do conjunto desses técnicos, durante esses anos, que serviram de fonte de informação para a análise que segue.

Mas os dados sobre o Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL) serão tomados como os mais marcantes deste projeto, por serem a expressão mais acabada da ação deste movimento no interior das políticas governamentais do estado de São Paulo.

Neste particular são muito elucidativos os relatos de Flávio Maurano no seu livro *História da lepra em São Paulo*, publicado em 1939¹³. A impressão que este autor deixa é que Paula Souza foi o primeiro a inscrever algum tipo de serviço de combate à lepra em São Paulo como estrutura permanente dos serviços de Saúde Pública, mas sob uma concepção errônea dos serviços gerais de Saúde Pública, com a construção de sanatórios e não de asilos-colônias, como defendiam os verticalistas.

Em 1927, com a saída de Paula Souza assume a chefia da Inspeção o médico Aguiar Pupo, que consegue, com apoio de Waldomiro de Oliveira, acabar a construção do primeiro asilo-colônia de São Paulo, o Asilo Santo Ângelo. Os dados desta fase mostram que Paula Souza foi contra a sua construção, e na sua gestão retardou ao máximo o repasse de verba para isso, tanto que só com o próximo dirigente do Serviço Sanitário o asilo foi terminado.

Com a revolução de 1930, Sales Gomes Jr. passa a ter um papel mais relevante e joga todo o seu poder na constituição de uma política de combate à lepra, baseada nos asilos-colônias, que foram o eixo de organização do DPL. Isto se efetivou nos anos 30, e chegou a ponto de transformar esse departamento no serviço que mais recebia recursos financeiros de todos os outros do Serviço Sanitário Estadual.

As grandes diretrizes foram adotadas em função de conseguir:

¹³ MAURANO, F. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939. 2 vols.

(...) o isolamento, em grande escala, de doentes de lepra do Estado e conclusão de asilos-colônias para este fim; assistência ampla aos doentes internados, quer médica, quer jurídica e social; amparo à prole dos doentes pobres; desenvolvimento dos conhecimentos sobre a lepra; unificação e oficialização da campanha; apoio à cooperação privada, porém devidamente fiscalizada; racionalização econômica da campanha¹⁴.

Com o DPL, os dermatologistas/higienistas procuraram construir uma estrutura completa que desse todo o fôlego necessário para a efetivação de uma maciça campanha de detecção dos doentes, sua reclusão, bem como de seus comunicantes, e seu tratamento através da terapêutica médica. E para isto utilizavam de todos os aparatos próprios, desde serviços de apoio técnico-administrativos até os serviços-fim — hospitalares e ambulatoriais.

Eram uma permanente campanha sanitária, que associava educação sanitária, o cuidado médico individual e curativo e a assistência social.

Assim, constroem um projeto "misto", que associava a segregação com os atos preventivos, através de um aparato que propunha diagnosticar, curar e prevenir a lepra na sua especificidade epidemiológica. A Saúde Pública era entendida como o campo de práticas que permitia conhecer os fatores do meio, do homem e da doença, que se associam para a determinação de um problema de Saúde Pública — como diria Waldomiro de Oliveira, na sua fala no V Congresso Brasileiro de Higiene em 1929 —, e no qual o ato médico era um dos elementos nucleares das ações sanitárias.

Juntando o conjunto destas informações com aquelas anteriormente já relatadas, sobre o movimento "vertical permanente especializado", pode-se descrever as suas posições sobre as grandes questões que compõem as suas estratégias políticas.

a) O objeto de conhecimento

Para este movimento, também, os chamados problemas de Saúde Pública caracterizam-se como um fenômeno coletivo de

saúde e doença, cuja causa básica está determinada pela existência de agressores etiopatogênicos, que se associam à presença de uma situação individual favorável ao desenvolvimento de uma patologia, e que é permeável a uma prática controladora, através das ações sanitárias.

Entretanto, considera que há um imperativo no papel das causas específicas, pois, ao pensar a delimitação dos chamados problemas de saúde coletiva, acaba por privilegiar as especificidades etiológicas e a externalidade das causas. Assim, todo o "edifício" que constituiu o campo das ações sanitárias é formado pela composição de vários "edifícios" particulares, cada um vinculado a uma determinada questão considerada de Saúde Pública.

Os grupos sociais pobres são eleitos como os principais focos de problemas, porque neste movimento valoriza-se a visão mais "clássica" dos problemas coletivos de saúde, como produto de "contaminações" exteriores que a pobreza reproduz ou torna mais presentes.

Procura abordar esta dimensão: desses problemas coletivos através das ações de isolamento para, assim, controlar o contágio. Adota padrões clássicos da Saúde Pública que foram construídos no momento em que predominou o pensamento da corrente bacteriológica sem, no entanto, deixar de incorporar alguns instrumentos criados pela corrente "médico-sanitária", como as ações de educação sanitária, propondo no final o estabelecimento de serviços permanentes especializados para efetivar as ações de saúde.

b) Saberes e práticas; as finalidades das ações sanitárias e os trabalhadores deste processo de trabalho

Os adeptos do movimento "vertical permanente especializado" partem da idéia geral de que os processos patológicos coletivos são as pandemias, as endemias e as epidemias, que resultam da atuação de vários fatores desencadeantes ou facilitadores, que classificam como sendo referentes ao homem e ao meio.

A higiene pessoal, o controle médico dos doentes e de seus comunicantes, e o saneamento do meio são considerados os passos necessários para a obtenção da saúde individual e coletiva e para o controle de um problema específico, eleito concernente à Saúde Pública. Assim, o asseio, a alimentação, a ginástica, o repouso, a recreação e o cuidado médico são instrumentos utilizados para

¹⁴ *Idem*. *Ibidem*, p. 176.

atingir a saúde, coletivamente, através do controle dos fatores em nível individual.

A purificação da água, a existência de uma rede de saneamento básico; o tratamento final do esgoto e o combate às moscas e insetos transmissores são os instrumentais usados para o controle dos fatores do meio, em função da mesma problemática.

