

Massako Iyda

CEM ANOS DE
SAÚDE PÚBLICA
A cidadania negada

Editora
UNESP

Copyright © 1993 by Editora UNESP

Direitos de publicação reservados à:
Editora UNESP da Fundação para o Desenvolvimento
da Universidade Estadual Paulista (FUNDUNESP)

Av. Rio Branco, 1210
01206-904 – São Paulo – SP
Fone/Fax: (011) 223-9056

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Iyda, Massako

Cem anos de saúde pública: a cidadania negada / Massako Iyda.
– São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994. –
(Prismas)

Bibliografia.

ISBN 85-7139-055-X

1. Medicina preventiva – Brasil 2. Política médica – Brasil
3. Saúde pública – Brasil – Aspectos sociais 4. Saúde pública –
Brasil – História, 1889-1978 I. Título. II. Série.

94-072

CDD-614.0981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil: Saúde pública: História, 1889-1978 614.0981



SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	11
APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15
O CARÁTER EVENTUAL DA SAÚDE PÚBLICA: AS COMISSÕES (ATÉ 1889)	23
A FORÇA DE TRABALHO E A CONEXÃO INTERNACIONAL (1889-1930)	33
A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: A RACIONALIDADE TÉCNICA (1930-1945)	55
A CRIANÇA, O TRABALHADOR RURAL E A NECESSIDADE DO CONTROLE DA IRRACIONALIDADE (POLÍTICA) (1945-1964)	77
O SONHO DOS SANITARISTAS E O RETORNO À RACIONALIDADE (1964-1978)	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: A RACIONALIDADE TÉCNICA (1930-1945)

Os anos 30 marcam a perda de hegemonia da burguesia cafeeira e a incapacidade das oligarquias regionais de assumir o poder. A crise mundial de 1929 afeta profundamente a burguesia cafeeira que, neste mesmo ano, conta com uma grande produção agrícola. Estas crises econômicas, somadas aos conflitos entre a burguesia e outras frações que já se desenvolviam nas décadas anteriores, se expressam nas eleições de 1930.¹

Diante desta crise econômica e política, inaugura-se uma nova etapa da sociedade brasileira, que se caracterizará pela centralização do poder, que passa a ser o árbitro dos diferentes interesses e, como tal, o governo federal ampliará sua área de atuação e controle, inclusive na área de saúde.

Como mostra Gomes,²

a construção do projeto ideológico do Estado Novo evidencia que a busca de legitimação da autoridade se dá de uma forma e por motivos completamente distintos daqueles que fundaram a legitimidade dos regimes anteriores. A competência da autoridade reside exatamente no abandono dos problemas políticos e no fato de se concentrar em uma série de objetivos englobados e definidos como medidas responsáveis pelo bem-estar social. A questão social

1. É por estas características deste momento de crise de hegemonia, em que nenhuma fração da classe burguesa consegue domínio político e a classe trabalhadora encontra-se ainda em constituição, que alguns autores assinalavam a Revolução de 30 como uma "revolução por alto" ou bonapartista.

2. A. M. C. Gomes, "O redescobrimto do Brasil", in L. L. Oliveira et al., *Estado Novo...*, 1982a, p. 120.

assume a dimensão simbólica de emanação dos males brasileiros e a bandeira identificadora do cerne do projeto político-ideológico do Estado Novo.

A República perdera sua legitimidade ao ignorar as massas, cabendo ao novo regime integrá-las, dentro de preceitos liberais, a um novo ideal não de democracia política mas de justiça social.

Como nota Gomes,³ “a nova democracia tinha o ser humano como alvo de suas preocupações, não desejando nem sua desintegração, como ocorria no liberalismo, nem sua estatização, como ocorria no totalitarismo”. Ao regime cabia uma forma de integração divergente dessas experiências, e essa integração dar-se-ia pelo trabalho, como valorização do homem.

Pelo trabalho o homem conquista a prosperidade econômica, cultural e intelectual, o respeito e a proteção do Estado. A ordem política se destina a assegurar a paz, a concórdia, o bem-estar, a felicidade dos que trabalham pelo bem comum ... O trabalho – outrora forma de escravidão – é hoje um meio de emancipação da personalidade ... Viver honestamente do trabalho é o maior dever do cidadão e sua mais alta virtude, no Estado Moderno...

assim afirma Andrade, um dos ideólogos do Estado Novo.⁴

A “democracia” a ser implantada não era para preservar a liberdade política, mas para distribuir a justiça social.

O que há de eterno no ideal democrático é esta aspiração de justiça social. Mesmo o problema da liberdade, exagerado pelos filósofos do liberalismo, passava a segundo plano diante do problema da justiça... pois a liberdade só se legitima quando é justa... o problema fundamental é o obter justiça melhor e mais perfeita do que a que tem sido ministrada e não de conquistar uma liberdade que já lhe foi concedida pela graça da lei, inspirada na doutrina liberal...⁵

Deste modo, o próprio sentido de política passa a ser revisto e o Estado passa a se constituir “no que deve ser: uma técnica de construção do povo”, que, como nota Cunha,⁶ “precisamente quando o Estado assumiu feições mais marcantes do exercício de poder, a administração pública passou a ser entendida como técnica, ou que toda ação do Estado se pudesse exercer através de uma organização de caráter técnico ...”.

Campello de Souza⁷ mostra os mecanismos de centralização utilizados, a partir de 1930, com a “progressiva ocupação do espaço organizacional e decisório

3. A. M. C. Gomes, op. cit., p. 126.

4. R. C. Andrade apud A. M. C. Gomes, op. cit., p. 126-7.

5. Idem, p. 129-30.

6. M. W. V. Cunha, *O sistema administrativo brasileiro...*, 1963, p. 6.

7. M. C. Campello de Souza, *Estado e partidos políticos no Brasil (1930 a 1964)*, 1983, p. 84.

das agências burocrático-estatais”, às quais o Departamento Nacional de Saúde (DNS) se integra. A ocupação do espaço é demonstrada pela Constituição de 1934, que inclui “um capítulo especial sobre os funcionários públicos, enumerando todos os princípios e normas que lhes dizem respeito, inclusive a votação de um Estatuto do Funcionalismo Público (1934), estabelecendo os princípios de organização da função pública ...”.⁸

Campello de Souza⁹ observa que

sem qualquer modificação radical na estrutura sócio-econômica encaixavam-se no sistema político novos grupos e interesses, devidamente captados e burocratizados ... a implantação do Estado centralizado e forte significou ... uma redefinição dos canais de acesso e influência para articulação de todos os interesses velhos e novos com o poder central ...

