

Coleção Clássicos da Saúde Coletiva

Emerson Elias Merhy

*São Paulo de 1920 a 1940 - A Saúde
Pública como Política*

*Os movimentos sanitários, os modelos
tecnocráticos e a formação das políti-
cas governamentais*



editora



rede unida

Coleção Clássicos da Saúde Coletiva

Emerson Elias Merhy

São Paulo de 1920 a 1940

A Saúde Pública como Política

*Os movimentos sanitários, os modelos
tecnossistêmicos e a formação das políti-
cas governamentais*

2ª Edição
Porto Alegre, 2014
Editora Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

João José Batista de Campos

João Henrique Lara do Amaral

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Ricardo Burg Ceccim

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte Gráfica - Capa

Fluïres

Kathleen Tereza da Cruz

Blog: saudemicropolitica.blogspot.com.br

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Digitação

Deise Aline Stropper Barbosa

Fabiano Brufatto Lopes

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Juliana Porto

Luciane de Almeida Collar

Rossana Mativi

Revisão

Niti Merhej

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M559s

Merhy, Emerson Elias.

São Paulo de 1920 a 1940 A Saúde Pública como Política: os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais, / Emerson Elias Merhy. - 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

312 p.: il - (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva)

Bibliografia

ISBN 978-85-66659-16-0

1. Saúde Pública 2. Políticas públicas 3. Serviços de Saúde I. Título II. Série

NLM WA 100

Catálogo na fonte: Rubens da Costa Silva Filho CRB10/1761

Todos os direitos desta edição reservados à ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA REDE UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - CEP: 90620-110 – Porto Alegre – RS

Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

“Se um modelo pode ser elucidativo de sua realidade é na guerra que ele pode ser encontrado. Ele é luta afrontamento, relação de força, situação estratégica. Não é um lugar que se ocupa, nem um objetivo, que se possui nem um objetivo, que se possui. Ele se exerce, se disputa. E não é uma relação unívoca, unilateral; nesta disputa ou se ganha ou se perde.”

Michel Foucault

As vítimas dos regimes ditatoriais.

Índice

Apresentação desta Edição.....	11
Apresentação Edição anterior.....	17
Introdução.....	21
Capítulo Primeiro	
<i>A saúde pública como política social, os processos de formulação e decisão das políticas governamentais.....</i>	<i>43</i>
Capítulo Segundo	
<i>Algumas questões metodológicas: A periodização e o material coletado.....</i>	<i>75</i>
Capítulo Terceiro	
<i>A Herança no Campo da Saúde Pública do Pós-30: Os Sanitaristas e as Matrizes Discursivas de 1920 a 1930.....</i>	<i>93</i>
Capítulo Quarto	
<i>A configuração institucional das políticas governamentais de 1930 a 1937: o movimento e suas disputas.....</i>	<i>149</i>
Capítulo Quinto	
<i>Do Estado Novo a 1948: Da consolidação dos serviços verticais especializados a formação da secretaria estadual de saúde.....</i>	<i>227</i>
Conclusão.....	291
Bibliografia.....	299

Apresentação desta Edição

A primeira edição do livro **“São Paulo de 1929 a 1940: a saúde pública como política”**, de 1990, tem apresentação do próprio autor, que destacava então aspectos fundamentais da difícil conjuntura política para a efetivação do SUS, considerando todos os vetos presidenciais a aspectos fundamentais da Lei 8080, a primeira Lei Orgânica da Saúde. Expressava sobretudo a preocupação com o cerceamento das apostas democratizantes contidas na proposta de construção do SUS.

Coube-me fazer uma breve apresentação para esta edição. Além da alegria de apresentar o trabalho de um grande amigo e companheiro de inúmeras empreitadas no campo da saúde coletiva, destaco a oportunidade da reedição, pois este estudo permanece relevante por muitas razões.

Primeiro, pelo próprio objeto: a saúde pública como política em São Paulo. À época não havia muitos estudos a respeito e atualmente persiste a escassez. A maioria dos estudos sobre os antecedentes das políticas atuais no campo da saúde focaliza o período da chamada reforma sanitária brasileira dos anos 70/80, muitas vezes tomando como referência os acontecimentos e movimentações ocorridos no

Rio de Janeiro, em que determinados atores (particularmente as universidades) tiveram protagonismo (e não outros, como os trabalhadores da saúde pública e movimentos sociais, muito ativos aqui em São Paulo). Essa construção do início do século teve repercussões importantes nessa produção da reforma sanitária que levou à invenção de certos SUS em São Paulo (e não de outros), como destaca o próprio autor no primeiro capítulo.

Segundo, pela interessante abordagem metodológica. Até hoje, a maior parte dos estudos sobre políticas adota o referencial do ciclo de políticas, que endereça de modo estanque as diferentes fases do chamado ciclo – formulação, implementação e avaliação. Neste livro, não! Aqui a produção de políticas já é reconhecida como uma arena de disputas – em que diferentes atores, em todos os momentos, disputam a produção de formulações, sentidos e práticas.

O reconhecimento dessa arena de intensas disputas – por diferentes atores, em diferentes momentos e em todos os cenários, inclusive no momento do encontro entre trabalhadores e usuários – é central para se repensar a própria produção das políticas e da gestão em saúde. Desafio esse extremamente atual!!!

Todos governam. Todos formulam. Todos disputam. E disputam projetos, sentidos, recursos etc. Claro que aos que ocupam a posição de governo cabem posições privilegiadas na formulação de discursos e na movimentação de recursos, implicando constrangimentos na movimentação de outros atores. Mas, como na saúde impera o trabalho vivo em ato, no encontro entre trabalhadores e usuários em diferentes momentos e locais, fabricam-se na prática milhões de vezes ao dia arranjos tecnoassistenciais. E em cada plano de produção, são múltiplos os vetores operando as definições políticas,

sim, mas também os interesses corporativos, valores ético-políticos, histórias de vida, disputas locais etc.

Já aqui neste trabalho, são reconhecidos muitos desses atores – para além das classes sociais – e, importante, reconhece-se que, intensamente, há outros vetores que não somente os saberes científicos (designados como tecnológicos) operando na produção das políticas.

Essa é uma questão decisiva, considerando que é sempre na Ciência Oficial que se buscam os argumentos para legitimar o regime biopolítico vigente na contemporaneidade - em que as políticas de saúde cumprem papel fundamental. Cada vez mais esferas da vida estão submetidas a controle rigoroso sob pretexto do prolongamento da existência e da juventude e da fuga dos sofrimentos e da morte – esse o regime biopolítico, que fabrica subjetividades assujeitadas em diferentes planos, sempre alicerçado na Ciência Oficial.

Continua preciosa a definição, apresentada no texto, dos requisitos para qualificar a formulação política de um modelo tecnoassistencial (muitas vezes, na saúde coletiva, designado como modelo de atenção, numa versão – em minha opinião - reducionista do tema e das disputas em cena):

a) quando elaboram projetos tecnoassistenciais, os formuladores de políticas estão produzindo, antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para a formação daqueles;

b) no seu conjunto, um modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é o seu problema de saúde, quais são suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços, além de explicitar quem são os seus trabalhadores e os seus usuários;

c) sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma do poder político, e como tal tem que expressar uma dada conformação do Estado;

d) como política, um modelo tem que construir uma visão dos outros modelos.

Além dos aspectos já comentados, temos disputa e produção, até mesmo do Estado... E, como política, uma visão sobre os outros modelos, até porque o modelo tecnoassistencial é parte de uma máquina de guerra ou de captura....

Vale ainda um breve comentário sobre a conjuntura ... Sob outras luzes – e apesar de toda a luta por sua efetivação – continua a construção do SUS enfrentando ameaças importantes. Financiamento sempre em restrição na lógica neoliberal de produzir políticas públicas tem sido a ameaça mais discutida e denunciada.

Mas há outras. Particularmente no que diz respeito à aposta democratizante e de defesa da vida. Apesar das instâncias de “controle social” e do regime tripartite de pactuação intergestores, trabalhadores, usuários e até gestores municipais são atores pobremente incluídos na formulação das políticas governamentais. Vistos sempre como os que precisam “ser capacitados” à luz das formulações mais recentes e corretas produzidas com base nas mais recentes evidências... da ciência oficial ... estes atores geralmente são convidados só a uma parte da festa... a “implementação” induzida (por incentivos financeiros) das políticas.

Claro que a disputa ocorre intensa e insana e por isso sempre a enorme distância entre o proposto e o efetivado... mas é gigantesco o prejuízo à militante sustentação do SUS de que trabalhadores, usuários e gestores municipais são parte

fundamental.

E a máquina biopolítica tem sido posta a operar de modo vigoroso pelo SUS – com escassos campos de contestação. Medicamentação, patologização do viver, intolerância em relação às diferenças (veja-se a abordagem em relação aos modos de vida) expressam-se em diferentes campos, inclusive alguns capitaneados pela própria saúde coletiva.

Mas, comentário de última hora, raios de esperança importante aparecem no céu do SUS com a recente mudança do comando ministerial – a dizer pela manifestação do ministro que, em seu discurso de posse, endereçou vários destes problemas.

À luta, então!!!!

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Apresentação Edição anterior

Neste mês de setembro de 1990, quando estou dando os retoques finais neste trabalho, o setor saúde está sendo contemplado por uma das maiores barbaridades que já se realizou neste país, com o seu campo de atuação, no âmbito governamental.

Depois de longas e árduas batalhas de segmentos significativos da sociedade brasileira, desde a época dos governos militares, para a construção de uma política de saúde no Brasil, que tenha como seu elemento norteador a defesa da vida individual e coletiva e que não seja um lugar para ações sociais que obedeçam a interesses mesquinhos e privatistas, econômicos ou políticos; assiste-se, com perplexidade, a um ato “ditatorial” do Presidente da República, que algumas “penadas” mutilaram a Lei Orgânica da Saúde, aprovada no âmbito do Legislativo Federal.