A bacteriologia, a engenharia sanitária, a medicina, a higiene e a assistência social são suas fontes para a elaboração das ações sanitárias diante de um dado problema de saúde coletiva. A organização destas ações, qualquer que seja o tipo de serviço, supõe a presença da educação como elemento coadjuvante e, em seu conjunto, torna-se vital para o combate de qualquer problema sanitário, independente de suas características específicas.

Valorizam as experiências vividas pelos serviços de Saúde Pública no Brasil, desde o começo do século, associando práticas típicas da polícia sanitária e da medicina curativa com ações de educação no combate de um problema em particular. Tomam os processos epidêmicos como de natureza distinta dos outros, e advogam que para eles deve existir os serviços campanhistas permanentes. Já para os quadros endêmicos, os aparatos têm de se estruturar de modo mais específico, contemplando todas as ações sanitárias acima discriminadas.

Diferentemente das outras correntes, bacteriológica e médico-sanitária, adotam uma postura de multicausalidade específica em relação a um determinado problema de saúde coletiva, incorporando, assim, as concepções das correntes anteriormente examinadas. O movimento "vertical permanente especializado" é extraído de uma corrente tecnológica que neste estudo está sendo tratada de "mista", pelas razões apontadas acima.

c) A organização institucional — o modelo assistencial

Este movimento, ao basear suas estratégias em ações que se especializam em decorrência de particularidades etiopatogênicas, acaba propondo que as instituições sanitárias devam também especializar-se em termos burocrático-administrativos, a partir de cada problema delimitado. Assim, a própria educação sanitária organiza-se a partir dessa lógica, distribuindo-se por todo o aparato sanitário, além de ser tratada como algo que por si só pode definir a existência de uma instituição especializada — o Centro de Saú-

de —, tendo em vista a formação da consciência sanitária nas crianças e mães, embora dizendo que os Centros de Saúde não devem substituir os aparelhos especiais e específicos de Saúde Pública, pois seu fim é a educação sanitária em geral e a assistência médico-sanitária imediata.

Quando estes princípios são considerados para executar um projeto de política governamental, é a priorização das especificidades das causas básicas de um problema de Saúde Pública que determina o perfil técnico-assistencial do projeto, além da constituição de serviços para clientelas específicas.

O que se busca não é a existência de uma causa única, mas a diversidade de causas. Assim, quando o problema está delimitado, o que vale é a sua especificidade, contra a qual se deve atuar com todos os instrumentais da Saúde Pública, e utilizando-se de todos os tipos de organização sanitária, em uma mesma estrutura burocrático-administrativa.

Este movimento procura organizar os serviços, identificados pelos tipos de problemas que tratam, com pessoal médico especializado no assunto e com todos os perfis possíveis de ações sanitárias que possam agir para controlá-los nas esferas individual e coletiva.

O médico acaba sendo, novamente, o profissional estratégico; mas trata-se de um médico especialista, com perfil higienista. A base da definição do próprio objeto está situada no plano da clínica e da patologia, mas explorando a sua determinação enquanto processo patológico expresso como fenômeno coletivo de saúde.

Acaba formando uma estrutura técnico-assistencial específica e autônoma, em relação ao conjunto dos serviços, trabalhando não com o conceito de uma rede básica de serviços gerais de Saúde Pública, mas com o de serviços especializados e paralelos.

Faz uma discussão interessante sobre o papel da Assistência Social como medida de Saúde Pública, ao incorporar, como parte do aparato sanitário, projetos responsáveis por políticas de combate à miséria. Assim, lutam pela formação de comissões que se responsabilizem por essas questões, mas subordinadas ao gerenciamento do setor de serviços de Saúde Pública, procurando associar os serviços públicos e privados na realização desta tarefa.

d) O Estado, a política e a maneira de se trabalhar na arena decisória

Trata-se de um projeto de política de Saúde Pública permeável

aos interesses setorializados, que se abre aos problemas mais clássicos, como as epidemias e endemias já tradicionalmente encaradas como questões de saúde coletiva. Aliás, isso ficou claro quando de suas atuações na criação de um serviço totalmente independente de combate à lepra, no interior dos serviços estaduais de Saúde Pública de São Paulo.

Este projeto supõe que o rumo das ações sanitárias deve ser dado pelos profissionais de saúde "sabedores" de que os problemas de Saúde Pública ligam-se àqueles dos grupos sociais marginalizados. Os adeptos deste movimento organizam-se até setorialmente para intervir nas estruturas responsáveis pela direção das políticas sociais e, a partir desta posição que ocupam em aparatos específicos, satisfazem as demandas particulares de setores "en-cravados" no aparelho de Estado. Dessa forma, identificam-se com os grupos para os quais a melhor maneira de organizar o aparato estatal é através da delimitação de arenas específicas na relação com os interesses dos diferentes setores sociais, constituídos de maneira corporativa.

A produção dos serviços paralelos, autônomos em termos tecnológicos e gerenciais, expressa essa postura que tem no Instituto Butantã, no Departamento Estadual da Lepra e no Departamento Estadual da Criança os seus modelos técnico-assistenciais básicos.

e) A sociedade e a conjuntura

Ao identificar claramente os bolsões de miséria como o *locus* principal dos problemas coletivos, o movimento "vertical permanente especializado" não incorpora como a corrente "médico-sanitária", através do movimento "rede local permanente", os problemas gerais da vida moderna e urbana, como algo que devesse preocupar os sanitaristas. Estavam mais interessados no "aprimoramento racial", como os eugenistas clássicos, e no "isolamento" como medida para controlar os pobres, propagadores de problemas sanitários e de defeitos da raça, criando instituições para isto.