O novo regime busca a unificação, intervindo nos estados e implantando uma rede de órgãos burocráticos via interventorias e DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público), ambos sujeitos ao presidente da República. Este último substituiu o Conselho Federal de Serviço Público, em 1937, e, como nota Graham,¹⁰ resulta do modelo americano:

For some thirty five years Brazilian leaders in the public administration field have been trying to initiate fundamental change in their nation's administrative system by imposing concepts and techniques borrowed from American experience. They have attended to create a “modern” public personnel system which will replace favoritism and patronage with rational recruitment practices and they have devoted considerable time and effort toward putting into practice ideas and techniques from the economy and efficiency movement in the United States ...

influência esta assinalada, também, por Cunha.¹¹ Este mesmo autor mostra que o DASP, instalado em 1938, centralizou a reforma administrativa, tendo poderes para elaborar o orçamento dos órgãos públicos e o controle contábil da execução orçamentária. A multiplicação dos novos aparelhos burocráticos, encarregados de reformar as atividades de educação, saúde e agricultura, acentuou sua importância na montagem de uma estrutura de poder e a possibilidade de absorver as novas forças sociais surgidas nas décadas de 1920 e 1930 (as classes médias urbanas, o proletariado).

8. C. C. Rodee, T. J. Anderson e C. Q. Christol, *Introdução à ciência política*, 1959, p. 323.

9. M. C. Campello de Souza, op. cit., p. 85.

10. L. S. Graham, *Civil service reform in Brazil*, 1968, p. 4.

11. M. W. V. Cunha, op. cit., 1963.

Campello de Souza¹² ressalta que

em São Paulo e no Rio Grande do Sul, estados política e culturalmente mais complexos e resistentes à sujeição do centro e que, além disso, possuíam fortes milícias estaduais, o governo federal viu-se obrigado a estabelecer um sistema de rodízio de interventores, provavelmente em virtude de tensões que este mecanismo ocasionava, e também, para evitar um rápido encastelamento das novas máquinas políticas ...

ou também, em decorrência dos conflitos de interesses, que marcam o período de 1930 a 1938 (Revolução Constitucionalista, Constituição de 1934, formação do Partido Integralista).

Conseqüentemente, este sistema de rodízio repercutia nos órgãos estatais, obstando qualquer tentativa de organização mais autônoma em relação ao poder central. Uma das dificuldades, na organização sanitária, que se segue à gestão de quatorze anos de Emílio Ribas, foi a troca dos responsáveis: “a permanência média, no período anterior a 24 de outubro de 1930, foi maior, sendo 740 dias. A média para nomeados entre 20 de outubro de 1930 a 26 de julho de 1948 foi de 203,81 dias ...”.¹³

A princípio, o sistema de interventores, na área da saúde, parece ter sido mais direto, sem intermediação de quadros locais. Barros Barreto,¹⁴ ele próprio delegado de saúde, em São Paulo, em 1931, ao analisar a organização dos serviços de saúde nos estados, mostra a ligação do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e as Delegacias Estaduais para o progressivo aprimoramento dos serviços locais sob bases uniformes.

Hoje, Amazonas e Piauí têm médicos do DNS na direção das suas repartições sanitárias ... Na Paraíba, aquele cargo de assistente do diretor foi preenchido por técnicos federais de 1935 a 1938 ... Em Sergipe ... há um mês o cargo está ocupado por um técnico do DNS porque assim o recomendou o Sr. Presidente da República ...¹⁵

Em 1939, em treze estados, os diretores de saúde ou assistentes de diretores eram técnicos do DNS. Em 1941, retoma-se a “iniciativa de mesma estreita

12. M. C. Campello de Souza, op. cit., 1983, p. 88 ss.

13. R. S. Mascarenhas, *Contribuição para o estudo da administração...*, 1949, p. 28.

14. J. Barros Barreto, “A organização da saúde pública no Brasil”, 1942, p. 169-215. Barros Barreto foi, em 1914, diretor de Higiene do Estado do Rio de Janeiro; bolsista da Fundação Rockefeller, na Johns Hopkins University, área de Higiene Industrial, em 1924; assistente de diretor geral do Departamento Nacional de Saúde entre 1926 e 1929; diretor do mesmo departamento, de 1935 a 1939 e de 1941 a 1945; e vice-diretor da OPS, em 1942 (Labra, op. cit., 1985).

15. J. Barros Barreto, op. cit., 1942, p. 205.

vinculação, que se vai assegurando pela mesma forma ou pela atuação eficiente das Delegacias Federais de Saúde”.¹⁶

A partir de 1930, e dentro desta estratégia federal, a Saúde Pública ocupa um maior espaço institucional e, inclusive, como assinala Cunha,¹⁷ “por pressão dos intelectuais e militares na criação de novos serviços ... num período de dificuldades financeiras ... em que a administração federal não se propõe a grandes esforços de aprimoramento”. Esta pressão resulta, em 1931, na criação do Ministério de Educação e Saúde e, em nível estadual, da Secretaria de Educação e Saúde Pública. Em 1935, esta é reorganizada, e aquele em 1937, como resultado de “um dos raros esforços do Legislativo para reformar a administração”,¹⁸ num período de intenso desgaste da organização constitucional, de desmoralização do Congresso pelas classes dominantes, divididas entre interesses econômicos divergentes dos grupos agrícolas, grupos financeiros e comerciais, como mostra o mesmo autor.

Rodrigues¹⁹ nota que

inegavelmente, a Constituição de 1934, entre todas as outras, dispensou especial carinho à Saúde Pública, dando-lhe a devida importância como responsabilidade de governo ... Mais duas constituições vieram a reger os destinos do nosso país depois de promulgada em 1934 mas, em nenhuma delas, nem mesmo na atual com suas reformas, vamos encontrar estabelecidos tão amplos cuidados com a Saúde Pública do país ... A Constituição de 1946, inexplicadamente, continua bastante sucinta no que se refere à Saúde Pública ... A própria organização de combate às endemias rurais, que na Constituição de 1934 se destacava como artigo especial, ficou englobada com outros problemas...

Contudo, a Saúde Pública procurará sedimentar sua ampla área de atuação, e neste processo, provavelmente, a burocracia sanitária, como parcela da burocracia pública composta por frações da classe média e outras frações, será extremamente beneficiada, em virtude de sua larga adesão à Revolução Constitucionalista de 32: “Nunca o funcionalismo público granjeou tantas simpatias, o que explica por que, no final desta arrancada contra-revolucionária, ou seja, na Constituição de 1934, seja ele especialmente beneficiado...”.²⁰

Além de beneficiada, ela procurará ampliar suas atividades; “entre 1933 e 1940, surgiu um movimento interessante: alguns diretores dos órgãos de Saúde

16. Id., *ibid.*, p. 206.

17. M. W. V. Cunha, *op. cit.*, 1963, p. 50.

18. Id., *ibid.*, p. 70.

19. B. A. Rodrigues, *Fundamentos de administração sanitária*, 1967, p. 28.

20. M. W. V. Cunha, *op. cit.*, 1963, p. 53.

Pública desejaram ampliar as atividades destes órgãos. Como os chefes dos Executivos, neste período, não desejavam ... foram criadas várias pequenas taxas...”²¹

A nova estrutura da Secretaria de Saúde, surgida após o Estado Novo, teve pouca duração, incluindo novas funções como a fiscalização do leite e laticínios, a higiene e assistência dentária, a profilaxia de impaludismo e a defesa contra a febre amarela.