Sabidamente, esta Lei, de nascimento tão árduo, foi produto de intensas negociações entre vários segmentos da sociedade civil, do legislativo e do executivo, e em que pese não contemplar plenamente os interesses do conjunto dos trabalhadores, acabou sendo dos resultados mais

interessantes do processo constituinte, recentemente vivido.

A mutilação que os vetos presidenciais provocaram no corpo da Lei, rema na direção dos interesses de setores sociais que não se preocupam com a mutilação do nosso povo e não estão interessados que o setor saúde seja regido por uma política que recupere o caráter público das ações de saúde. Única maneira efetiva de colocar as ações de saúde na direção da defesa da vida e na direção da diminuição da desigualdade social no nosso país.

Olhei ansiosamente para este trabalho, e pensei: qual a sua relação com tudo isto? Será que ele tem algo a dizer sobre o sentido das ações mutiladoras do governo federal, contra um dos mais legítimos produtos de nossa frágil transição? Será que este momento, tão fugaz, gerou algo tão “forte” que amedrontou os “poderosos”?

Olhando o conjunto dos artigos vetados, vi que havia um sentido muito explícito nestes atos. Todos eles apontavam para a quebra dos mecanismos básicos que a Lei propunha instituir no setor saúde, e que procuravam superar a nossa longa herança histórica quanto à construção do setor de políticas sociais – em geral – e da saúde em particular. Ai, comecei a achar que este trabalho tinha algo a dizer sobre este momento.

E isso, porque os vetos visam destruir todos os mecanismos que permitem que a política do setor saúde rompa com o passado autoritário e centralizador da sociedade brasileira nos processos de decisão dos rumos das ações de saúde. Estes vetos, assim, quebram a institucionalização dos fóruns de participação dos setores sociais organizados, como

uma prerrogativa da sociedade e não do poder executivo; destruíram os meios pelos quais os tornariam mais autônomos em relação à política econômica, e desmontou os mecanismos descentralizadores para os municípios, eliminando uma certa desconcentração do poder de dispor desta política social. O conjunto dessas medidas, se mantidas, poderia viabilizar a entrada de novos personagens sociais no jogo político que constroem as intervenções tecnológicas e assistenciais do setor saúde, mudando a rota no nosso processo social na área da saúde.

Aí é que eu não tive mais dúvida de que este trabalho “fala”, também, deste presente. Pois, foi justamente a busca da compreensão desse “mundo” das decisões e formulações no campo das ações governamentais em saúde, que se constituiu o nosso principal objeto de estudo. E como se isso não bastasse, este trabalho pode revelar como a realidade do passado se faz presente de forma trágica, para nós. O veto do Presidente, no fundo, teve como meta impedir o futuro, e procurou manter “presentificado” o nosso passado conservador, elitizado, mesmo que, com isso, mutile a imensa maioria dos brasileiros.

Acho que essas ideias estão muito presas ao sentimento de quem gostaria de que seu trabalho “mais acadêmico” fosse, também, um veículo de militância.

E, com certeza, isso não seria possível, se muitas outras pessoas não tivessem participado desta produção, que, queira ou não, tem sempre um caráter coletivo. Aprendi com uma grande amiga, Maria Cecilia F. Donnagelo, que é possível estar presente nos trabalhos das pessoas mesmo que não se tenha explicitamente participado de sua produção. E é assim,

Emerson Elias Merhy

que ela está nesta investigação, e, como ela, muitas outras pessoas e grupos, que eu não saberia nomear, mas que, com certeza, estão vivendo este momento com as mesmas ansiedades que eu.

Mas há outras pessoas que nesta hora são importantes de serem lembradas, e eu vou tentar fazer isto como uma profunda forma de agradecê-las por terem me permitido vivenciá-las de uma maneira humanamente produtiva e engajada, ao nível individual e coletivo.

Assim, agradeço aos colegas do departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

À Solange, agradeço também de uma maneira muito especial, pois além de colega de trabalho tem sido uma amiga muito particular.

Aos companheiros profissionais de saúde que atualmente estão tentando construir um projeto público na área, no Município de Campinas e em Paulínia, apesar das remadas contrárias, o meu reconhecimento de que os seus trabalhos são, permanentemente, uma boa dose de orientação e de estímulo.

Às paixões, eu gostaria de dizer que sem elas eu não estaria aqui, quanto mais realizando um trabalho.

Especialmente Pedro e Emilia.

À Mina, que além da paixão, tem sido uma força intelectual e militante vital para mim.

Emerson Elias Merhy.

Introdução

A Delimitação do Problema e o Levantamento de Algumas Questões Metodológicas

Este trabalho procura entender algumas questões, particularmente no campo das políticas públicas, que se interpõem nas relações entre os formuladores de políticas na área da Saúde Pública e as políticas governamentais, concernentes às ações coletivas de saúde, que efetivamente foram executadas no estado de São Paulo, de 1920 a 1948.

Parte-se do princípio de que a saúde Pública, como campo de organização assistencial e tecnológico das ações de saúde, tem suas atividades qualificadas e não são atividades quaisquer, mas sim aquelas que tomam o processo “coletivo” da saúde e da doença como seu objeto de trabalho. A Medicina, que também se define como um campo assistencial e tecnológico, aborda, privilegiadamente, o processo da saúde e da doença pelo ângulo do indivíduo e do corpo biológico, dentro de um universo regulado pelos conceitos de normal e patológico.

Assim, embora ambas tomem a saúde e a

doença como seu objeto, produzem distintos quadros de compreensão teórica e de ação nas dimensões coletivas e individuais deste processo. Isso tem algumas implicações, pois a Saúde Pública tem se identificado como o campo das ações de saúde que tem em perspectiva a promoção e proteção da saúde individual e coletiva, através da atuação nas dimensões coletivas; enquanto que a Medicina tem se pautado pela recuperação da saúde do indivíduo. O que permite que um fenômeno, aparentemente o mesmo, produza conhecimentos diversos, auxiliares da formulação de políticas diferenciadas, embora esses conhecimentos não sejam, necessariamente, dicotômicos ou mesmo opostos.

Entretanto, a distinção apontada acima não se mostra suficiente. O campo da assistência médica tem mostrado ser mais invariável e preso a um processo curativo, que parte das suas concepções sobre o corpo biológico e sobre o que é normal e patológico – mesmo quando incorpora outras dimensões extra-organismo-, como, por exemplo, o grau de instrução do paciente. O campo das ações coletivas tem apresentado uma gama grande de projetos técnico-assistenciais, inclusive incorporando como parte de suas ações e finalidades várias dimensões da prática médica como, por exemplo, quando considera o processo de cura de indivíduos como um elemento fundamental no comportamento dos fenômenos coletivos da saúde. Assim, mesmo considerando que o marco distintivo, pelo lado da assistência médica, é imediatamente perceptível, quando se tem pela frente um estudo sobre o campo da saúde pública há que se deixar clara a necessidade de um entendimento explícito das características deste campo de ações de saúde.

A resolução deste problema é dada, também, pela distinção entre a construção do campo tecnológico e assistencial da Medicina e aquela pertinente à Saúde Pública, dentro do que se denomina neste trabalho, modelo tecno-assistencial. Enquanto campos de organização das ações de saúde, tanto a Medicina quanto a Saúde Pública, podem ser compreendidas sob o ângulo da realização de um processo de trabalho específico. Analisadas a partir dos saberes tecnológicos que mobilizam para se efetivarem e, do processo a institucional – assistencial que concretiza suas ações, configura-se em ações técnico – assistenciais, isto é, ações que expressam uma dada construção do que é o objeto “saúde e doença”, expressando uma maneira particular de organizar a produção destas ações como serviços. Assim, pode-se procurar olhar aqueles dois campos de ações de saúde sob o ângulo que tenta entendê-lo como a constituição da produção dos serviços.

Sabidamente, a Clínica e a Epidemiologia têm servido à instrumentalização tecnológica daqueles campos. A primeira, tomando a dimensão individual do processo da saúde e da doença, e a segunda, a dimensão coletiva deste mesmo processo, enquanto fenômeno populacional. A Medicina e a Saúde Pública, cujas dimensões tecnológicas alimentam-se dessas duas áreas de conhecimento, em uma organização, como processo de trabalho, que conforma instituições específicas do setor de saúde, como os ambulatórios e hospitais, entre outras, cuja combinação em políticas específica resulta na produção de serviços assistenciais.

Sob o ponto de vista da Medicina, pode-se dizer

que os seus modelos tecno-assistenciais variam em função dos diferentes ajustes que a forma da produção dos serviços médicos adquire, mas sua base tecnológica é sempre idêntica, pois tomam da mesma maneira o objeto de suas ações, isto é, tratam-no e constroem-no sob a ótica do conhecimento do corpo biológico, da clínica e do conceito de normal e patológico.

No que se refere à Saúde Pública essas questões adquirem outras características, pois observa-se tanto uma variabilidade na dimensão assistencial, quanto na tecnológica. Nem sempre seu objeto é o mesmo e, como a Medicina, a forma de organização da produção dos seus serviços também pode adquirir várias configurações. Pode-se observar que um mesmo campo tecnológico, neste caso, está presente em diferentes configurações assistenciais. Por exemplo, a partir de uma concepção como a “bacteriológica” é possível detectar-se, historicamente, uma quantidade razoável de projetos assistenciais diferentes, como o “campanhista”, o “verticalista permanente” entre outros. Além disso, no campo das ações coletivas há outros momentos em que a concepção não é mais a “bacteriológica” e sim a “médico-sanitária” e a variabilidade assistencial também está presente. Isso tem importantes implicações para um estudo como este, pois é necessário que se procure uma forma de entender essa diferenciação dos campos, ao mesmo tempo em que se deve eleger, qual é a dimensão mais relevante do modelo tecno-assistencial.