Os defensores deste movimento entendiam que o modelo "rede local permanente", criado a partir da corrente "médico-sanitária", era antinacionalista e fora da realidade dos nossos problemas sociais concretos, por ser originário da escola americana. Argumentavam que isso provocava, nos adversários, uma falta de compreensão das causas do atraso da sociedade brasileira, que se

deve, segundo os adeptos do movimento "vertical permanente especializado", às doenças epidêmicas e endêmicas, e a traços raciais que dificultam o aprimoramento eugenístico do brasileiro. Sofrem a influência marcante do pensamento dos eugenistas — como Renato Kehl, Pacheco e Silva e outros — e do pensamento que se originou com a Liga do Saneamento, que teve em Monteiro Lobato e Belisário Pena alguns de seus grandes representantes, além do pensamento dos higienistas adeptos da bacteriologia, considerados pais da Saúde Pública brasileira.

Os membros da Liga do Saneamento, que identificavam na falta de saneamento um dos grandes males do Brasil, estavam, na realidade, querendo combater as principais doenças por eles identificadas como causas do atraso do homem brasileiro, tais como as anemias carenciais por verminoses e/ou a malária, que associavam ao estado de miséria e ignorância em que viviam as populações rurais, nesta particular relação entre saúde e educação.

Esta ideologia é inspirada na visão do Jeca Tatu e associa os grandes problemas que implicam falta de força física e mental com as doenças que "espoliam o sangue", e que passam a ser identificadas como os problemas prioritários da Saúde Pública e causas da "ociosidade e da ignorância".

Assim, têm facilidade para absorver demandas que ideologicamente tomam nossa realidade rural como um dado a ser priorizado, apoiando o conjunto das ações campanhistas para a zona rural, além de aderirem aos discursos da necessidade de vinculação dos serviços de Saúde Pública aos "reais problemas das massas populares".

Enfim, tomam como estratégia o "desenvolvimento e aprimoramento da raça", passando, de um modo geral, pelas ações educativas e pelas ações sanitárias que se propõem a eliminar as "doenças da pobreza", como causa e efeito, em círculo vicioso.

f) As estratégias de luta — as alianças, os outros projetos

Devido a características de um dos inspiradores do movimento "vertical permanente especializado", Belisário Pena, adepto do movimento "campanhista/vertical permanente", este é marcado pela intensa militância junto aos setores sociais reputados como alvos das pregações sanitárias. Belisário Pena estava fora do mundo acadêmico, a ele se contrapunha quando defendia para o

setor de serviços de saúde o controle sobre os órgãos formadores de recursos humanos e de pesquisas. Não lhe é estranha a militância política, usando-a para intervir no processo decisório. Tem tradição de serviço público e considera os membros do movimento "rede local permanente" como intrusos, assim como a todos os adeptos da corrente "médico-sanitária". Quando os primeiros chegam à direção dos serviços, os do "campanhista/vertical permanente" já ocupavam vários cargos de direção no interior dos serviços públicos estaduais paulistas, estreitamente articulados aos do movimento "vertical permanente especializado", com quem tinham grande afinidade de projetos.

Além disso, o conjunto destes movimentos "verticalistas" contou com o fato de Belisário Pena ter sido o primeiro diretor de Saúde do novo Ministério de Educação e Saúde Pública, e de ter sido, durante os anos 20, o dirigente do organismo nacional responsável pelo controle das endemias rurais. Não sonha com um Estado neutro, nem se prende a espaços como os dos Congressos de Higiene, aos quais pouco comparece.

Belisário Pena, quando convidado a falar sobre o impaludismo, no Instituto de Higiene de São Paulo¹⁵, no começo da década de 1920, enfatizou que não estava acostumado a aquele tipo de plateia, tão escolada e tão seleta, pois tinha vivido suas experiências junto aos setores populares e na construção dos aparelhos de Saúde Pública. Era membro do grupo de eugenistas que procurou formar uma Sociedade Nacional de Eugenia, junto com Pacheco e Silva, que era deputado constituinte em 1934 e com Renato Kehl. Este grupo tem um papel de destaque na difusão dos princípios da eugenia, e imprime a marca de suas doutrinas no interior dos projetos do movimento "vertical permanente especializado".

Apesar de tudo, o movimento "vertical permanente especializado", do mesmo modo que o "Rede local permanente", também é incapaz de entender o deslocamento que está ocorrendo nesse período, na constituição das políticas sociais, e assim não consegue se colocar na arena em que se decide a organização da política de medicina previdenciária, simplesmente porque isso não fazia parte de seu horizonte ideológico, expresso nas suas concepções técnicas assistenciais.

¹⁵ PENNA, B. Profilaxia do impaludismo no Brasil. *Boletim do Instituto de Higiene*, n.º 9, São Paulo, 1922.

O confronto entre o movimento "rede local permanente" e o "vertical permanente especializado" fica bem registrado quando são observadas as manifestações dos principais representantes dessas posições. Como já assinalado, quando Borges Vieira expôs seu documento básico, em 1935, tenta marcar claramente as suas divergências estratégicas com este movimento representado, no período, por Sales Gomes Jr., determinando o principal debate do período quanto aos modelos que a Saúde Pública paulista deveria seguir.

Depois da reorganização por que passaram os serviços de saúde pública do Estado, em 1925(...) assinalam-se, só no interregno de 1930 a 1931, cinco decretos-lei(...) que modificaram ou alteraram tais serviços (...)

Antes, quando o conceito da higiene pública resumia a ação do Estado em combater incidentes epidêmicos e em executar medidas de saneamento, era compreensível a unilateralidade da visão sanitária(...)

A contar(...) da primeira década do século, os países cultos (...) começaram a sentir o erro de tal concepção e ensaiaram organizações de serviço de saúde pública orientadas pela visão de conjunto dos problemas técnico-administrativos(...)

(...) Foi o que se pretendeu fazer em 1925(...)