Mas, se a partir de 1930 a Saúde Pública assume maior peso institucional com proliferação de unidades, como se verá, outras áreas também o fazem, correspondendo a uma ampliação da esfera governamental, e à incorporação de novos interesses, além daqueles da burocracia sanitária, resultante de uma maior divisão social do trabalho.

Nem bem constituído, o Departamento de Saúde, tanto em nível federal como estadual, desmembra-se em algumas áreas que lhe eram específicas.

Instituíam-se, então, a uniformidade de ação, englobando todas as atividades que, direta ou indiretamente, tinham influência na prevenção, manutenção ou recuperação da saúde do povo.²² Surpreendente é observar o paradoxo de terem sido desmembradas as atividades de Saúde Pública da organização onde estavam entrosadas, espalhando-as por várias Secretarias de Estado da administração federal, exatamente quando a Saúde Pública, até então subordinada ao Ministério da Justiça, passava, com a Educação, a ter secretaria própria.

Esta fragmentação de órgãos, ligados à problemática de Saúde Pública, representa, contudo, um aumento de mediação estrutural que obscurece, ainda mais, os determinantes das condições de saúde.

Essas mediações, entretanto, tornam-se necessárias do ponto de vista político, servindo para abrigar os diferentes interesses na área de saúde, não só da burocracia pública na sua tentativa de progressiva ocupação do espaço organizacional e, em conseqüência, de maior autoridade e de recursos, como também dos interesses privados, devidamente articulados a ela e que resultam das novas condições socioeconômicas brasileiras.

Ao mesmo tempo que se assiste a uma fragmentação dos órgãos originalmente da Saúde Pública, tem-se, na própria Secretaria, a concentração de alguns departamentos junto à autoridade máxima, o secretário. Assim, se na estrutura de 1938 todas as atividades referentes à Saúde Pública concentram-se no Departamento de Saúde, em 1943, parte dessas atividades passa a subordinar-se direta-

21. R. S. Mascarenhas, op. cit., 1949, p. 212.

22. B. A. Rodrigues, op. cit., 1967, p. 114-5.

mente ao secretário, mais especificamente, a Saúde Mental, a Medicina Social, o Instituto Butantã e o Departamento de Profilaxia de Lepra e a Repartição de Transportes, incorporando-se, a partir de 1948, o Departamento Estadual da Criança, demonstrando que algumas atividades, embora tecnicamente justificada sua subordinação à burocracia sanitária, saem do seu âmbito de autoridade legítima para, provavelmente, servir a interesses políticos, destruindo a pretensa racionalidade técnica.

A destruição desta racionalidade técnica encontra fundamento na sua própria constituição dentro do aparelho de Estado. Tratando os problemas sociais como técnicos, a burocracia encontra oportunidade para expandir seu mandato público, seus recursos e sua jurisdição, contudo, ao abrigar interesses de classes diferentes, conflituosos, põe em jogo a sua própria legitimidade como órgão técnico.

Uma análise histórica da incorporação de problemas, que constituirão áreas tradicionais de Saúde Pública, mostra a relação do privado-público e como o aparelho estatal vai incorporando-os, desenvolvendo atividades, destinando-lhes recursos iniciais e estruturando-se em organizações burocráticas mais complexas.

Como já foi assinalado anteriormente, a tuberculose, a lepra e a mortalidade infantil já aparecem no cenário nacional como fenômenos relevantes no século anterior, ficando a responsabilidade de seu controle, basicamente, para as Santas Casas.

Ao adquirirem maior transparência com as aglomerações urbanas, dão origem a movimentos civis que congregam médicos e leigos, basicamente, e mulheres que se dedicam à filantropia, em associações ou ligas. Estas ligas (contra lepra e tuberculose, e de proteção à infância), servindo-se da divulgação e propaganda, arrecadam recursos da população em geral, criam taxas de contribuição, buscam auxílios governamentais fundando sanatórios, leprosários ou casas de proteção aos órfãos.

Observa-se que a estratégia utilizada, seja no Brasil ou no exterior, é a mesma.

Waksman²³ descreve que

numerosos grupos de médicos e leigos, em vários países, organizaram associações para prevenção da consunção e de outras formas de tuberculose. Uma das sociedades foi fundada em Londres, em 1898. Seu objetivo era divulgar para o grande público a natureza contagiosa e as medidas sanitárias e de prevenção que deveriam ser adotadas. Em 1904, havia 38 sociedades desse gênero, nos Estados Unidos, e nesse mesmo ano a "National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis" foi organizada. Uma campanha para venda de selos especiais na época do Natal foi iniciada por um funcionário postal da Dinamarca e foi levada

23. S. A. Waksman, *A vitória sobre a tuberculose...*, 1964, p. 112-3.

a efeito nos Estados Unidos. A iniciativa permitiu enfrentar alguns problemas financeiros da *novel* Associação ...

No Brasil, a origem de ligas remonta ao período imperial, quando são fundadas inúmeras obras filantrópicas de cuidado às crianças órfãs, leprosos, alienados, doentes e inválidos pelas elites paulistanas e pela Igreja, cujos resquícios persistem na República, o que não é raro na transição de um regime para outro:

Na Idade Média, a administração, exercida pelos dignatários locais, dominava todas as formas de associação, ainda predomina em comunidades pequenas e de tamanho médio, mas, hoje em dia, os "cidadãos respeitáveis", "proeminentes homens de ciência", ou qualquer que seja o rótulo, são usados meramente como propaganda, não como executores das rotinas decisivas...²⁴

Em geral, como demonstra Sposati,²⁵ as associações filantrópicas sempre tinham um representante governamental ou eram presididas pelo próprio governador da Província. Em 1929, a Associação de Socorro aos Tuberculosos, que lança o selo da tuberculose, é presidida pela senhora Clementino Fraga, esposa do diretor do Departamento Nacional de Saúde. Em 1933, a Secretaria de Educação e Saúde cria e regulamenta "uma Comissão de Assistência Social do Estado composta de senhoras e cavalheiros sob a presidência do Diretor Geral do Serviço Sanitário".²⁶

Existe, portanto, uma ligação entre as entidades civis e o aparelho de Estado que, num primeiro momento, exerce certo controle pela notificação e fiscalização dos problemas levantados. A possibilidade de obtenção de recursos necessários à sua existência faz com que a burocracia estatal incorpore, paulatinamente, o controle geral.