Aqui, considera-se que um estudo que procura entender a formação da Saúde Pública como política governamental, deve tomar como central a dimensão

assistencial, sem desconsiderar a dimensão tecnológica, pois é através da primeira que se pode captar as questões referentes à forma de organização da produção dos serviços e à sua concretização enquanto instituições específicas. A configuração dessas ações de saúde, enquanto política governamental, adquire o formato de modelo tecno-assistenciais para as formulações que procuram apresentá-los como projetos de políticas públicas, que disputam determinados rumos possíveis para as políticas governamentais, no campo da saúde coletiva.

Isto posto, esclareça-se parte do conceitual empregado nesta discussão, ou seja: para designar esta vertente tecnológica adota-se a noção de “corrente”, que abrange sempre um conjunto de concepções sobre o objetivo e a finalidade das ações sanitárias. Assim, trata-se, por exemplo, da “corrente bacteriológica” e da “corrente médico-sanitária”. Para as tendências que se descolam destas correntes, representando determinados modelos técnico-assistenciais, a noção adotada é a de “movimentos”. Assim, por exemplo, há o movimento “campanhista/policial”, descolado da “corrente bacteriológica” e o movimento “rede local permanente”, originário da “corrente médico – sanitária” (veja quadro da página seguinte).

O período de 1920 a 1948, em São Paulo, permite verificar o percurso que a Saúde Pública realizou, como política, da fase em que era a forma de organização predominante das políticas governamentais de saúde, para uma fase em que passa a ocupar um lugar subalterno na organização da ação estatal, no setor de saúde quando a assistência médica previdenciária passa a ser o modo principal

para efetivar as políticas de saúde. Assim sendo, esse período foi particularmente privilegiado para que se entendam as relações que se estabeleceram entre os formuladores de projetos de políticas públicas e a organização das ações governamentais; pois, ao atribuir às ações coletivas de saúde um papel não exclusivo, o processo de formação das políticas de saúde foi exposto a um grande debate, relativo à sua organização tecno– assistencial.

Uma das hipóteses aqui adotadas refere-se ao papel que as reformas, efetivadas pelas ações governamentais (1918, 1925, 1931 e 1948 – quando foi organizada a Secretaria Estadual dos Negócios da Saúde e da Assistência Social), desempenham neste processo. Essas reformas servem de base para a construção dos rumos do setor das décadas seguintes e expõem as principais disputas travadas na busca por novas formas de organização das ações sanitárias.

Quadro I – As Correntes Tecnológicas e os Modelos Tecno - Assistenciais dos Movimentos Sanitários.¹

1 Apesar da explicação mais detalhada destas correntes e movimentos se dar nos capítulos seguintes, para que desde já o leitor se situe na nossa nomenclatura, produziu-se este quadro que as sistematiza de uma maneira genérica. As relações foram encontradas nesta pesquisa entre as varias tendências – sob a forma de modelos tecno-assistenciais, “portados” por movimentos sanitários determinados –, que uma dada vertente de pensamentos tecnológicos – sob a forma de um modelo tecnológico –, gerou durante o período que foi tomado como objeto deste estudo.

Corrente tecnológica	Modelos tecno-assistenciais
<p>- Bacteriológica: Considera a causa básica do processo saúde/doença como externa (o agente etiológico) e específica.</p>	<p>-campanha/policial: valoriza a contaminação como causa geral e usa, como instrumentos de ação e engenharia, a polícia e a campanha sanitária, verticalmente administrados. -campanhista/vertical permanente: adiciona serviços permanentes, regionais ou locais, e por problemas específicos.</p>
<p>- Médico – Sanitarista: considera a causa básica do processo saúde/doença como pertencente ao indivíduo (consciência sanitária) e única.</p>	<p>- rede local permanente: valoriza a formação de uma rede ambulatorial geral e única de serviços – o Centro de saúde – descentralizada e regionalizada, administrativamente. - rede local vertical: a rede de Centros de Saúde não atua como serviço geral e é administrativamente verticalizada; é complementar aos serviços especializados.</p>
<p>- Mista: tem uma posição em relação a causa básica multicausal, mas valorizando a especificidade da mesma.</p>	<p>- vertical permanente especializado: organização dos serviços por problemas específicos, verticalmente, utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária e da medicina curativa.</p>

Observação: poder-se-ia colocar uma quarta corrente, a da história natural da doença, com uma visão multicausal que valoriza uma postura unicista, e que tem sido base para o movimento que defende a organização dos serviços a partir da proposta da atenção primária à saúde, mas ela não está presente no âmbito deste estudo.

Tais reformas, que expressaram as disputas por modelos tecno-assistenciais que se apresentaram como projetos de políticas para a intervenção governamental na área de saúde, não podem ser tratadas como equivalentes,

em termos de projetos de políticas públicas, porque naqueles diferentes momentos as propostas dos diversos movimentos que se formaram, tinham diferenças quanto à sua pertinência político-conjuntural, devido ao processo de organização das relações sociais, como se verá no correr deste trabalho.

Aquelas reformas expõem os confrontos que as diferentes correntes do movimento sanitário tiveram em torno das grandes questões da Saúde Pública, na conformação das políticas governamentais da área: a problemática da relação entre a Medicina e a Saúde Pública e a organização dos serviços de saúde em termos de montagem das redes básicas de serviços.

O estudo das políticas governamentais em São Paulo, permite entender em que medida as “matrizes discursivas” das correntes e movimentos da área de Saúde Pública contribuíram para definir a intervenção estatal, o perfil das políticas do setor, tendo em vista que elas eram, antes de tudo, projetos políticos para conjunturas sociais determinantes.

Em estudo iniciado em 1980, sobre as práticas sanitárias em São Paulo, surgiram algumas questões metodológicas, vitais na época, que se tornaram parte de variados problemas encontrados para o desenvolvimento daquele trabalho.

Entretanto, algumas das soluções, mesmo que parciais, abriram caminho para a realização de uma dissertação de mestrado.² Dentre estas soluções, destaca-se aquela que impunha a superação de alguns estudos historiográficos,

2 MERHY, E.E. A urgência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. Dissertação de mestrado, apresentada junto ao Departamento de Medicinas Preventivas e Sociais da FMUSO, São Paulo. 1983.

que concebiam “asépticamente” os seus objetos de estudo, relatando-os como uma “história em quadrinhos” através das sucessões lineares de fatos e personagens. Assim, foi necessário “reconhecer” o objeto de estudos através de uma perspectiva que identificasse as práticas sanitárias como sendo práticas sociais, que expressavam/constituíam o conjunto das relações sociais a que estavam historicamente articuladas.

As práticas sanitárias foram apreendidas a partir da configuração de um campo institucional e de uma corrente de pensamento, que estivessem ambos presentes no interior do conjunto das práticas de saúde, e que tivessem o “coletivo” como seu problema central, na perspectiva de constituí-lo enquanto objeto de intervenções sociais, a fim de extrair, ao final das ações, produtos sociais relacionados ao fenômeno coletivo da saúde e da doença.

Deste modo, foi definido o campo de estudo da Saúde Pública, para depois abrir uma investigação sobre a sua emergência, enquanto prática social, em uma formação social específica – o estado de São Paulo no início da República.

Mais recentemente, uma outra perspectiva se abriu, isto é, aquela que tomou como ângulo de análise a compreensão das ações coletivas de saúde enquanto processo de trabalho. Por este caminho, tornou-se possível o entendimento do “coletivo” como “objeto”, e entendimentos dos saberes a cerca deste objeto como tecnologia em saúde coletiva. As finalidades sociais inscritas naquele processo de trabalho articulavam-se ao sentido estrutural das relações sociais, possibilitando, assim, a constituição instrumental do campo da Saúde Pública.

Essa perspectiva foi trabalhada de maneira mais sistemática por Ricardo B. Mendes Gonçalves, em sua tese de doutoramento.³ Sua argumentação permitiu perceber que a articulação de uma corrente tecnológica no campo da Saúde Pública, e de uma dada configuração institucional, no campo das ações coletivas de saúde, poderia ser compreendida sob uma perspectiva de análise que visse nestes elementos a expressão de modelos tecnológicos das ações de saúde, calcados em saberes específicos da área - como a Clínica e a Epidemiologia -, que, em realidades específicas de políticas sociais, constituiriam modelos assistenciais de serviços, ou seja, formas particulares de organização da produção das ações de saúde.

Porém neste trabalho, ao procurar compreender as ações sanitárias institucionalizadas, enquanto uma dada política de Saúde Pública, como expressão de modelo tecno - assistenciais que representavam não só a presença de uma dada concepção do objeto das ações coletivas de saúde, mas fundamentalmente a presença de uma organização do poder político na forma da produção dos serviços de saúde, foi necessário ir além do que surgiriam as conclusões da tese de Ricardo B. Mendes Gonçalves.

Isto obrigou a uma revisão de análises anteriores sobre a questão das ações sanitárias em realidades específicas, criando a necessidade de buscar novos caminhos metodológicos para enfrentar este estudo que ora se propõe realizar sobre a Saúde Pública em São Paulo, no período de 1920 a 1948.

3 MENDES GONÇALVES, R.B. Modelo tecnológico e organização das práticas de saúde. Tese de doutoramento, apresentada junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FMUSP. São Paulo 1986.

Para realizar esta investigação, não é suficiente apreender os momentos de institucionalização das políticas do setor e as correntes tecnológicas que se vinculavam à formulação de modelos tecno– assistenciais. É necessário, então, procurar entender como estes elementos articulam-se em um dado processo social, que coloca frente a frente, em disputa, o conjunto dos sujeitos sociais, na constituição histórica de uma determinada sociedade.