As modificações parciais a que aludimos e foram operadas depois(...) acabaram proscrevendo o caráter orgânico do aparelho sanitário e levaram a consequências tais como: duplicidade inútil e antieconômica de órgãos; desarticulação de funções(...); prolongamento da ação do Estado em matéria puramente clínica, sem objetivos sanitários propriamente ditos, como se verifica com a simples assistência medicamentosa, que não educa(...)¹⁶

Este sanitarista deixou clara a sua posição em relação ao papel daqueles que dirigiram as reformas de 1918 e 1931; entretanto, essa polémica não tinha muito de novo, considerados os debates que já haviam sido travados por Ernâni Agrícola e Waldomiro de Oliveira, no V Congresso Brasileiro de Higiene, em torno do tipo de organização sanitária mais adequado para o nosso meio.

¹⁶ VIEIRA, B. São Paulo — Plano de reorganização dos Serviços Sanitários. *Op. cit.*, p. 143.

O mesmo não se pode dizer em relação à pertinência política destes projetos, quando se analisam as disputas sociais que permearam a conjuntura da transição ocorrida entre 1930 e 1937.

4. AS DISPUTAS SOCIAIS QUE SE TRAVARAM NA CONJUNTURA DE 1930 A 1937: A PERTINÊNCIA POLÍTICA DAS ESTRATÉGIAS DOS MODELOS TECNICO-ASSISTENCIAIS

Na década de 20, a burguesia agrária, junto com a financeira, mercantil e industrial, compunha as frações do bloco no poder. Eram grupos sociais que tinham seus interesses regionalmente situados, e que constituíram uma institucionalidade política, à base de acordos inter-regionais, que tinham na política de governadores o seu ponto mais estratégico.

As afinidades políticas ocorriam principalmente devido aos traços regionais e não por afinidades geradas pelo "pertencimento" ao setor econômico, em termos de economia nacional. Assim, a fração industrial paulista era um grupo politicamente representado pela fração dos cafeicultores à qual se subordinavam. Chegaram a ponto de, no começo da década de 30, opor-se às transformações que ocorriam, em função das suas alianças com a burguesia cafeeira.

Esta burguesia, fração predominante do bloco, não era "portadora" de um projeto de dimensão nacional para o conjunto da sociedade, o que lhe deu uma certa incapacidade para exercer seu papel de dirigente político, só efetivado graças à renovação permanente dos acordos inter-regionais e entre as várias frações da burguesia.

As bases sociais desse pacto de dominação eram restritas: as classes médias urbanas serviam como ponto de sustentação; a recusa era resolvida com a coerção e a sua democracia liberal efetivava-se de maneira limitada.

Conforme Maria Hermínia Tavares de Almeida¹⁷, a crise política resultou da fratura no pacto de dominação e no interior do aparelho de Estado. De um lado a ruptura entre os grupos regionais, de outro a rebelião de uma categoria funcional do aparelho de Estado: os

tenentes. Além disso, as classes médias urbanas engrossaram as fileiras da oposição, em torno de um projeto liberal-democrático.

Em 1926 ocorreu uma cisão que levou à formação do Partido Democrático, saído das entranhas da oligarquia paulista, mas que não tinha um projeto para a sociedade que fosse uma alternativa político-econômica à crise.

Os grupos de oposição à oligarquia ofereceram para o conjunto da nação, como alternativa, a necessidade de superar a realidade regional da sociedade e a necessidade urgente de construir um "verdadeiro" Estado nacional, que fosse representante dos interesses gerais da sociedade. As Forças Armadas, que se posicionavam como defensores de um regime liberal-democrático, viviam, na realidade, em uma sociedade liberal-oligárquica.

O tenentismo, como um grupo social em busca de um perfil político-ideológico, refletia no aparelho de Estado as possibilidades de superação da crise. Para tanto, propunha um Estado nacional centralizado e que levasse em conta os interesses das massas populares urbanas.

Sem dúvida, aqueles projetos existentes no campo da Saúde Pública, cujas raízes fincavam-se em estratégias sociais nacionalistas, anti-regionalistas e de pacto com os interesses setorializados identificados com o combate à pobreza, acabavam por beneficiar-se, por meio da adequação de estratégias, do cenário político do período. Esta identidade favorecia muitos adeptos do movimento "vertical permanente especializado", que, além de tudo, tinham, também, inspiração em Oliveira Vianna, na perspectiva de construção da nacionalidade, como muitos dos tenentes; almejavam a transformação da "massa-população" em "massa-nação", como diria este intelectual e militante político¹⁸.

Concordavam, também, que essa tarefa cabia estrategicamente ao Estado, realizador de uma política nacional que ditasse as normas para que os grupos sociais se orientassem, particularmente os "despossuídos".

Na confusa conjuntura do pós-30 em São Paulo, com as trocas constantes dos interventores — que representavam o difícil momento de construção de uma nova composição de forças sociais dirigentes —, Francisco Sales Gomes Jr. esteve presente em todos os momentos em que a conjuntura foi favorável às estratégias de

¹⁷ TAVARES DE ALMEIDA, M. H. *Estado e classes trabalhadoras no Brasil (1930-1945)*. Tese de doutoramento apresentada junto ao Departamento de Ciências Sociais da FFLCH da Universidade de São Paulo, 1978.

¹⁸ VIEIRA, E. A. *Oliveira Vianna e o Estado Corporativo*. São Paulo, Grijalho, 1976.

políticas públicas que se opusessem às reformas que os oligarcas paulistas da década de 20 tinham realizado. Apareceu defendendo políticas no setor, justamente no momento em que as alianças entre frações da oligarquia e os "antioligarcas" permitiam a constituição de novos significados para o conjunto das ações do Estado.

O que se buscava nas lutas sociais desta fase eram novas relações entre o Estado e o conjunto dos grupos sociais, fato que se prolongou por todos esses anos, até 1937. A superação do Estado oligárquico de base regional, pelo corporativista e populista, acabou por implicar a construção de uma nova forma de Estado capitalista no Brasil, processo que foi seguindo o caminho das reformas produzidas no interior do aparelho de Estado, e para as quais foram importantes as participações de determinados "técnicos", cujas estratégias de organização de políticas públicas, que apontavam para a construção de novos significados e rumos às ações do Estado e de novas instituições públicas, contrapunham-se às estratégias das oligarquias da década de 20, apontando para uma nova relação com os problemas das massas populares e para um novo tipo de bloco no poder.