A lepra, tornada de notificação compulsória em 1911, é assumida pelo governo estadual, em 1917, por meio de um acordo com a Santa Casa para sua profilaxia geral. Em 1925, é criada a Inspetoria de Profilaxia de Lepra, cujas funções eram:

estudar e promover a profilaxia da lepra, fiscalizar seus serviços, organizar planos de construção de colônias e outros estabelecimentos a cargo do Estado e autorizar aqueles sob

24. M. Weber, "Parlamentarismo e Governo numa Alemanha reconstruída...", in *Textos selecionados*, 1985, p. 1-83.

25. A. de O. Sposati, *História da pobreza assistida em São Paulo*, 1987.

26. R. S. Mascarenhas, op. cit., 1949, p. 129.

lepra

CEM A
re
té
N
e sofr
ci
d
q
C
probl
hanse
perm
nº 2.1
lepra
modé
de Ci
sobre
servi
é rep
desce
E
justif
clínic
domi
autor
tório
emer
dispe
T
consi
prop

27. I
28. I
29. I
30. I

responsabilidade de municípios ou particulares que funcionariam sob fiscalização e orientação técnica do serviço estadual.²⁷

Nota-se, ainda, que o decreto previa apenas três cargos e a lei estabeleceu 27 e sofreu críticas do deputado Gama Rodrigues:

A lepra está na moda, precisa de uma inspetoria especial ... Mas nada também me convencerá, senhor presidente, de que não seja por exemplo necessária, nessa mesma ordem de idéias, uma inspetoria de profilaxia de tuberculose, não sei qual delas levará vantagem, no que diz respeito à sua assolação entre os habitantes do Estado.²⁸

O que se pode deduzir é que, a partir de determinado momento, torna-se problemático para entidades filantrópicas assumirem os custos da assistência aos hansenianos, necessitando sua incorporação como uma atividade estatal. Esta permite a obtenção de maiores recursos do que as contribuições ou taxas. A lei nº 2.169 de dezembro de 1926, que estabelece medidas destinadas à profilaxia de lepra para construção de colônias, asilos e instalação de leprosários regionais modelos, estabelece, também, a possibilidade de contrair empréstimos no valor de Cr\$ 10.000.000,00. A mesma lei determina a elevação ao dobro do imposto sobre consumo de aguardente, “destinado o aumento de arrecadação para o serviço de juros e amortização de empréstimo...”.²⁹ Contudo, a parte da atividade é repassada a particulares, como auxílios e subvenções, sob a justificativa de descentralização.

Em 16 de maio de 1931, a lei é modificada pelo decreto nº 5.027, com a justificativa da necessidade de descentralização de serviços, e permite a “médicos clínicos, devidamente habilitados, examinar, tratar, em seus consultórios ou em domicílio, as pessoas atacadas por lepra que os procuram”.³⁰ O mesmo decreto autoriza “os hospitais gerais a fundarem dispensários, cria subvenção aos sanatórios privados, autoriza o Departamento de Saúde a fundar cinco leprosários de emergência e, para despesas, deposita, parceladamente, no Banco do Estado, à disposição do Inspetor Chefe, até a quantidade de Cr\$ 2.000.000,00...”.

Um fato relevante na captação de recursos é a criação de taxas sobre consumo. Na ausência de recursos orçamentários ou de complementação, a proposta de criação e/ou ampliação dos serviços de saúde vincula-se à cobrança

27. Id., *ibid.*, p. 96.

28. Id., *ibid.*

29. Id., *ibid.*, p. 105.

30. Id., *ibid.*, p. 124.

de taxas sobre consumo. Labra³¹ assinala que, em 1918, na proposta que visava ao saneamento do Brasil e à criação de um Ministério de Saúde, o deputado federal e membro da Comissão de Saúde Pública na Câmara, doutor Azevedo Sodré, sugere a constituição de um fundo com os seguintes recursos:

- a) taxa de 15% sobre produtos brutos dos jogos de azar em clubes, cassinos etc., idéia essa baseada na legislação francesa de 1907;
- b) impostos de consumo de álcool ... exprimindo os anseios das elites brasileiras que, na época, estavam engajadas na luta contra o alcoolismo, que fazia parte dos países industrializados para aumentar a produtividade dos operários; e
- c) o produto de venda de selo sanitário à semelhança do já criado na Argentina justamente para obras sanitárias ...

Em São Paulo,³² nota-se o mesmo fenômeno não só com relação à lepra, mas com relação à assistência social. Os decretos nº 5.797 de 11 de janeiro de 1933 e nº 6.297 de 7 de fevereiro de 1934 estabeleciam, respectivamente:

impostos sobre determinados jogos e cassinos de praias de banho e estação de água ... [e] ... contribuição especial a ser exigida nos frontões de jogo de pela, em benefício da Comissão de Assistência Social. A quota mínima de cada frontão era de Cr\$ 7.000,00, sendo cobrada a base de Cr\$ 0,40 por "prole" premiada ...

Em 1932, o governo estadual, sob intervenção federal, inclusive substituída por militares em decorrência do movimento constitucionalista, libera o jogo nas estâncias balneárias e decide aplicar recursos de sua tributação nas obras assistenciais. A criação de taxas, como nota Mascarenhas,³³ sob os mais variados rótulos, servia aos interesses de alguns diretores de órgãos de Saúde Pública para a ampliação de suas atividades.

E a partir de 1930, os serviços de Saúde Pública ampliam-se. A Tabela 4 mostra o número de estabelecimentos de serviços oficiais de Saúde Pública em 1945, segundo algumas variáveis.

31. M. E. Labra, op. cit., 1985, p. 96-7.

32. R. S. Mascarenhas, op. cit., 1949, p. 129, 133.

33. Id., ibid., p. 212.

Tabela 4 – Estabelecimentos dos serviços oficiais de Saúde Pública não incluídos na organização hospitalar, segundo o ano de instalação, principais tipos de serviço e a entidade mantenedora, Brasil, 1946

Especificação	Estabelecimentos oficiais de Saúde Pública*			
	Total	Segundo entidade mantenedora		
		União	Estado	Município
Total	1.008	186	733	89
Segundo o ano de instalação				
– De 1918 a 1920	8	–	8	–
– De 1921 a 1930	79	8	70	1
– De 1931 a 1940	512	39	411	62
– De 1941 a 1946	409	139	244	26
Segundo os principais tipos de serviço – centros e postos de saúde e higiene				
Postos especiais				
De combate à malária	140	110	28	2
De proteção à maternidade e infância	45	3	35	7
De combate às doenças tropicais	39	10	25	4
De combate à lepra	20	3	17	–
De combate ao tracoma	11	2	9	–
Outros	35	11	21	3

FONTE: Anuário Estatístico do Brasil (1949).³⁴

NOTA: Embora os serviços oficiais de Saúde Pública obedeam, em linhas gerais, a normas uniformes quanto às suas funções de polícia sanitária e medicina preventiva, no que se refere a sua organização, há pequenas variações entre as diversas Unidades da Federação. Entretanto, na maior parte dos casos, os centros de saúde e postos de higiene, além de outras atividades, praticam a proteção à maternidade e à infância e o combate à tuberculose, à lepra, às doenças venéreas etc., independentemente da existência de postos especiais para algumas dessas atividades.