Esta direção obriga a usar um referencial teórico que elabore de forma mais ampla o conjunto dos elementos da estrutura social e que tome o campo específico da relação entre a Sociedade, o Estado e as políticas sociais, como sua questão central. O problema é entender, no campo das ações sanitárias, a institucionalização de uma dada política pública, e o processo de disputa dos vários projetos de políticas formulados, enquanto modelos tecno – assistenciais, pelos diferentes movimentos sanitários, na busca de suas “instituições” e de suas relações com os sujeitos políticos que implantam uma configuração histórica da relação entre o Estado e a sociedade.

O caminho metodológico proposto, portando, é aquele que, partindo da “leitura” das políticas governamentais em saúde, enquanto um dado modelo técnico–assistencial, “vai atrás”, da sua institucionalização no interior da sociedade, que se apresenta como uma permanente dialética entre o instituído.⁴ A análise da sociedade brasileira percorre um trajeto que está permanentemente diante da constatação de que as sociedades fundadas no modo de produção capitalista são originalmente “partidas”, de modo que, para elas, o seu

4 CHAUI, M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. 2ª edição. São Paulo, Editora Moderna, 1981.

elemento estrutural básico, a separação entre a sociedade e o Estado, coloca esta investigação diante de uma problemática fundamental, ou seja, a questão da dinâmica do processo social, a partir de uma realidade essencialmente dividida, enfatizando a atuação dos sujeitos sociais.

Antes de aprofundar esta linha de análise, é preciso articular as questões pertinentes à discussão dos modelos tecno-assistenciais, que estão ligados a uma reflexão sobre os sujeitos sociais;⁵ para depois expressar um juízo quanto ao entendimento do campo de formulações e decisões das políticas governamentais, na área de saúde coletiva. Deste modo, há uma fuga da forma predominantemente utilizada nas análises destas políticas, que normalmente privilegiam a dimensão do instituído por meio de suas expressões no campo financeiro ou burocrático – administrativo.

O que se pretende é tratar o instituído como expressão de um dado processo de institucionalização a partir das dinâmicas políticas particulares, configuradas pelos vários sujeitos sociais, em suas disputas políticas.

Baseado nisso, parte-se da premissa de que a história da Saúde Pública em São Paulo, de 1929 a 1948, foi a história de um processo permanente de institucionalização das ações sanitárias, que se expressou como uma dada política pública, constituída pelas ações governamentais, a partir das formulações entendidas como modelos tecno – assistenciais, dos vários movimentos presentes neste setor. Assim, em termos analíticos, pode-se delimitar neste processo histórico uma problemática - as questões sociais –, enquanto objeto

5 SADER, E. Quando novos personagens entraram em cena. São Paulo, Editora Paz e Terra. 1988.

daquelas ações; um conjunto de aparatos institucionais estatais que expressaram a materialidade das políticas públicas; e um “lugar social” – o Estado, como arena política decisória específica, na qual aparecem as formulações sobre o campo de ação e onde atuam as forças sociais, enquanto sujeitos políticos, ainda que ausentes.

Deste ângulo, muitas questões teóricas são fundamentais, e precisam ser tomadas como pontos a serem desenvolvidos. Mas, diga-se logo, que estas questões não serão esgotadas aqui, pois, por enquanto, o que se pretende é realizar algumas observações que possam ordenar a perspectiva de investigação.

Estudos recentes⁶ sobre o campo da saúde, mesmo adotando perspectivas teóricas diferenciadas, têm procurado compreender a Saúde Pública enquanto política (social) governamental, articulada às relações entre o Estado e o conjunto das classes sociais, em um dado período histórico. Porém, aqui, acrescenta-se a perspectiva de que aquelas políticas tem se apresentado sob a forma de um modelo tecno – assistencialista das ações políticas⁷, colocadas nas arenas decisórias nas quais foram produzidas – enquanto projetos de intervenção social, em sociedades concretas -, as políticas sociais dos governos. Assim sendo, é necessário uma melhor compreensão teórica da relação entre o Estado

6 Dentre os quais destaca-se: DONNAGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo, Livraria Duas Cidades. 1979; LUZ, M.T. As Instituições Médicas no Brasil, Rio de Janeiro, Editora Graal. 1982; CAMPOS, G.W.S Os médicos e a Política de Saúde. São Paulo, Editora Hucitec. 1988; BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo, Editora Hucitec. 1981.

7 Ver em CAMPOS, G.W.S. op. Cit; BRAGA, J.C E PAULA, S.G. op. Cit e DRAIBE, S. Ruzos e Metamorfose. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra. 1985.

e as classes sociais, no campo das chamadas políticas sociais, o que exige, também, compreender como aparecem – em um setor específico das políticas sociais – as questões apontadas acima. As relações entre as ações governamentais no campo da Saúde Pública e o conjunto das políticas sociais, poderiam em si mesmas ser encaradas como “o” problema e a ser investigado, mas aqui serão tratadas apenas quando for fundamental para o desenvolvimento do objeto em estudo.

Em uma investigação que pretenda tratar a análise da Saúde Pública enquanto política governamental, considerando as opções políticas que se apresentam nas arenas decisórias das políticas sociais – expressando um modo particular de se articular necessidades sociais, a partir de uma estrutura tecno-assistencial específica –, é fundamental compreender o processo em que se conectam as questões concernentes às relações políticas - dadas no plano das relações entre o Estado e as classes –, e aquelas que se expressam em um momento particular, através das ações governamentais, em esferas específicas da vida social (as ações de Saúde Pública). Além disso, este estudo deve tentar entender “o como” e “o quanto” as opções políticas nestas dimensões dizem respeito ao processo político mais abrangente.

E para responder a este desafio que se procura fazer uma “leitura” das políticas governamentais como modelos tecno-assistenciais, que se constituem em projetos das forças sociais; procura-se, também, os vínculos que estes modelos estabelecem não só com as chamadas correntes tecnológicas de pensamento do campo das ações sanitárias, mas também, com as questões políticas mais amplas, colocadas em seu campo específico – arena decisória particular –, o qual define

o significado social das referidas ações.

Fala-se aqui de alguns⁸ formuladores de políticas de Saúde Pública, com suas estratégias e com suas relações com os sujeitos sociais; conseqüentemente, fala-se também da formação das políticas governamentais no campo das ações coletivas de saúde, no estado de São Paulo.

Não é fortuita a escolha do estado de São Paulo no período que vai de 1920 a 1948. Este lugar, nestes anos, tem sido objeto de poucos estudos, apesar de ser um lugar no qual a sociedade vem adquirindo tal complexidade que faz desta escolha um grande problema, tanto porque o arcabouço teórico deve ser “igualmente” complexo, quanto porque o conjunto das informações disponíveis é muito precário. Mas, em que pesem todas estas dificuldades, quando o que se pretende é um estudo que tenha como seu objeto a análise da Saúde Pública – enquanto política governamental - dentro de um processo histórico social concreto, poucos são os lugares e períodos – no Brasil – que possibilitam investigações tão instigantes, como a que se delimita aqui.

Investigações cujos objetos exigem instrumentais metodológicos do campo das ciências sociais, trazem consigo uma infinidade de problemáticas não consensuais, em termos das concepções teóricas a serem adotadas⁹. Parece, entretanto, ser consenso entre os diferentes métodos da

8 Dentre todo o universo de formuladores, foram tomados particularmente aqueles segmentos que melhor se colocaram em relação às arenas decisórias. Deste modo, tem destaque o grupo dos sanitaristas, desde 1920 até 1945, pois a partir de então, a eles se somam alguns programas partidários, como se verá.

9 Ver em FERNANDES, F. Fundamentos empíricos da explicação sociológica. São Paulo, Editora TAQ. 1983; a diversidade metodológica e epistemologia que se coloca neste campo.

área das ciências sociais, que os processos sociais têm um estatuto teórico próprio, cujo sentido é fundamental. Com esta perspectiva, dirigir esta investigação para um “local” que se apresenta como sendo de “alta complexidade”, é, antes de tudo, uma exigência metodológica, pois em síntese o conjunto de fenômenos que ocorre nesta realidade, traz em si uma ampla possibilidade de análise, face ao variado espectro que as práticas sociais podem assumir. Porém, só isto não basta. Outras ordens de questões interferem nesta escolha, devido à especificidade desta investigação e das hipóteses que este trabalho assume.

O estado de São Paulo foi um lugar estratégico para que a sociedade brasileira – no período que vai de 1920 a 1945 –, se dirigisse para o processo de formação do capitalismo no Brasil, calcado no processo de industrialização.

Este reordenamento de rumos da sociedade brasileira redefine o padrão de relação entre o Estado e a sociedade, por meio da Constituição, de um bloco histórico que se expressou inicialmente através da figura de um Estado Nacional autoritário, entre 1937 e 1945, na superação do Estado liberal oligárquico da Primeira República e de sua crise econômico-social.

Este contexto histórico mais geral, que atravessa diferentes fases, aposta uma reformulação no padrão de realização das ações de saúde, enquanto política social. No entanto, tal processo não marcou, exclusivamente, a forma pela qual ocorreu aquela reformulação, pois esta dependeu também do processo político específico que se constituiu no setor saúde e dos diferentes projetos de políticas que se enfrentam nesta área. Sem dúvida, a configuração que o

setor, foi adquirindo nas várias regiões do país passa pelas características destas variáveis, em cada uma delas.