Para os setores urbanos, a nova política sindical e previdenciária foi uma resposta que se configurou na constituição da nova forma de Estado. Mas, para o conjunto indiscriminado da população, parece que o papel de "protetor social das massas" foi cumprido por um conjunto de políticas sociais complementares àquela. A incorporação das massas trabalhadoras tornou-se crucial na busca de uma nova relação entre o Estado e os setores sociais.

Deste modo, a Saúde Pública foi ocupando este novo tipo de "lugar", o de uma política social complementar, que dificilmente se abriria para uma estratégia muito ampla e de expansão dos serviços como aquela do modelo do movimento "rede local permanente".

As arenas sociais que se foram constituindo tornaram-se estratégias para a definição do novo "lugar" das políticas sociais e do papel de seus formuladores. Até mesmo, a incapacidade dos vários movimentos do campo da Saúde Pública para perceber essas mudanças foi decisiva para a subalternidade a que a Saúde Pública foi relegada a partir desses anos, em relação à assistência médica previdenciária.

Para armar esta discussão sobre as arenas decisórias das

políticas sociais no período, e a pertinência política e social dos projetos em disputa, avaliando tanto a adequação das dimensões tecno-assistenciais quanto o papel dos formuladores e das bases sociais que pudessem dar-lhes realidade, exige-se uma atenção maior para com as grandes disputas políticas e os sujeitos políticos que se defrontavam na conjuntura em análise. Com isso, pode-se perceber um pouco melhor as características dos embates que se travavam entre as principais forças sociais que disputavam os novos conteúdos das relações sociais, naquele período.

No processo de luta social o tenentismo foi sendo configurado por diferentes correntes, que se foram fragmentando em várias tendências com o passar do tempo.

Como diz Maria Hermínia Tavares de Almeida¹⁹, os tenentes foram a força propulsora da derrubada da Velha República juntamente com a oligarquia oposicionista na Aliança Liberal; foram, também, a força propulsora do que seria feito de renovar no Governo Provisório pós-30.

Liana Aureliano da Silva²⁰, ao caracterizar o novo período que se iniciava, afirma que a crise política da conjuntura de 1930 a 1937 desdobrou-se na emergência de uma nova forma de Estado. Foi uma crise de hegemonia no sentido mais preciso. O poder do Estado era objeto da disputa que inicialmente se dava entre as oligarquias regionais.

Nesse quadro político, o Estado podia atuar com um certo grau de autonomia, mesmo que o fizesse de modo contraditório, devido aos divergentes interesses em jogo, porque nesta disputa estavam os tenentes, as massas urbanas e as várias frações das oligarquias regionais.

A industrialização passou a ser um marco estratégico para o processo de transformação que se vivia. O Estado "foi abrindo" sua estrutura para a participação de grupos não-oligárquicos, o que se deu no momento de ruptura da economia exportadora, antecedendo e estimulando a real base econômica da formação das classes em âmbito nacional, qual seja, a integração do mercado nacional nos marcos da industrialização.

¹⁹ TAVARES DE ALMEIDA, M. H. *Estado e classes trabalhadoras no Brasil (1930-1945)*. Op. cit.

²⁰ AURELIANO DA SILVA, L. M. *No limiar da industrialização*. São Paulo, Brasiliense, 1981.

Vale assinalar que o início do processo de recuperação da crise econômica, já a partir de 1933, refletiu-se positivamente nos itens referentes às indústrias, segundo o estudo de Liana Aureliano da Silva²¹.

Historicamente estas alterações alongaram-se por todas as décadas seguintes e tiveram como desdobramento a formação de uma fração industrial que passou a ter seus interesses sociais independentes daqueles da oligarquia agrária. Porém, isto só se deu de maneira mais completa na década de 50, com o processo de "industrialização pesada".

A abertura do Estado para a atuação de novos elementos e o desenrolar da crise foram permitindo, enfim, a aparição de uma nova forma de Estado, na qual tem papel estratégico, como dirigente político, a própria estrutura do executivo federal.

Sonia Draibe afirma que o Estado, que se reorganizou neste período, tinha no Gabinete da Presidência uma das principais arenas para a constituição da política econômica. Desta forma, o espaço do executivo passou a ser disputado pelas forças sociais desta conjuntura, que tinham projetos de reformas sociais. Mas nem todas as forças "portavam" estas estratégias de reformas por dentro do Estado; havia forças articuladas aos setores populares que buscavam outros caminhos. Foi o caso da ANL. Entretanto, a prática destes novos elementos, dentre os quais se destacaram os tenentes, que buscavam um Estado forte, centralizado e nacional, foi constituindo um conjunto de estruturas "conforme o figurino corporativista", do qual a Previdência Social e a estrutura sindical são fortes exemplos, e com os quais se consolida uma prática política por dentro do aparelho de Estado.

A derrota dos projetos das forças sociais mais conservadoras, como a oligarquia cafeeira paulista, e das mais "avançadas", como a nacional-popular, acaba por consolidar aquele figurino.

Todas as relações com o Estado davam-se sob a forma corporativa, qualquer que fosse o grupo social considerado, haja vista que os próprios setores empresariais também estabeleciam suas relações desta maneira.

A atuação do Governo Provisório modificou alguns componentes-chave da organização social e política anterior. Acabou com os impostos regionais, criou conselhos técnicos nacionais sobre várias

questões, consideradas estratégicas do ponto de vista econômico e político, como o Conselho Nacional do Café e o Instituto do Açúcar e do Alcool. Atuou também nas questões ligadas aos direitos dos trabalhadores urbanos com a legislação trabalhista, procurou dar um caráter nacional a determinadas políticas públicas — como a Saúde Pública, que atuava como elemento complementar no novo conjunto das políticas sociais. Procurou reorganizar as instituições políticas defendendo a representação classista no parlamento e as indicações de representantes governamentais não-eleitos na Constituinte.