* Abrangendo 97% dos serviços existentes.

Observa-se que, do total de 1.008 estabelecimentos não-hospitalares, criados entre 1918 e 1946, apenas 18,5% correspondem ao nível federal, ficando 72,7% a encargo dos governos estaduais e 8,8% dos municipais. A grande expansão ocorre no período de 1931 a 1946; dos 1.008 estabelecimentos, 50,6% foram

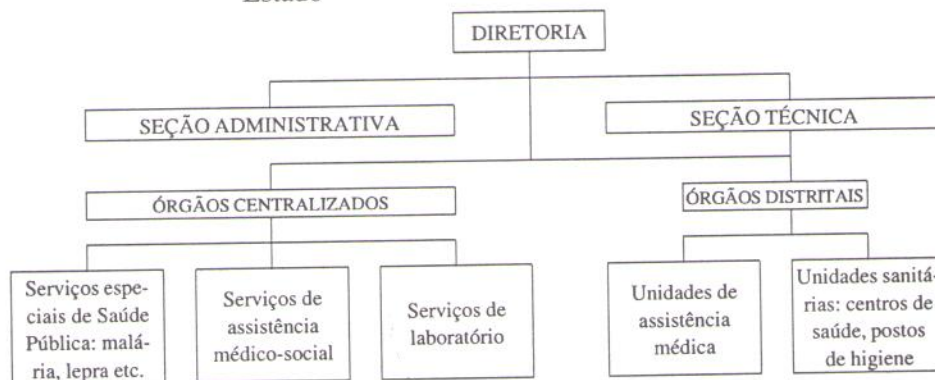
34. Anuário Estatístico do Brasil (1949), 1950, p. 442-5.

instalados entre 1931 e 1940; 40,6% no período posterior; e apenas 11,6% entre 1918 e 1930.

Dos principais serviços criados, 71,2% referem-se a centros e postos de saúde e higiene e o restante, 28,8%, a postos especiais, destacando-se os de combate à malária, basicamente sob manutenção do governo federal, com a cooperação da Fundação Rockefeller.

É a partir de 1938, quando se estabelece uma organização federal padrão (Organograma 1) para os serviços estaduais de saúde, que os centros de saúde passam a ser implantados como órgãos polivalentes e distritais, segundo Barros Barreto,³⁵ executando atividades de controle de doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, da lepra, de doenças venéreas, de proteção médico-sanitária da gestante e criança, do saneamento e polícia sanitária das habitações, da higiene, do trabalho e da alimentação e exames periódicos de saúde, destinando-se, para tal, no mínimo 5 médicos e 5 enfermeiras ou visitadoras. As unidades que executavam as mesmas atividades em escala menor, mas com menor número de pessoal, eram classificadas como postos de higiene de primeira classe (PH1) e de segunda classe (PH2), estes correspondendo, como assinala o autor, à "country health unit" (médico, visitadora, escrevente-microcopista, guarda ou inspetor sanitário, servente). A ausência de visitadora sanitária relegava o posto à categoria de subposto (SP). Os postos especializados (PE) destinavam-se a uma atividade específica (bouba, tracoma), e os postos itinerantes (PI) eram móveis e independentes das unidades.

Organograma 1 – Organização do Departamento de Saúde de um pequeno Estado



FONTE: Barros Barreto.³⁶

35. J. Barros Barreto, op. cit., 1942.

36. Id., *ibid.*, p. 207.

A Tabela 5 mostra o número de unidades sanitárias existentes no Brasil, sendo São Paulo o estado com maior número de unidades, principalmente de subpostos e distritos.

Tabela 5 – Unidades sanitárias existentes no Brasil, segundo categorias, Estados, Territórios e Distrito Federal, 1941

Estados, Territórios e Distrito Federal	Nº dos distritos sanitários	CS	PH 1	PH 2	SP	PE	PI
Acre	7	–	–	–	7	–	–
Amazonas	6	1	–	–	2	–	–
Pará	7	2	–	–	7	–	–
Maranhão	6	1	–	2	4	–	6
Piauí	3	1	–	2	16	–	–
Ceará	4	1	4	6	–	3	2
R. G. do Norte	11	1	–	1	3	–	–
Paraíba	–	1	1	6	10	–	–
Pernambuco	10	4	2	13	32	–	4
Alagoas	10	1	–	4	–	–	–
Sergipe	7	1	–	–	6	–	–
Bahia	10	3	–	11	44	4	–
Espírito Santo	7	1	1	5	1	2	1
Rio de Janeiro	11	2	3	–	57	–	–
D. Federal	15	15	–	–	–	–	–
São Paulo	93	7	2	8	77	–	–
Paraná	6	1	1	17	30	–	–
Santa Catarina	7	1	4	2	–	–	–
R. G. do Sul	88	5	35	32	–	–	–
Minas Gerais	26	1	–	25	–	4	–
Mato Grosso	9	1	–	–	8	–	–
Goiás	7	–	1	6	–	–	–
Total	350	54	54	140	304	13	13

FONTE: Barros Barreto.³⁷

37. Id., *ibid.*, p. 209.

Mascarenhas³⁸ assinala que, em 1932, algumas prefeituras e o governo estadual criaram algumas unidades sanitárias, responsabilizando-se pela nomeação e pagamento de pessoal, e que, em 1938, existiam 82 unidades sanitárias locais, sem legislação alguma sobre elas, criadas graças ao esforço do delegado e inspetor geral do Interior.

Um fenômeno bastante importante no Brasil é a expansão, também, neste período, dos serviços hospitalares (Tabela 6). Se, entre 1928 e 1930, existiam apenas 87 unidades de Saúde Pública (Tabela 4) e 705 unidades hospitalares – com crescimento das primeiras a partir de 1931 –, o mesmo fenômeno verifica-se na rede hospitalar, principalmente na particular, que já detinha a maioria dos hospitais, 76,5% de um total de 705 hospitais.