Em São Paulo, esse processo foi muito diversificado, no que se refere às políticas governamentais. No campo da Saúde Pública, no âmbito do governo estadual, organizou-se uma ampla rede de serviços públicos, que possibilitou – a partir de toda uma reorganização das relações entre os grupos sociais e o Estado, no que se refere ao conjunto das políticas sociais –, a construção de uma relação entre os “problemas de saúde” (questões sociais) e os modelos tecno-assistenciais, que expuseram, mais do que em qualquer outro lugar, uma grande diversidade de opções políticas para o setor. Este processo – e suas decorrências e implicações – constitui o material privilegiado do estudo aqui realizado.

Partindo desta constatação são problematizadas as questões a serem investigadas: a conformação das políticas governamentais, na área da Saúde Pública em São Paulo; sua relação com o conjunto das opções políticas que se apresentaram na arena decisória do setor, considerando a própria conformação desta arena; as ligações entre aquelas opções políticas e os diferentes projetos tecno-assistenciais construídas no campo sanitário.

As correntes são fontes dos projetos tecno-assistenciais das políticas da área e, ao mesmo tempo, expressões de alguns formuladores que conseguiram elaborar estratégias no campo da Saúde Pública. Assim sendo, neste estudo, não pareceu ser satisfatório resumir a compreensão das opções políticas a partir dos modelos tecnológicos que Ricardo B.M. Gonçalves sugere em sua tese.¹⁰ Isto porque no

processo político aqui analisado, são disputadas e decididas as políticas governamentais. As formulações não se apresentam apenas como saberes tecnológicos, pois se colocam, antes de tudo, como estratégias de políticas públicas, ou seja, como projeto de organização social das ações de saúde enquanto serviço. Deste ponto de vista, portanto, as formulações, enquanto modelos tecno-assistenciais, interessam na medida em que expressam a construção de políticas de Saúde Pública, ainda que baseadas em saberes sobre a saúde e a doença.

Interessa saber tanto o que as várias correntes tecnológicas concebem como o seu problema de saúde, quanto as práticas e suas finalidades, além da organização social destas práticas enquanto serviços, situando em seu campo a conformação dos agentes e dos usuários e a constituição das “máquinas” burocrático-administrativas. Isso aproxima o conceito de modelo tecno-assistencial da idéia de projetos de políticas que são formulados em conjunturas sociais determinadas, que conjugam estratégias de organização da prática como implantação destas políticas.

Concluindo, pode-se dizer que os modelos tecno-assistenciais são apenas os projetos que possuem as seguintes dimensões:

a) quando elaboram projetos tecno-assistenciais, os formuladores de políticas estão produzindo, antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para a formação daqueles;

b) no seu conjunto, um modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é o seu problema de saúde,

quais são suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços, além de explicitar quem são os seus trabalhadores e os seus usuários;

c) sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma do poder político, e como tal tem que expressar uma dada conformação do Estado;

d) como política, um modelo tem que construir uma visão dos outros modelos.

Além disso, para o caso particular da Saúde Pública, considera-se ainda que os modelos tecno-assistenciais apresentam peculiaridades que merecem ser expostas de uma maneira mais sistemática, conforme o que se segue:

a) os modelos tecno-assistenciais no campo das ações coletivas sofrem variações tanto em sua dimensão tecnológica quanto na assistencial, diferentemente da medicina curativa inserida nos modelos da assistência médica;

b) genericamente podem ser identificados vários modelos que se baseiam nos saberes tecnológicos constituídos a partir das correntes “bacteriológica”, médico-sanitária” e “mista” – assim denominada por incorporar, além das contribuições da bacteriológica e da médico-sanitária, a medicina curativa individual como um de seus instrumentos de ação;

c) os modelos, neste estudo, foram “olhados” sob o ponto de vista que permite caracterizá-los essencialmente como projetos de organização de serviços de saúde coletiva, e assim suas denominações foram construídas a partir desta angulação – por exemplo, a corrente “mista” está presente no

modelo do movimento “vertical permanente especializado”; do mesmo modo, a “bacteriológica” está presente no modelo do movimento “campanhista/policial” e no modelo do “campanhista/vertical permanente”; a corrente “médico-sanitária” aparece no modelo do movimento “rede local permanente”.

Pode-se, então, através destes argumentos, dizer que a Saúde Pública se constitui, para este estudo, em um campo de ações de saúde no qual existe de maneira diversificada uma organização assistencial e uma organização tecnológica. Existe, ainda, um conjunto de agentes sociais, aqui entendidos sob a figura dos formuladores de políticas de saúde, cuja configuração também varia. A formulação das políticas no campo da saúde pública não é privilégio de nenhuma categoria profissional em particular, pois pode-se identificar, atuando nas áreas decisórias das políticas governamentais, conforme a conjuntura social, desde categorias profissionais – como os médicos sanitaristas – até os partidos políticos. Entretanto, esta é uma temática a ser mais explorada adiante.

Isto posto, vale assinalar, enfim, que este estudo partiu, em última hipótese, da tese de que as tentativas da década de 1920, para implantar um dos modelos da corrente “médico-sanitária” frustraram-se no pós-30 e deram lugar a outras experiências de organização das ações de saúde coletiva. Formou-se um projeto a partir da corrente “mista”, aqui denominada “vertical permanente especializada”, que se impôs durante o período de 1930 a 1948, e que no seu confronto com aquela originária da “médico-sanitária” marcou profundamente organização da Secretaria Estadual da Saúde, em São Paulo, no ano de 1948.

Este processo contribuiu para a definição da trilha dos movimentos sanitários dos anos 60 e 80, e neste particular foram fundamentais os projetos de uma parte do grupo “verticalista” que se organizou em torno dos serviços de Centros de Saúde, e que por meio de suas estratégias de organização das ações de saúde pública, tornaram-se a forma privilegiada de efetivação das ações de extensão de cobertura desde a década de 1940, como se verá.

Diante de toda essa problemática deve-se procurar entender, de uma maneira mais precisa e antes da análise do material coletado para este estudo, a articulação entre o Estado e as classes sociais e, ao mesmo tempo, a constituição de uma dada política governamental, bem como das arenas decisórias destas políticas, para que se possa compreender como elas se constituem enquanto modelos tecno-assistenciais.

Em função disso, o capítulo primeiro foi dividido em duas partes. A primeira é onde se procura compreender o campo das políticas sociais governamentais como expressão das relações entre o Estado e as classes nas arenas políticas, que são “lugares sociais” dos sujeitos políticos e de suas manifestações, nas quais se conforma o sentido social – rumo e significados – das ações de saúde coletiva.

Na segunda parte, toma-se a Saúde Pública como política governamental, enquanto expressão de modelo tecno-assistenciais e busca-se um entendimento sobre a maneira pela qual esses modelos se expressam como projeto de políticas e sobre as relações que se estabelecem entre os seus formuladores e as forças sociais que atuam nas arenas decisórias daquelas políticas públicas, associado às questões

da relação entre o Estado e as classes e as alternativas históricas.

No capítulo segundo enfrenta-se uma discussão sobre a periodização deste estudo, além de se estabelecer os parâmetros sobre o material coletado e o tratamento metodológico dado.

Nos capítulos terceiro, quarto e quinto, analisa-se os diferentes períodos em que foram divididos os anos de 1920 a 1948, em São Paulo, procurando-se entender a conformação das políticas governamentais, dos movimentos sanitários e os seus modelos tecno-assistenciais.

Capítulo Primeiro

A saúde pública como política social, os processos de formulação e decisão das políticas governamentais.

1. AS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS DE SAÚDE: o Estado, as classes e as arenas políticas.

Alguns trabalhos mais recentes sobre as ações de saúde, procuram uma compreensão destas ações sob a ótica das políticas sociais.

Para os que tomam a Saúde Pública como seu objeto, tem sido um marco o estudo de José Carlos Braga¹¹ que investigou a relação entre o processo econômico-social, na conformação do capitalismo brasileiro, e as configurações das políticas de saúde enquanto políticas sociais do Estado capitalista no Brasil, traçando um esboço da história da

¹¹ BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. op.cit.

Saúde Pública brasileira contemporânea. Vai nesta direção, a linha teórica que rompeu com a maior parte dos trabalhos anteriormente produzidos sobre este tema e trouxe para os estudos da Saúde Pública, como política social, contribuições que já vinham se acumulando nas análises sobre a Assistência Médica, enquanto parte de uma política de saúde do estado no Brasil.¹²

José Carlos Braga toma o campo da Saúde Pública e o conjunto das políticas sociais a partir de uma perspectiva de análise que, ao privilegiar as determinações econômicas, não se preocupou em desenvolver, claramente, a presença das ações políticas e ideológicas na conformação daquele campo. Em seu estudo, considerou a ação política principalmente como cumprindo funções sociais que o mundo da economia determinou como fundamentais, imprimindo metodologicamente, uma abordagem finalista e funcional do material de análise, mesmo que em algumas passagens do seu texto, tenha dito o contrário:

São as alterações de caráter político e as transformações da natureza do Estado que criam as condições iniciais para que as questões sociais em geral - e as de saúde em particular - já postas no período anterior, pudessem ser enfrentadas através de um bloco orgânico e sistemático de políticas.¹³

Antes, porém, já havia dito que em última instância a:

12 Dos muitos trabalhos destaca-se, novamente, os de DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade. op. cit.; e o de LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil. op. cit.

13 BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. op. cit. p.52

(...) questão social (...) [tem] (...) gênese e transformação (...) [como] (...) manifestações [ão] concretas {a} das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção (...) [que se] (...) manifestam (...) nas práticas políticas e ideológicas (...). O desenvolvimento capitalista (...) constitui em questões sociais, entre outros, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o capital. Num mesmo movimento, constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões (...).¹⁴

Isto é, mesmo que as práticas político - ideológicas e o Estado fizessem parte de seu raciocínio teórico, só eram postos como elementos constitutivos da sua análise a partir do campo das relações de produção, identificadas, em seu estudo, com o processo social de formação dos padrões de acumulação capitalista, analisados a partir do conceito de industrialização definido por João Manuel Cardoso de Mello¹⁵.