Toda a organização desses tipos de arenas decisórias ocorreu com a intervenção dos grupos sociais, que se estruturaram em torno das práticas políticas e ideológicas, que tomaram a constituição do Estado nacional e a incorporação dos interesses setorializados no interior da estrutura desse Estado como uma de suas estratégias principais.

O movimento "rede local permanente", com os seus tipos de militantes e com seus projetos, ficou em situação desfavorável em relação ao "vertical permanente especializado", pois além de não ter espaços institucionais consolidados no interior do executivo estadual, "portava" um ideário próximo dos projetos liberal-democráticos que estavam "em baixa" nesse momento. A ausência desses espaços ocorreu porque a reforma de 1925 não se consolidou, e porque os seus opositores tinham adeptos no interior do aparelho de Estado mesmo antes de 1930, como era o caso de Waldomiro de Oliveira, que foi o diretor do Serviço Sanitário Estadual entre 1927 e 1930.

Antes do golpe de 1930 já se via um crescimento do "autonômico" nos serviços de Inspeção da Lepra, que vinha se consolidando desde o processo de transformação iniciado na fase de Artur Neiva, ou seja, a partir de 1918.

Em uma conjuntura que jogou a favor dessa presença organizada no interior do aparelho de Estado, e da pertinência política dos projetos que se espelhavam no ideário nacionalista e corporativo, os grupos do movimento "vertical permanente especializado" só poderiam se consolidar. Rapidamente, eles organizaram os seus serviços de acordo com a reforma de 1931, contando com as semelhanças entre suas estratégias e os interesses mais gerais dos projetos que propunham a mudança da organização política. Tinham um ideário de nação e de raça semelhante, e estavam bem

²¹ AURELIANO DA SILVA, L. M. *Op. cit.*

encastelados nas instituições públicas que lhes favoreciam o acesso a níveis decisórios.

Os representantes paulistas do movimento “rede local permanente” retiraram-se para os institutos de ensino e pesquisa. Perderam aquele ímpeto que tinham para organizar os seus Congressos de Higiene, devido ao clima de repressão que se instalou. Durante todo o período Vargas não ocorreu mais nenhum Congresso de Higiene. Estes só voltaram a acontecer após o fim do Estado Novo.

Tudo indica que os adeptos deste movimento não tiveram espaços de atuação nas principais arenas decisórias, e que seus vínculos a um projeto técnico-assistencial de inspiração americana, que tinha a pretensão de apagar toda a história anterior como uma fase pré-científica, tenham-lhes custado caro.

O que se viu foi, enfim, a organização no interior das instituições governamentais de um processo de discussão e decisão sobre a organização do campo da Saúde Pública.

Desapareceu a manifestação no interior da sociedade civil dos diversos movimentos sanitários, pois esta sociedade também passou a ocupar um lugar secundário no processo de produção do significado das ações sociais; para estas tarefas tornaram-se privilegiadas as instituições estatais e os grupos que ocupavam seus espaços de direção.

O fato de que os adeptos do “vertical permanente especializado” estavam bem “enclavados” no interior do aparelho de Estado, e de que tinham conseguido com isso uma nítida predominância nas disputas que ocorreram, chegou a ponto de que nem mesmo a mudança de alguns dirigentes conseguia alterar o rumo no qual se consolidaram as políticas do setor, como ficou evidente em 1935.

A fase de transição iniciada na década de 20 tinha encontrado seu novo rumo. A disputa entre o movimento “rede local permanente” e o “vertical permanente especializado” tinha achado o seu desfecho. Qualquer tentativa de alteração desse rumo exigiria a presença de novas bases sociais que mudassem o Estado e sua relação com os grupos sociais como um todo. E nem na fase de Armando de Salles Oliveira, quando adeptos da corrente “médico-sanitária” voltaram a cena, isto aconteceu.

Por volta de 1932/33 vários setores da oligarquia tinham conseguido capitalizar os sentimentos dos setores médios urbanos, que buscavam a construção de uma sociedade democrática e tomavam

o período da Constituinte como marco para superar a fase do Governo Provisório. Os tenentes contrapuseram-se ao fim deste governo, mas foram derrotados.

A partir deste momento, assiste-se ao declínio e à fragmentação deste grupo, o que levou a uma nova forma de organização dos setores oligárquicos em torno dos partidos estaduais e com rearranjos em termos de alianças, como ficou evidente na luta de Armando de Salles Oliveira pela sucessão presidencial de 1937.

Conforme Maria Hermínia Tavares de Almeida²² a divisão do grupo dos tenentes fez-se pelo menos em três direções básicas: o integralismo à direita; à esquerda, com a Aliança Nacional Libertadora; e à dissolução na burocracia estatal, formando-se um grupo varguista.

Para os tenentes, São Paulo era uma das principais frentes de luta, e tinham colocado como meta prioritária a destruição do poder de sua oligarquia.

São Paulo foi um palco estratégico para o desenrolar destas situações, não apenas por ser o principal estado da Federação — pólo econômico do período anterior — mas também por ser o reduto em que se concretizava de modo mais consistente a institucionalidade política e a hegemonia da oligarquia.

É interessante observar que o declínio dos tenentes se deu sem a desparição da oligarquia, que, entretanto, não sobreviveu nos mesmos moldes da Primeira República. Não era mais o principal condutor da política na sociedade brasileira — a fase do Governo Provisório lhe tinha sido fatal.

Acompanhar esse processo é não apenas muito elucidativo do que já foi dito, como também é fundamental para clarear ainda mais a análise realizada atrás.

O estudo de Maria Hermínia Tavares de Almeida, já citado, é considerado muito pertinente ao raciocínio que será exposto, principalmente porque não é parte desta investigação um desenvolvimento particular e intenso deste tema, além do que aquele estudo já realizou.