Tabela 6 – Número de estabelecimentos da organização hospitalar, segundo a finalidade médico-social, a entidade mantenedora e o ano de instalação

Ano de instalação	Estabelecimentos							
	Total	Segundo a finalidade médico-social						
		Hosp. gerais	Maternidades	P/ leprosos	Doentes mentais e nerv.	P/ tuberculosos	Outros civis	P/ militares
UNIÃO								
1900-1930	85	–	2	–	3	–	3	77
1930-1946	89	–	2	–	3	1	9	74
Total	174	–	4	–	6	1	12	151
ESTADO								
1900-1930	78	13	3	8	14	6	21	13
1930-1946	116	27	12	22	12	18	13	12
Total	194	40	15	30	26	24	34	25
MUNICÍPIO								
1900-1930	3	–	–	–	–	1	2	–
1930-1946	21	12	1	–	–	–	7	1
Total	24	12	1	–	–	1	9	1

38. R. S. Mascarenhas, op. cit., 1949.

Ob
estabel
estados
leproso
mentais
estabel
compre
política

O f
da burr
sedime
a 1940,
vezes s

O p
de algu
neste p
corresp
sempre

Continuação

Ano de instalação	Total	Estabelecimentos						
		Segundo a finalidade médico-social						
		Hosp. gerais	Mater-nidades	P/ leprosos	Doentes mentais e nerv.	P/ tuberculosos	Outros civis	P/ militares
PARTICULAR								
1900-1930	539	357	24	2	20	15	121	-
1930-1946	750	280	67	4	36	45	318	-
Total	1.289	637	91	6	56	60	439	-
TOTAL								
1900-1930	705	370	29	10	37	22	147	90
1930-1946	976	319	82	26	51	64	347	87
Total	1.681	689	111	36	88	86	494	177

FONTE: Anuário Estatístico do Brasil (1949).³⁹

Observam-se alguns fatos importantes como a pequena participação dos estabelecimentos públicos, 392 (23,3%), dos quais 44,4% da União, 49,5% dos estados e 6,1% dos municípios. Verifica-se também que 83,3% dos hospitais para leprosos, e apenas 29,5% e 27,9%, respectivamente, para tuberculosos e doentes mentais eram públicos e estaduais, sendo o restante de caráter particular. Dos 174 estabelecimentos instalados pela União, 86,8% destinavam-se aos militares; fato compreensível, dada a importância desta categoria no aparelho estatal e na vida política brasileira, ocupando, após 1930, algumas interventorias.

O fortalecimento do Executivo, na década de 1930, e a conseqüente expansão da burocracia civil e militar, unificada em 1938, decorre da necessidade de sedimentação de uma hegemonia burguesa de cunho urbano-industrial. "De 1920 a 1940, o crescimento relativo da burocracia militar e civil é nada mais que quinze vezes superior ao crescimento relativo da população ..."⁴⁰

O predomínio da assistência médico-hospitalar privada mostra o equívoco de alguns autores brasileiros que afirmam que esta se expande pós-64. Realmente, neste período, verifica-se uma nova expansão, cujo caráter mais empresarial corresponde às novas condições da sociedade brasileira; contudo, a rede privada sempre foi dominante e privilegiada pelos regimes governamentais.

expansão

39. Anuário Estatístico do Brasil (1949), 1950, p. 442.

40. M. W. V. Cunha, op. cit., 1963.

e o governo
e pela nomea-
des sanitárias
o do delegado

também, neste
1930, existiam
hospitais -
eno verifica-se
a maioria dos

alar, segundo a
o ano de insta-

Outros P/
civis militares

3	77
9	74
12	151
21	13
13	12
34	25
2	-
7	1
9	1

Também parece equivocada a afirmação de um predomínio da Saúde Pública até 1960, e que decrescerá a partir desta data, exigindo, portanto, maior investigação ou uma melhor qualificação quanto a este fenômeno.

Braga & Paula⁴¹ deduzem sua afirmação com base nos gastos: "a partir dos anos 60, observa-se em termos de gastos o declínio relativo da Saúde Pública e o crescimento da medicina previdenciária", e, como eles mesmo hipotetizam, uma das razões seria a tributação e sua estrutura, em que "a Saúde Pública viu-se muito pouco aquinhoadá", e, portanto, não poderia ser predominante. Mesmo em termos de Previdência, a União pouco participou, e houve até um declínio de sua participação.

De outro modo, parte dos recursos destinada à Saúde Pública, na Secretaria, é canalizada para entidades privadas sob o rótulo de "Auxílio e Subvenções", inclusive para expansão da rede hospitalar privada, na qual se desenvolverão as atividades ligadas à assistência médica previdenciária, sendo, portanto, aparente a divisão entre Saúde Pública e Medicina Previdenciária. Grieco⁴² assim se expressa quanto aos recursos destinados ao controle de tuberculose:

Reconhecemos que, no Brasil, tanto o governo federal como estadual sempre se interessaram pelas associações particulares, sempre incentivaram suas atividades, destinando-lhes verbas não desprezíveis, com objetivo de auxiliá-las a preencher sua finalidade.

O que os dados demonstram é que, realmente, as ações sanitárias nunca foram prioritárias, a não ser em momentos específicos e conjunturais da sociedade brasileira. Este fato não decorre de fatores orçamentários, mas resulta de fatores econômicos e políticos (inclusive internacionais, como se verá), sendo aqueles mera consequência. A falta de prioridade decorre, essencialmente, do caráter estrutural da Saúde Pública, como nota Bernis:⁴³

a Saúde Pública responde, sem nenhuma dúvida, primeiramente, a necessidades coletivas. Mas estas não são nem expressas, nem reconhecidas no sistema de produção de cuidados que, como o sistema de produção em geral, toma conhecimento de necessidades individuais ... [além do que, a Saúde Pública] ... corre o risco de pôr em questão o sistema econômico, colocando o problema das verdadeiras causas das afecções, enquanto a medicina de cuidados não o faz, contentando-se em "reparar" ...

41. J. C. S. Braga e S. G. Paula, *Saúde e previdência...*, 1981, p. 64-5.

42. Grieco apud A. Amado, *A política da tuberculose na...*, 1985, p. 25.

43. G. C. Bernis, "Economia e saúde", p. 16-7, s. d.

44. S. Fran
45. B. A. F

Mas, no seu limite estrutural, ela assume importância como mecanismo de controle social ou por sua potencialidade de contribuir para a realização da mais-valia através dos serviços, consumindo ou repassando bens de consumo.

Após 1942, o desenvolvimento das forças produtivas, nacional e internacional, acelera-se e esta nova condição exigirá mudanças estratégicas na área de saúde, inclusive internacionalmente.

Franco-Agudelo,⁴⁴ avaliando a questão da malária e a Fundação Rockefeller, observa que depois de 1940 há uma grande virada para um novo campo, a medicina:

a grande virada da Fundação deu-se em 1952, ao assumir a sua Presidência Dean Rusk. Ficaram praticamente suspensos os programas diretos em doenças tropicais; a atividade concentrou-se em: educação médica profissional, com apoio aos grandes centros especializados; atendimento médico, para continuar os programas iniciados na década anterior; pesquisa, com ênfase em virologia e, pouco depois, no novíssimo campo da medicina nuclear. Exce- tuando essas políticas, em 1961, por exemplo, praticamente todas as dotações da Fundação para Saúde Pública e ciências médicas foram feitas à Faculdade de Medicina, escolas de enfermagem, institutos de pesquisa ...

Notando ainda que, em 1953, a Divisão de Medicina e Saúde Pública da Fundação

adota a abordagem indireta. Seu objetivo imediato é o desenvolvimento de instituições locais para treinamento de pessoal e o avanço das pesquisas que a longo prazo proporcionarão benefícios permanentes nas áreas implicadas ...