Assim, para Braga, as exigências do processo de acumulação foram perfilando questões sociais, estruturas estatais e políticas sociais. Ao movimento de centralização estatal, que a industrialização impôs, correspondeu à busca de uma política nacional de saúde. Ela foi parte determinada, reflexa e secundária, o que aparece quando analisa a sociedade como totalidade social, que se reduziu essencialmente ao processo social de industrialização, enquanto fenômeno

14 BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. op. cit. p. 41

15 CARDOSO DE MELLO, J. M. O Capitalismo Tardio. Já edição. São Paulo, Editora Brasiliense, 1984; onde o conceito de industrialização é diferenciado do de crescimento industrial.

Analisando, sob a mesma ótica de constituição do capitalismo brasileiro, isto é, sob o ângulo do processo de industrialização, Sonia Draibe¹⁷ apontou a necessidade de se buscar um quadro teórico de compreensão daquele processo, que desse conta da sua singularidade no modo particular em que a questão política foi colocada na formação da totalidade social e, conseqüentemente, do modo pelo qual a constituição de uma forma particular do Estado capitalista no Brasil foi determinante para aquele processo.

Para tanto, esta autora tomou como seu ponto de partida, a ideia de que se constituía, naquele processo de industrialização, uma revolução burguesa no Brasil, com todas as suas implicações, pois, “(...) a industrialização é tão somente o aspecto econômico de um processo mais amplo da formação e consolidação da dominação e do poder burgueses (...)”.¹⁸

Advogou, nesta investigação, que, na revolução burguesa no Brasil, diferentemente das revoluções clássicas dos países europeus, a formação e diferenciação das classes sociais ocorreram concomitantemente, o que implicou outro tipo de relação entre o Estado e a sociedade, se comparado aos países capitalistas originários, como a Inglaterra, ou mesmo atrasados, como a Alemanha.¹⁹

(...) a revolução burguesa [no Brasil] não

16 BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. op. cit. p.51; no qual a “etapização” se dá em função dos diferentes momentos de constituição das bases de acumulação industrial.

17 DRAIBE, S.M. Rumos e metamorfoses. op. cit.

18 Ibidem, p 13.

19 Ibidem.

foi democrática; no seu processo não são revolucionariamente destruídas formas sociais e políticas pretéritas - houve modernização, incorporação, sobreposição de formas. O Estado expressará particularidades desta revolução (...).²⁰

Refletindo sobre as tarefas inerentes a uma revolução burguesa, apreendidas através de problemas como questões agrária, nacional, proletária, entre outras, concluiu que, enfim, estas revoluções acabam envolvendo a questão do Estado, isto é “(...) o movimento de construção das estruturas nacionais centralizadas, unificadoras e centralizadoras, que sobre uma dada estrutura de classes, articulam e expressam o poder burguês como poder unificado, manifesto como o ‘interesse’ de toda nação”.²¹

Como as questões se referem e constituem em relações sociais que envolvem lutas sociais, “(...) as alternativas que constituem as vias de desenvolvimento do capitalismo” dão no processo de luta de classes, que se torna o lugar de construção e produção das histórias particulares. Assim, uma das exigências teórico-metodológicas, para a compreensão da formação capitalista brasileira, é a de identificar “(...) os interesses sociais estratégicos que puderam sustentar as alternativas sociais globais do capitalismo.”²²

Desta maneira, as relações entre as questões econômico-estruturais e o palco da luta de classes são os elementos que permitem o desenvolvimento do sentido

20 DRAIBE, S.M. Rumos e Metamorfoses. op. cit. p. 15

21 Ibidem, p. 16; onde ressalta a particularidade deste processo em cada formação social específica.

22 Ibidem, p. 17.

que as relações sociais adquiriram, em sociedades concretas como a brasileira. Porém, uma maior especificação desse processo social supõe resolução da problemática do sujeito social que, como agente histórico, representa para o conjunto dos grupos sociais, a estratégia de desenvolvimento num momento dado, e que em uma arena particular de luta social, como força social e política, constitui-se no elemento que se impõe como dirigente, na figura do sujeito político.

Isso diz respeito, também, às relações entre o político e o econômico nas sociedades capitalistas, além de situar nesta problemática, a questão do Estado, enquanto produto de uma relação de forças sociais, na qual se expressa uma dominação social e um pacto de classe.

Assim, retornando ao texto de José Carlos Braga, é preciso que um esforço de análise teórica, na linha que inicia, busque uma compreensão da totalidade social a partir da perspectiva de que as dimensões político-ideológicas são elementos constitutivos e estratégicos, para a conformação de uma dada sociedade capitalista.

Ora, tomar um campo de ações sociais - a Saúde Pública - como objeto de estudo e procurar entendê-lo enquanto política social é, não só compreender as relações entre este campo e os padrões de acumulação capitalista, mas também compreender como se constituiu enquanto um determinado projeto de política no interior da ação do Estado, e sob qual forma, como modelo técnico-assistencial, ele se efetivou.

José Carlos Braga não deixou de tocar nesta problemática ao apontar a importância que teve a forma particular de realizar os gastos públicos e a conformação das

instituições do setor saúde. Sugeriu, inclusive, que a formação de um determinado modelo assistencial condicionaria um dado padrão de gastos em algumas ações de saúde e não em outras.

No entanto, é importante entender não só a relação entre o padrão de acumulação do capital e o caráter das políticas sociais, mas também o fato de que no setor de saúde as políticas se realizam através de serviços privados ou públicos, hospitalares ou ambulatoriais, por ações coletivas ou individuais, entre outros.

Entretanto, o próprio autor não levou às últimas consequências as questões por ele levantadas, prendendo-se à relação de funcionalidade que elas teriam com as tarefas sociais colocadas pelo aparelho econômico. Introduce as lutas sociais no interior de seu quadro de análise a partir das possibilidades antevistas no interior do processo de acumulação de capital, dando àquelas lutas nada mais do que a forma “fenomênica” de representar o verdadeiro lugar do social - o mundo das relações econômicas de produção.

Considerando os argumentos sobre a possibilidade de se inscrever na constituição das políticas de saúde as questões de caráter político, e aqueles sobre processo de industrialização como sendo passível de entendimento apenas se incorporar a perspectiva de que este processo ocorreu sob uma forma particular de organização e intervenção do Estado capitalista no Brasil, pode-se estabelecer como problema a busca no processo social mais geral, das lutas sociais que lhe dão cabimento e sentido, além de conformarem os sujeitos sociais e as arenas políticas que permitem que uma(s) dada(s) formulação(ões) sobre a Saúde Pública, enquanto modelo

tecnico-assistencial, se efetive como política governamental.

Ao penetrar neste processo, deve-se buscar a compreensão do porque as opções políticas permitiram, em dados momentos, compor um tipo de gasto público onde antes não havia nem orçamentação das ações sanitárias, no começo da República em São Paulo²³ e o porquê, em outros casos, restringiram este gasto até o “sucateamento” das instituições do setor. O processo de decisão sobre estes gastos inscreve-se no interior do bloco dirigente do Estado, o que será objeto de discussão mais adiante quando for explorada a relação entre os formuladores de modelos e os “decisores” da implementação das políticas públicas.

Ao mesmo tempo, deve-se procurar entender que aquelas opções políticas levaram em consideração os modelos tecnico-assistenciais constituídos pelos movimentos sanitários. O que parecia dever-se às limitações do conhecimento científico-tecnológico foi, na realidade, determinado pela configuração social na qual este conhecimento adquiriu concretude, conforme a natureza das relações sociais de pauta.²⁴

Portanto, para estudar a Saúde Pública como política social deve-se tentar desvendar tanto a natureza do conjunto das relações sociais do período em estudo, quanto o modo próprio como, no campo das ações de saúde coletiva, constituem-se forças sociais que, nas suas lutas, delineiam as opções políticas. Tais opções manifestam-se através dos formuladores específicos do setor, sob forma de modelos

23 MERHY, E. E. O capitalismo e a saúde pública. São Paulo, Editora Papirus, 1985

24 Para maior detalhamento sobre esta questão veja MENDES GONÇALVES, R. B. Modelos tecnológicos organização das práticas de saúde. op. cit.

tecno-assistenciais, em padrões de gastos públicos e organizações institucionais.

Estas questões já pareciam importantes, mesmo quando foi elaborada a dissertação de mestrado, na qual constata-se que no processo de mudança dos padrões de relação entre o Estado e as classes sociais - em torno de 1920, no período da República Velha -, ocorreu uma correspondente alteração na disputa dos modelos tecno-assistenciais que compunham, na época, a política de saúde vigente.²⁵

No presente estudo, que pretende uma análise específica da Saúde Pública em São Paulo de 1920 a 1948, aparece uma necessidade teórica de se procurar uma compreensão mais apurada do desenvolvimento desta sociedade e a configuração política das forças sociais que lhe atribuíram um sentido histórico particular, para a reconstrução do percurso institucional através do qual a política governamental, na área da Saúde Pública em São Paulo, se efetivou. Estas questões colocam na linha de frente da análise uma elaboração teórica mais detalhada sobre a problemática do Estado capitalista no Brasil.

Vários são os autores²⁶ que reconhecem a importância do papel do Estado na constituição das fases atuais da sociedade brasileira, mas, mais uma vez, com Sonia Draibe pode-se apontar alguns dados interessantes sobre este fato, pois essa autora, ao procurar rediscutir algumas questões

25 MERHY, E. E. O capitalismo e a saúde pública. op. cit.

26 como por exemplo WEFORT, F. Estado e massas no Brasil. na Revista da Civilização Brasileira, nº 7. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.; Cardoso, F.H e FALETTO, E. Dependência e desenvolvimento na América Latina. Rio de Janeiro, Editora Zahar. 197; FAUSTO, B. A revolução de 1930. 2ª edição. São Paulo, Brasiliense. 1972.

colocadas pelo conjunto daqueles trabalhos, refere-se explicitamente à discussão da natureza social do Estado no Brasil.