Conforme essa autora, a presença tenentista em São Paulo foi marcante, e isso se deu até julho de 1933, quando Armando de Salles Oliveira foi indicado interventor do Governo Provisório. Os

²² TAVARES DE ALMEIDA, M. H. *Estado e classes trabalhadoras no Brasil (1930-1945)*. *Op. cit.*

tenentes desde o início disputaram o governo com os membros do Partido Democrático. A formação do secretariado dos primeiros interventores deu-se com a presença daquele partido, mas foi no governo de João Alberto que o PD, detentor de praticamente todo o secretariado, rompeu a aliança política com os tenentes. Após esse episódio, o interventor buscou construir novas alianças com setores da oligarquia, e conseguiu, quando pôde, instituir uma ligação política mais estreita com setores do PRP.

Além de João Alberto, teve presença marcante neste período o tenentista Miguel Costa, que controlava a Força Pública paulista após a revolução. Aliás, era estratégia dos tenentes tomar as rédeas da administração paulista pelo controle daquela Força, pela criação e controle do Departamento de Ordem Política e Social (DOPS), e pela estruturação da Comissão de Organização Municipal.

Os tenentes procuraram a adesão dos setores populares, e para isso não só viabilizaram aumentos salariais para os operários urbanos, como também organizaram a Legião de Outubro em direção à conquista das massas populares. O capitão J. Mendonça foi um dos organizadores dessa legião, junto com Miguel Costa.

Miguel Costa atuou em direção ao estreitamento dos vínculos com os setores populares, de modo a constituir a base social das mudanças pretendidas. Dando coerência a essa estratégia política, organizou o Partido Socialista e mais tarde tornou-se membro da ANL.

João Alberto fez um outro percurso, caminhando na direção da aliança com setores da antiga oligarquia, e acabou por estabelecer estreitas relações políticas com frações deste grupo social.

No começo dos anos 30, dentre as duas propostas que existiam para o enfrentamento da crise, ganhou aquela que favoreceu o setor financeiro em detrimento do setor produtivo. O PD e o PRP debateram-se em uma luta acirrada muito bem explorada pelo interventor J. Alberto, e que levou à ruptura do PD com Vargas. Ele jogou com a insatisfação dos cafeicultores com a política econômica de J. M. Whitaker, ministro da Fazenda do Governo Provisório. Ocasionalmente a queda de Lauro de Camargo, o que acabou provocando a saída do ministro e, dois meses depois, levou ao rompimento do PD com Vargas.

A substituição de Whitaker por Osvaldo Aranha fez com que os paulistas perdessem o contato com os níveis decisórios da política

econômica, o que já se avizinhava com a criação do Conselho Nacional do Café, pelo próprio Whitaker.

Os paulistas sentiram-se marginalizados com a política do Governo Provisório e formaram a Frente Única. A fração industrial manteve-se junto a esta frente, porém a curto prazo seus interesses começaram a diferenciar-se em relação à economia mercantil exportadora.

Em 1931, com o início da luta da oligarquia paulista pela Constituinte, a frente das velhas oligarquias obrigou o governo federal a cumprir esta pauta da revolução, ou seja, a convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte. Em São Paulo, com a formação da Frente Única, que, com o tempo, tornou-se um mecanismo da batalha das oligarquias paulistas pelo poder político no pós-30, elegeu-se uma forte representação da oligarquia no processo constituinte de 1933/34.

A Frente Única tinha como horizonte a organização de um regime liberal-democrático, suficiente como plataforma de luta, mas insuficiente como programa de governo de transição.

Na Assembleia Nacional Constituinte viu-se uma divisão entre os antigos setores dominantes e uma consolidação dos projetos dos tenentes em vários campos. O perfil da Constituição refletiu um regime liberal-democrático com elementos institucionais corporativistas.

A presença de São Paulo na Constituinte de 1934 gerou fatos interessantes relativamente ao campo da saúde. Um de seus constituintes era Pacheco e Silva — eleito pelo grupo da chapa única “Por São Paulo Unido”, que juntou os perrepiistas aos partidários de Armando de Salles Oliveira —, que se dizia discípulo de Miguel Couto e eugenia convicto.

Como pontuado atrás, as alianças formadas em torno das questões de saúde discutidas no processo constituinte não respeitaram muito as que ocorreram no processo político-partidário. É o caso de deputados eleitos por aquela frente, que se identificavam, no que diz respeito ao campo da saúde, com as forças nacionalistas, eugenistas e corporativistas.

Por exemplo, Pacheco e Silva, em São Paulo, atuava junto com os adeptos do movimento “vertical permanente especializado” nas propostas que tinham como horizonte os serviços especializados. Foi presidente da Comissão de Assistência Hospitalar formada nessa época e esteve vinculado às ações coletivas de saúde na área

de higiene mental e à organização da assistência hospitalar aos doentes mentais. Dentro das alianças estabelecidas entre os defensores dos serviços especializados, apoiou os dermatologistas/higienistas, que defendiam o Departamento Estadual de Profilaxia da Lepra. O projeto que apresentou na Constituinte Nacional — e que também serviu de base para a sua atuação na fase da Constituinte do estado de São Paulo, após a promulgação da Constituição federal — confirmava aquele horizonte dos verticalistas e propunha como primeiro item, relativo às incumbências da União, Estados e Municípios, que aqueles poderes caberia “(...) *velar pela saúde pública, assegurando o indispensável amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e estimulando os serviços sociais cujas finalidades procurará coordenar*”²³.

Deu continuidade às incumbências propondo:

- incentivar a educação eugênica e sexual;
- amparar a maternidade e a infância;
- socorrer as famílias de prole numerosa;
- proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;
- adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbilidade infantis;
- adotar medidas de higiene social, visando impedir a propagação das doenças transmissíveis;
- cuidar da higiene mental, incentivando a luta contra os venenos sociais;
- todos os problemas relativos à saúde e à assistência públicas serão estudados e coordenados por Conselhos Técnicos e pelos órgãos criados visando ao aperfeiçoamento da raça²⁴.