É evidente que este fato tem implicações na organização dos serviços de saúde no Brasil. Parte da burocracia sanitária tenderá a incorporar este campo de atuação nas unidades sanitárias existentes, e isso dar-se-á, basicamente, através daquelas áreas já devidamente estabelecidas nas décadas anteriores, inclusive em nível hospitalar (lepra, tuberculose, materno-infantil).

A incorporação da assistência médica e a influência americana são assinaladas, também, por Rodrigues:⁴⁵

A assistência médica, depois de vários anos proscrita das rotinas de Saúde Pública, a partir da década de 40, passou a integrar definitivamente os serviços de qualquer unidade sanitária.

44. S. Franco-Agudelo, *Saúde e Imperialismo...*, 1984, p. 122-3.

45. B. A. Rodrigues, op. cit., 1967, p. 158.

Ressalta Pessoa⁴⁶ que a incorporação da assistência médica foi, em 1948, “a tese aprovada pelo VII Congresso Brasileiro de Higiene. Eis o que dizem Candau e Braga: ‘A inclusão formal da assistência médica entre as funções de Saúde Pública das unidades sanitárias rurais é, no Brasil, apenas o reconhecimento de um fato que vem ocorrendo, disfarçadamente ou não, em todo o nosso Interior’”.

Rodrigues⁴⁷ indica os obstáculos na incorporação da assistência médica aos serviços de Saúde Pública:

Decorreram anos de dificuldades e incompreensões antes que fosse vitoriosa a tese de que a Saúde Pública devia compreender não só os aspectos preventivos, mas igualmente os de recuperação da saúde. Grande óbice residia na doutrina sustentada, contrariamente, nos países desenvolvidos, particularmente nos Estados Unidos da América, de onde vinham os figurinos seguidos então, pura e simplesmente. A classe médica americana alinhava objeções à prática de assistência médica nas unidades sanitárias como prejudicial à livre empresa, daí advindo o critério seguido por nós! Entretanto, as condições financeiras, existentes nos Estados Unidos e no Brasil, eram e são completamente diferentes, não comportando o assunto outra alternativa senão a defendida inicialmente por restrito grupo...

A ampliação da assistência médica nos serviços de Saúde Pública, contudo, encontrará obstáculos dado o fraco desenvolvimento das forças produtivas na área da saúde (dispersão populacional, ausência de produção de bens de consumo duráveis e pequeno número de profissionais formados), obstáculos estes que serão superados pós-60. Porém, ela será incorporada àquelas áreas ainda hoje bastante prevalentes na Saúde Pública, que iniciam sua sedimentação no final da década de 1940, correspondendo a uma nova expansão do desenvolvimento capitalista e de intensa mobilidade da mão-de-obra nacional. Nesse momento de concentração da classe trabalhadora nos grandes centros urbanos, de crescimento de sua fração operária e do exército industrial de reserva, tornava-se necessário delimitar os trabalhadores com direitos garantidos na Previdência Social, e os doentes, os pobres, ainda que trabalhadores, mas sem aqueles mesmos direitos.

A constatação de que algumas doenças atingiam a classe trabalhadora já havia sido detectada com relação, por exemplo, à tuberculose. No início do século, Oswaldo Cruz já chamava a atenção para a persistência das altas taxas de mortalidade por tuberculose e defendia “o fornecimento pelo Estado às classes proletárias de habitações higiênicas, de alimentação abundante de boa qualidade, proibição do trabalho das crianças”.⁴⁸

46. S. B. Pessoa, “Medicina rural e socialização da medicina”, in *Ensaio médico-sociais*, 1960, p. 188.

47. B. A. Rodrigues, op. cit., 1967, p. 158.

48. N. R. Costa, *Lutas urbanas e...*, 1985, p. 77.

Dos estudos de morbidade realizados pela Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose, no período de 1927-29, segundo Barros Barreto,⁴⁹ constava que ela prevalecia entre diferentes ocupações e seguia uma ordem decrescente entre os trabalhadores: 1) de serviços domésticos, ocupações ligadas à alimentação e ao vestuário; 2) construção; 3) transporte e comércio; 4) profissões liberais, serviços de administrações e pessoas vivendo de rendimentos; 5) indústria têxtil e de madeira; 6) força pública; e 7) cultura do solo. Em 1935-37, dados do Exército constataavam que “os números de doentes baixados por tuberculose, nas diversas regiões militares, relacionados a 1.000 homens de efetivo médio de cada uma delas, evidenciam serem maiores as cifras na Primeira Região (Distrito Federal e Estado do Rio), seguindo-se-lhes de perto a Segunda (São Paulo e Goiás)”.

Ainda segundo o mesmo autor, o congresso Pan-Americano de Tuberculose, em 1934, reconhecera como base econômica da luta a instituição de um seguro obrigatório contra a doença. A criação de um seguro obrigatório específico à tuberculose possibilitaria a assistência ao doente e a seus familiares, isentaria os institutos e caixas de parte de um grande encargo, uma vez que “50% das aposentadorias por invalidez e percentual análogo de pensões às famílias correm, atualmente, por conta da tuberculose...”.⁵⁰

A captação de recursos por este meio daria à Saúde Pública maior autoridade, e esta solução é defendida pelos sanitaristas: “para que se evitem as ações dispersivas, ineficientes, deve caber privativamente à autoridade sanitária a gestão do seguro da doença, com amplos poderes de fiscalização na aplicação dos recursos e mesmo depósitos, da melhor forma, de utilizá-los em determinadas circunstâncias...”.⁵¹

No entanto, essa forma de captação de recursos não se verificou e a tuberculose passa a se incorporar definitivamente à Saúde Pública, isentando a Previdência desse encargo. A tentativa de incorporação já se verifica na década de 20, quando são criadas em São Paulo as Prefeituras Sanitárias, das quais sobressai a de Campos do Jordão, criada pela lei nº 2.140, de 1º de outubro de 1926, dando “poder ao governo para nomear seu prefeito, fiscalizar a aplicação de verbas, melhorar e aparelhar aquela estância para profilaxia e tratamento da tuberculose...”.⁵² A criação da Prefeitura Sanitária de Campos do Jordão continua a obra de Emílio Ribas que, em 1912, recebeu concessão para a implantação de uma

49. J. Barros Barreto, “Bases para organização da luta anti-tuberculose ...”, 1940, p. 30.

50. Id., *ibid.*, p. 71.

51. Id., *ibid.*, p. 71-2.

52. R. S. Mascarenhas, *op. cit.*, 1949, p. 104.

rede ferroviária de Pindamonhangaba a Campos do Jordão,⁵³ onde “grande maioria das organizações particulares estabeleceu seus hospitais e sanatórios”⁵⁴ detendo 63,6% dos hospitais, em 1946, conforme Tabela 6.