“De uma à outra fase da industrialização, com autonomia, força e capacidade de iniciativa, o Estado brasileiro planejou, regulou e interveio nos mercados, e tornou-se ele próprio produtor e empresário, (...) coordenou o ritmo e os rumos da economia (...) Do ponto de vista social e político, regulou as relações sociais, absorveu no interior de suas estruturas os interesses sociais e se transformou numa arena de conflitos (...) Debilitou as instituições representativas e solapou as formas autônomas de aglutinação e expressão de interesses e conflitos”.²⁷

Tal posição leva à conclusão de que o Estado capitalista brasileiro, na fase de 1930 a 1960, período de análise da autora, acabou abarcando o papel dos sujeitos políticos que, em suas disputas, consolidaram a direção do processo social.

Entretanto, uma formulação deste tipo, abre possibilidade para levantar várias hipóteses no campo da ação política. Tais hipóteses são desde aquelas que se relacionam a uma posição que valoriza o papel mais autônomo do Estado e do político sobre o conjunto das relações sociais - posição segundo a qual as ações políticas determinam a natureza das relações sociais - até aquelas perspectivas que fazem referência ao Estado como lugar de um “pacto social”, para a manutenção da unidade social a partir do equilíbrio das forças sociais.

27 DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. op. cit. p. 20.

O enfrentamento teórico destes pontos traz a discussão sobre o sujeito social e adquire sentido na medida em que permite problematizar as concepções que têm desembocado nas visões mais “economicistas” da ação política e do Estado, e nas quais as políticas sociais são entendidas por sua funcionalidade, diante das exigências econômicas da acumulação do capital.

Por outro lado, deve-se problematizar também as mais “politicistas”, que tomam o político como estando situado acima da luta de classes, fazendo com que os conflitos ganhem o estatuto de enfrentamento de grupos de interesses equivalentes, pois nessas posições, o Estado e as burocracias estatais ganham tal autonomia que se tornam o único sujeito social fundamental, de caráter demiúrgico.

Sem dúvida, são várias as matrizes teóricas no interior da filosofia política moderna que enfrentam estas questões. Entretanto, Sonia Draibe, sabedora dos vários riscos que envolvem aquelas posições, propôs explorar estes pontos através do desvendamento da “(...) base social e de poder sobre as quais foi possível ao Estado (...) adquirir capacidade e desenvoltura para levar a cabo (...) [o processo] (...) de expressar e implementar um projeto de transformação capitalista”.²⁸

No confronto com algumas concepções que se “alimentam” da perspectiva marxista,²⁹ e descartando alguma delas sobre os processos sociais e econômicos de

28 DRAIBE, S. Rumos e metarmofoses. op. cit p. 20

29 Que segundo BOBBIO, N. O Estado na filosofia política moderna. São Paulo, Brasiliense. 1988; é o universo matricial que em tratado destas questões entre o econômico e o político.

constituição das relações sociais capitalista, a autora propôs que a originalidade do processo histórico-social brasileiro podia ser compreendida, no período de 1930 à 1960,

“(…) na simultaneidade e especificidade dos processos de constituição das bases materiais do capitalismo, da formação e expressão de duas classes fundamentais e da construção do Estado capitalista e burguês no Brasil. E a partir daí que é possível (…) [entender] (…) a natureza das relações entre o políticos e o econômico entre o Estado e a sociedade, de modo a poder identificar (…) as expressões da autonomia e da capacidade dirigente do Estado.³⁰

Concluindo que a questão fundamental, portanto, era a de:

“(…) identificar com rigor a direção política do processo de transformação capitalista no Brasil (…) [e assim] (…) o que está em pauta são as tendências alternativas frente à industrialização e as forças sociais sobre as quais se definiram no Estado distintos projetos de transformação social e de hierarquização de interesses econômicos e políticos, ou seja, os distintos conteúdos (…) [das] grandes questões da revolução burguesa: a questão agrária. (…) nacional, (…) social, (…)³¹

A autora responde aos problemas levantados mostrando como a política constituiu estrategicamente as relações sociais capitalistas, e a forma que o político adquiriu no Brasil quando a figura do Estado tornou-se elemento vital para consolidação das alternativas de desenvolvimento.

³⁰ DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. op. cit. p. 27

³¹ Ibidem, p. 27.

Porém, esta autora criou novas ordens de problema, pois trata a relação entre o Estado e os sujeitos políticos de tal modo que o Estado passa a adquirir o status de “o” sujeito social, no pós-30. E isto permite fazer algumas interrogações: há outros sujeitos além do Estado? Se existem, como eles efetivamente se constituíam? Estão vinculados à etapa de desenvolvimento econômico-social? Quais são suas configurações?

O interessante é que o no próprio trabalho de Sonia Draibe, foi possível encontrar passagens que esclarecem estas indagações, porque a autora, ao entender a questão da construção da direção política no interior da sociedade, sentiu a necessidade de qualificar os sujeitos sociais que foram os construtores desta direção.

Propôs que esta questão da direção política fosse entendida a partir daqueles setores sociais - classes ou frações de classe -, considerados como histórico-fundamentais e inerentes a uma dada divisão social do trabalho, forjada num processo histórico-social determinado, e definidos como aqueles que “(...) historicamente [eram] capazes de ordenar, a partir de seus interesses estratégicos objetivos, o conjunto da sociedade”³² e, assim, tornavam-se base social do Estado, isto é, eram “portadores de futuro”.

Tal colocação permite afirmar que o lugar estratégico do Estado no Brasil deve-se ao caráter específico das lutas sociais e dos sujeitos sociais constituídos no país, no período de transição vivido na década de 1920. Portanto, entender o Estado como um dos sujeitos sociais, é uma posição que deve levar em consideração o fato de que o Estado, efetivamente,

foi produto do processo histórico constituído no campo da luta de classes, expressão de uma dada condensação das forças sociais enquanto bloco histórico.

Outro aspecto interessante, que deve ser destacado, é o que se refere ao fato de que o sujeito político não pode ser qualquer grupo social, mas só os “portadores de futuro”. Isto obriga, inclusive, determinar quais alternativas possíveis se abrem, nos diferentes momentos de desenvolvimento da sociedade, e quais grupos sociais podem portar estas alternativas, a fim de constituir novas relações sociais e econômicas, mesmo que isto seja analisado sob o ângulo particular da construção de uma dada política governamental.

A fim de precisar melhor outras categorias de análises que possam auxiliar nesta tarefa teórica, recorre-se ao texto de Marilena Chaui, escrito como apresentação/introdução do livro “O Silêncio dos Vencidos”.³³ Nesta obra, o período de crise da “República Velha” e o surgimento da revolução de 1930 são entendidos como processos de constituição de uma dada história a partir de uma específica composição da luta de classes.

O material de De Decca procura entender aqueles processos mediante a compreensão do processo de constituição dos sujeitos sociais, enquanto forças políticas, como detentores de “interesses estratégicos e objetivos” que se colocam em confronto, configurando as lutas sociais (de classe) em uma dada arena política. O autor assinalou que foi neste processo que se formaram as próprias classes enquanto sujeitos, ou melhor, que foi no processo de luta social que as

33 CHAUI, M. História à contrapelo, in DE DECCA, E. O silêncio dos vencidos. São Paulo, Brasiliense, 1981.

próprias classes adquiriram sua plena formação histórica.

Tal questão permite refletir sobre a conformação do lugar no qual se explicitaram e se resolveram as alternativas sociais estruturais que se “(...) configuram potencialmente [em] tendências limite de direção do Estado (...) [em que] determinam o espaço substantivo da política”.³⁴ Sem dúvida, isso coloca em discussão o problema da historicidade da arena política e da sua relação com os sujeitos sociais, na qual emerge a questão do Estado. Trata-se de uma questão vital, pois constitui problema estratégico para o entendimento da relação entre o Estado e as classes no Brasil, “lugar” das políticas sociais.

No texto, De Decca, ao tomar o dado historiográfico - a revolução de 1930 - como ponto de partida, concluiu que em São Paulo de 1928 encontrava-se o elemento chave para a reconstrução do campo social no qual se “fabricou” a história do período. Foi importante para seus propósitos, analisar o embate político entre os grupos sociais fundamentais, disputas políticas em torno das quais, as questões estratégicas foram forjadas, e com o qual “se criou” o futuro diante das alternativas de conformação da sociedade.

Os principais protagonistas, analisados como sujeitos políticos que se localizavam no embate das classes, foram a burguesia industrial, o proletariado e os “revolucionários”.³⁵ Em cima disso é que Marilena Chauí escreveu:

“(...) os discursos políticos dos diferentes protagonistas da história tematizam as mesmas

34 DRAIBE, S Rumos e metamorfoses, op. cit. p.33

35 Identificados como os setores anti-oligárquicos, como por exemplo os tenentes.

questões: a revolução, a industrialização e a democratização (...) a crítica da revolução de 30 (...) [pode vir] (...) da passagem dos dados imediatos fornecidos pelos discursos à mediação das diferenças de classe, isto é, da passagem dos discursos ao exame das práticas políticas (...) [e] (...) do lado dos dominantes, há diversidade de projetos políticos, do lado dos dominados, diferença histórica, um esboço do possível.³⁶

Este autor reconhecia aquele momento histórico, como sendo o que sintetizava um contexto de crise da sociedade oligárquica da República Velha, em que as forças sociais, como protagonistas da história, encontravam-se em enfrentamento diante de problemas sociais, cujas soluções estavam no interior de uma dada arena política, como campo da luta de classes. Nesta arena, os sujeitos políticos, as classes ou frações, através de suas práticas sociais colocaram-se como se pertencessem a distintos tempos históricos, quanto ao esboço do possível, conforme fossem portadores diretos das questões do capital ou da sua negação histórica.