Este constituinte-paulista disse que seu projeto teve o endosso dos profissionais da saúde, como Miguel Couto, que foram atuantes naquele fórum nacional, de 1933 a 1934. Com isso, mostrou que o grau de penetração de seu ideário acompanhava aquele dos adeptos do movimento “vertical permanente especializado” e que esse ideário estava presente em todas as disputas que ocupavam os espaços socialmente definidos — por esta conjuntura — como os

lugares de construção das novas relações no campo da Saúde Pública, os quais abrangiam os poderes executivo e legislativo; o mesmo não ocorria em relação aos adeptos do movimento “rede local permanente”, nesse período.

O processo constituinte, apesar da oposição dos tenentes, inscreve, em termos jurídico-políticos, novas alternativas relativamente à organização oligárquica da sociedade brasileira, impulsionando a estruturação de um novo Estado dentro dos moldes corporativistas, mas leva os tenentes a uma crise definitiva.

Sem dúvida, as instituições do período constitucional, produto das reformas do Governo Provisório e da atuação dos tenentes, contribuíram para a progressiva eliminação do poder oligárquico, e para a construção da nova forma de Estado, nacional, corporativista e industrializante.

No fim da crise econômica, a fração burguesa industrial já não se fazia representar como fração regional dos partidos estaduais paulistas. Agora, representava-se nos canais corporativos junto ao aparelho de Estado.

O governo, ao mesmo tempo que possibilitava essa forma de organização para os vários setores dominantes, criando uma nova forma de relação entre eles, praticava uma repressão aos setores populares e às suas formas de organização autônomas, intensificando as estruturas corporativas via Previdência Social e sindicatos.

Isto, efetivamente, se deu no meio de conflitos sociais que poderiam ter alterado todo esse desenlace, pois a ausência de uma solução mais efetiva para a crise de hegemonia que caracterizava o período de transição levou ao crescimento do movimento popular, devido à estratégia organizada pela ANL, o que acabou fazendo com que as frações dominantes se unificassem em torno do governo de Vargas e se colocassem contra as regras liberal-democráticas, selando definitivamente o rumo adotado na construção do Estado nacional corporativo.

Em 1935, rompeu-se a articulação entre o PD e o PRP, e formou-se o Partido Constitucionalista, que ganhou os quadros do PD, setores do PRP, e tornou-se o sustentáculo do governo de Armando de Salles Oliveira.

De 1935 a 1937 o governo Vargas, com apoio dos setores oligárquicos e particularmente dos membros do antigo PD, atuou sob estado de sítio. Os setores sociais subalternos politicamente orga-

²³ PACHECO e SILVA, A. C. *Documentos de atividade parlamentar. Op. cit.*

²⁴ *Idem. Ibidem.*

nizados não foram chamados para a constituição de nenhuma aliança e tiveram de ser controlados pelo aparelho repressivo, que, paradoxalmente, acabava por se voltar contra várias das frações dos setores dominantes, após 1937.

Todo esse processo mostrou que as articulações já não eram mais as mesmas, e que nem São Paulo era o mesmo. O PRP, por exemplo, apoiava José Américo; enquanto a União Democrática Brasileira, de Armando de Salles Oliveira, animava-se com o fortalecimento do poder executivo.

Com esta nova articulação do governo de São Paulo pelos armandistas, os membros do PRP foram perseguidos e retirados da administração estadual, à qual voltaram após 1937, com o golpe.

Como diz Maria Hermínia Tavares de Almeida, a fragmentação das forças dominantes em São Paulo mostrou como foi transformadora a conjuntura política no desenvolvimento de novas relações entre o Estado, as classes e a sociedade; e o quanto se caminhou para a construção de uma nova forma de Estado, além de ser um marco no processo de superação da fase de transição.

O golpe de 1937 encontrou a simpatia dos industriais e o silêncio do PRP, cujos adeptos voltam ao poder governamental sem partido e sem ordem institucional legal. Quando, após 1945, reorganizam-se as forças partidárias, a organização político-partidária foi bem diferente do pré-1930.

A experiência vivida nesta fase do governo de Armando de Salles Oliveira foi definitiva para mostrar que o trajeto das políticas de Saúde Pública tinha sido colocado nos trilhos do projeto dos “verticalistas”, o que é demonstrado pela passagem de Borges Vieira no executivo e pela consolidação dos serviços paralelos. Esses dois eventos traçam também os parâmetros de construção das políticas de Saúde Pública legados desta fase que se inicia com o Estado Novo.

Com tudo isto, o que se quer dizer é que, apesar da restrita visão que seus formuladores tiveram das questões de saúde que começavam a ser tratadas pela Previdência Social — e, assim, o terem se excluído das arenas definidoras do campo de organização da assistência médica como parte das políticas públicas de saúde —, constituíram-se na principal corrente a dar os rumos para a Saúde Pública. Quanto a isto, foram efetivamente pertinentes à conjuntura política que definiu o significado e o rumo das ações sanitárias no período, dando-lhes a forma de seu modelo techno-assistencial.

Dentro desse processo em São Paulo, foi exemplar a atuação dos técnicos que tornaram possível a institucionalização do Departamento de Profilaxia da Lepra, o modelo institucional mais acabado do movimento “vertical permanente especializado”. Exemplar não só pelo lado da conformação do modelo techno-assistencial, mas também da militância que empreenderam para a sua viabilização.

Este tipo de modelo viu-se em discussão quando da reforma administrativa que resultou, em 1948, na criação da Secretaria Estadual de Saúde Pública e Assistência Social. Neste momento, algumas perspectivas da corrente “médico-sanitária” reaparecem nas políticas de Saúde Pública em São Paulo. Isso se deve, provavelmente, à influência das experiências do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) a partir de 1942, quando foi introduzida de uma maneira mais elaborada a questão dos programas de Saúde Pública e a formação de uma rede básica para estender a cobertura dos serviços de saúde.

Entretanto, isso ocorre dentro da estratégia dos projetos verticais, o que faz com que a incorporação desses serviços básicos se dê de maneira “heterodoxa”, descontextualizando-os das estratégias globais do movimento “rede local permanente”, como se gerasse um movimento do tipo “rede local verticalizada”.