Contudo, a Saúde Pública não só não consegue captar recursos de outras fontes, como não implanta o modelo em que se inspirou, “o modelo ‘Philips do Edinburg Tuberculosis Scheme’, do final do século, combinando a atuação dinâmica do dispensário com isolamento sanatorial...”.⁵⁵ Entre 1938 e 1941, duas medidas de impacto sobressaem na área da saúde: o início da construção do Hospital das Clínicas, em São Paulo, e de numerosos sanatórios de tuberculose.⁵⁶

Amado assinala que o modelo foi aplicado no sentido inverso, dando primazia aos sanatórios, com uma única exceção ao dispensário, fundado em 1904, por Clemente Ferreira. Mostra também que, após 1930, com introdução de novos métodos terapêuticos, tanto clínicos quanto cirúrgicos, a infinidade de instituições filantrópicas não tinha como arcar com os custos deste tipo de assistência. A introdução de novos métodos, como a colapsoterapia, que “poderiam ser aplicados ambulatoriamente, veio atribuir ao dispensário novas funções, e, segundo Grieco, era possível encarar, separadamente, o problema médico e profilático ... e diante da escassez da rede hospitalar, o dispensário obrigava-se a assumir função terapêutica, da qual este não deveria se esquivar, conforme Paula Souza”.

A eficiência reduzida dos sanatórios era enfatizada por Paula Souza, que afirmava que o “número de indivíduos que saem do hospital sem que se beneficiem em nada, ou quase nada, é elevadíssimo, sendo considerados tão contagiantes quanto no momento de sua entrada...”.⁵⁷

Entretanto, o modelo implantado pelas entidades privadas que dava ênfase ao atendimento sanatorial prevaleceu. Os princípios do Serviço Nacional de Tuberculose que deveriam regulamentar o controle contra a tuberculose e que foram apresentados na I Conferência Nacional de Saúde, em 1941, enfatizaram a necessidade de expansão do número de leitos em hospitais gerais e/ou em sanatórios, o que se verifica a partir daquela data.

Como acentua Amado,⁵⁸ o avanço dos conhecimentos e técnicas, ao invés de possibilitar uma melhoria, provocava um efeito inverso; a introdução da quimio-

53. H. P. Tameirão, *Emílio Ribas e Campos do Jordão*, p. 67-71, 1962.

54. A. Amado, op. cit., 1985, p. 23, 30.

55. Id., *ibid.*, p. 27.

56. FGV-CPDOC, 1984.

57. A. Amado, op. cit., 1985, p. 35.

58. Id., *ibid.*

terapia, em 1940, no Brasil, diminuía a eficiência do tratamento sanatorial e piorava o quadro epidemiológico da tuberculose, devido ao longo tempo de permanência hospitalar (253, em 1949, a 302 dias, em 1953), altas de pacientes bacilíferos, alto custo do leito-dia (Cr\$ 49,64, entre 1951 e 1956, a Cr\$ 51,34, em 1956), redução de queda da mortalidade e aparecimentos de doentes crônicos, “... salvos da morte ... porém não conseguiam a cura pela não aplicação correta do tratamento 100% ...”.⁵⁹

A ênfase no tratamento sanatorial e a limitação das funções dos dispensários, aos quais cabia apenas diagnosticar e encaminhar para tratamento, assim como o escasso número de dispensários existentes (apenas 27 em todo o estado) inviabilizam o tratamento ambulatorial, fragmentando a assistência.

Viabilizam, contudo, a expansão de construção de hospitais, do consumo de medicamentos e de uma série de equipamentos e como, por exemplo, a utilização da abreugrafia, que passa a ser uma exigência legal na admissão ao trabalho, já estabelecida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

No Estado de São Paulo, como mostra Amado,⁶⁰ “o orçamento da Divisão de Serviço de Tuberculose mostra claramente a magnitude de investimentos. De 1932 a 1945, o item tuberculose consumia anualmente entre 0,94% e 2,05% das despesas totais anuais do gasto estatal em saúde. A partir de 1946, esta porcentagem subiu para 15,38%, e depois, gradativamente, até 29,18% em 1951 ... investimentos realizados especialmente em serviços hospitalares ...”.

Em 1946, a nova Constituição enfatiza a necessidade de construção de hospitais contra os flagelos sociais, entre os quais a tuberculose. Em vista disso, a Secretaria de Saúde propõe-se a construir sete hospitais no estado e inicia, efetivamente, a construção de quatro (Botucatu, Lins, Catanduva e Araraquara), apesar de, desde essa data, a descoberta da quimioterapia ter favorecido o atendimento em dispensários.

Em 1947, a Seção de Tuberculose, criada em 1931, passa a constituir a Divisão de Serviço de Tuberculose da Secretaria de Saúde; prevista a ser um órgão normativo, pela Reforma de 1938, passou a ser uma repartição “auto-suficiente com dispensários e hospitais próprios”.⁶¹

No final da década de 1950 e início de 1960 “a política sanitária, que vem se intensificando e ampliando, consiste no diagnóstico precoce pela abreugrafia em massa ... o Plano de Ação previu a instalação de novos dispensários ... bem como

59. Id., *ibid.*, p. 54. A quimioterapia recém-utilizada apresentava índices de cura próximos a 100%.

60. A. Amado, *op. cit.*, 1985, p. 46.

61. R. S. Mascarenhas, *op. cit.*, 1949, p. 211.

a aquisição de 12 unidades móveis de abreugrafia".⁶² Dentro da mesma política, para os casos de internação e dentro da "política de cooperação com entidades assistenciais privadas, procurou-se ampliar os números de leitos em convênio que já atingiram 900, em 1961 ...".⁶³ Em 1965, a Divisão de Serviço de Tuberculose contava com 4.358 leitos, contando, ainda, a Secretaria, com 3.607 leitos particulares e 645 de convênios, no controle da doença. Disponha, apenas na rede dispensarial, de dezesseis unidades na capital (quatro de convênio), 45 no interior, quatro ambulatorios (dois na capital) e nove unidades móveis vinculadas aos Dispensários Regionais.⁶⁴

Em ambos os casos, os serviços privados são favorecidos. Não conseguindo os dispensários atender a demanda legal, canalizam-na para os serviços privados que proliferam junto às Delegacias de Trabalho e que, provavelmente, deveriam ser compostos por elementos do próprio serviço público. A canalização da clientela dos serviços públicos para os privados constituirá uma prática incorporada, não só em termos de prestação de serviços médicos como no de serviços de diagnóstico, com a introdução e expansão daqueles métodos baseados em exames complementares, considerando-se, inclusive, a precariedade na manutenção de equipamentos dos serviços públicos de saúde. Essa necessidade, criada pelo serviço de saúde e legalmente fixada, possibilita maior demanda e, portanto, consumo de bens, mesmo quando desnecessário tecnicamente.

62. F. Carlos, "Atividades da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social em 1961", 1962, p. 77.

63. Id., *ibid.*

64. M. M. Lemos, *A Secretaria de Saúde...*, 1967.