Assim, o embate não passava pelo enfrentamento de forças equivalentes e nem por alternativas que tivessem a mesma temporalidade, mas pelo processo de construção, luta de classes em arenas políticas específicas, de um quadro de dominação social. Com isto, este “lugar” expressava sempre uma relação dialética entre vencedores e vencidos.

Entretanto, no correr do texto, De Decca explicita que o processo de constituição dos vencedores e vencidos não se deu o processo de constituição dos vencedores e vencidos não se deu a priori, mas no processo particular de enfrentamento

³⁶ DE DECCA, E. O silêncio dos vencidos. op. cit. p.15

político, chegando a dizer que a derrota do proletariado deveu-se a uma forma particular de sua organização como força política. Isto é apontado por M. Chauí. “De Decca não nos mostra a desorganização da classe operária (...), mas, muito pelo contrário, aponta um insucesso político de uma determinada forma de organização do proletariado”.³⁷

Conclusão que pode reforçar uma análise que considera os desdobramentos “histórico-estruturais”, pelos quais passa o “processo de desenvolvimento” das sociedades capitalistas, como produtos das direções políticas enquanto construções hegemônicas, que determinadas alianças de forças políticas - enquanto “portadores de futuro” - imprimem ao conjunto da sociedade. Mais ainda, permite entender que a construção daquelas relações - no campo da luta de classes - dá-se em arenas políticas que se configuram em momentos históricos particulares. Assim, nos diferentes momentos, constituem-se formas diversas tanto para travar a luta social quanto para institucionalizá-la, dando-se especificidade a cada formação social em particular e à fase de desenvolvimento na qual esta se encontra.

Enfim, o que se pode concluir a partir das análises de Sonia Draibe e Marilena Chauí - mesmo sabendo que tomam diferentes problemas para desenvolver seus trabalhos e que se fundamentam metodologicamente de maneira distinta -, é que as duas autoras vêem a realização plena das relações sociais enquanto totalidade, “passando” pela política e pela constituição de um campo de subjetividade, enquanto projetos de sociedades, no interior das formações capitalistas.

E assim, os sujeitos sociais, enquanto agentes políticos,

37 DE DECCA, E. O silêncio dos vencidos. op. cit. p.27

constituem-se em grupos fundamentais que portam o futuro, e que ao ganharem a direção política como universalidade, ou seja, ao fazerem do seu projeto particular um projeto para toda a sociedade, constroem a partir destas relações uma materialidade expressiva desta universalidade na figura do Estado³⁸, isto é, do político.

Entretanto, a natureza destas relações, em Sonia Draibe, é tal que o Estado pode inscrever, como arena maior das relações das classes com a política, espaços de conquistas dos dominados; já em M. Chaui isto não pode ocorrer, pois a democratização deste arena faz-se com a ruptura da dominação que se expressa na figura do Estado a partir da sociedade civil.

Assim, para Sonia Draibe, os “portadores de futuro” podem ser equivalentes na inscrição de seus interesses estratégicos nas arenas constituídas; para M. Chaui, não, pois as forças políticas burguesas são diversas entre si, mas as proletárias inscrevem-se um outro “tempo histórico”.

Tais diferenças de concepção trazem consequências para o entendimento das arenas políticas que se constituem como padrões mais estáveis de relação entre as forças sociais e das relações entre o Estado e as questões sociais através das políticas sociais.

Entretanto, em ambas as autoras é possível visualizar

38 Na teoria política de tradição marxista, o espaço substantivo da política é tratado de maneira diferente entre as várias correntes que se constituem no interior daquela matriz. Neste trabalho assume-se a idéia de que as classes, ao se produzirem nas lutas sociais, constituem suas arenas políticas e consolidam suas direções políticas, na materialidade do Estado. Para uma visão panorâmica sobre isto consultar CARANDY, M Estado e teoria política. São Paulo, Editora Papirus. 1987 p. 160.

estas arenas, particularmente o Estado, lugar de realização das políticas governamentais, com historicidade e palco da luta de classes, mesmo que o processo de dominação se concretize de forma diferente. Sonia Draibe também reconhece que a superação do processo de dominação passa pelo surgimento de sujeitos políticos, que portem o futuro, e consigam impor uma direção política ao conjunto da sociedade e a construção de um Estado particular. Assim, é possível desconsiderar vários pontos das divergências e procurar verificar como os grupos fundamentais da sociedade brasileira instituíram arenas estáveis de relação, o que permite falar em um padrão de relação entre o Estado e as classes em dadas configurações históricas.

É interessante pontuar que S. Draibe dá a devida ênfase ao fato de que a relação entre os sujeitos políticos, que “disputam o futuro”, está inserida em um contexto “histórico-estrutural” no qual os projetos instituintes não são igualmente equivalentes para a formação dos instituídos, o que implica uma crítica à abordagem de De Decca por faltar, em seu texto, que a contextualização da possibilidade efetiva do movimento operário em São Paulo tenha sido, em algum momento, “portador do futuro”, para além do sei “imaginário social”.

Deste modo, as possibilidades de constituição de novas relações entre o Estado e a sociedade, a partir de um processo social em crise, exprimem-se não só na existência de sujeitos políticos, que formulam o futuro, mas também no fato de que estes sujeitos têm condições histórico-sociais de responder à natureza da crise econômica e política na qual

Portanto, é possível entender que em uma sociedade concreta como a brasileira, o processo de formação e consolidação das relações sociais capitalistas pode ser expresso através da constituição, consolidação e superação de diferentes etapas da relação entre o Estado e a sociedade, a partir das crises e da forma de sua superação.

A implicação última desta argumentação é que permite discutir a questão das políticas sociais, a partir da visão de que há um padrão de intervenção do estado, organicamente articulado às relações sociais e políticas, que se constitui entre o conjunto das classes sociais.

Por meio destas questões teórico-metodológicas, pretende-se ressaltar que é fundamental neste estudo compreender o papel dos segmentos sociais que emergem - nos momentos de disputas sociais nos blocos históricos constituídos-, como quadros políticos que atuam nas arenas decisórias específicas, por onde é constituída uma dada configuração da Saúde Pública, como política governamental. Nas relações que se estabelecem entre os movimentos do campo sanitário - com os seus projetos de políticas - e os "portadores de futuro", presentes nestes quadros sociais, buscar-se-á visualizar a formação de uma dada política pública.

39 Não é outra a posição de FAUSTO, B. Estado, trabalhadores e burguesia (1920-1945), in Novos Estudos, CERBRAP, no 20. 1989. São Paulo. pp.6-37

2. OS FORMULADORES DE POLÍTICAS: os sujeitos (sociais) políticos e as arenas decisórias.

Foi visto até aqui que uma das dimensões essenciais das políticas de saúde, como política social, é aquela que se refere à relação entre o estado e as Classes. Nestes termos com uma concepção dos sujeitos sociais enquanto sujeitos políticos, cabe agora procurar dar conta de uma outra dimensão essencial, a que coloca a realização da Saúde Pública, enquanto um dado modelo tecno-assistencial das ações coletivas de saúde, sob a forma de uma política pública.

Neste plano da análise, a questão dos sujeitos sociais continua sendo pertinente, porém sob um novo ângulo, que permite verificar as relações que se estabelecem entre os formuladores de modelos, os sujeitos sociais, as arenas decisórias e a conformação das políticas no campo da Saúde Pública, como política governamental.

O estudo de Jose Carlos Braga já indicava parte destas questões na órbita do empírico, quando descreveu o processo de construção material de uma dada política no interior do estado, buscando, principalmente, produzir indicadores dos gastos públicos, procurando entender a conformação institucional que adquiriam estes gastos, em função de um problema social que aparecia como problema para a sociedade, a ser enfrentado pela ação estatal, definido e delimitado no interior das relações sociais de produção.

Este autor, não deixou de sugerir, que a configuração de uma política social no campo da saúde Pública deveria passar, necessariamente, pelo modo específico como se formulavam as questões sociais, enquanto ações de saúde.

Entretanto, a solução adotada por esse autor não absorveu a presença dos formuladores de políticas de saúde como elementos fundamentais para sua análise, e nem os modelos tecno-assistenciais formulados, como momentos essenciais para os estudos das políticas sociais em áreas específicas, como é o caso da Saúde Pública.

É, então, fundamental produzir uma reflexão que procure compreender a articulação entre os formuladores de políticas e os sujeitos políticos, que efetivamente decidem e implementam a “institucionalização” de determinadas ações do aparato público, tendo em vista que é neste universo, que se tem colocado o conjunto das relações entre aqueles “agentes sociais” no caso das políticas governamentais.

Para tanto, inicialmente, recorre-se a Carlos Nelson Coutinho, que em seu artigo “Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia”⁴⁰, além de afirmar que o seu tema “(...) cobre toda a esfera do pensamento político (...)”, esclarece que sempre ao se abordar o universo da política, está se falando de “(...) representação de interesses e, por conseguinte, de formulação de políticas que implementam e bloqueiam interesses (...)”.⁴¹

Enfatiza, ainda, que a relação entre formulações de políticas e sujeitos políticos, é uma relação orgânica, pois não haveria política sem formulações (e representações e disputas), assim como não haveria sujeitos políticos que não formulassem projetos sociais.

40 COUTINHO, C.N. representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia in TEIXEIRA FLEURY, S.M. (ORG.) Reforma sanitária, em busca de uma teoria. São Paulo, Editora Cortez. 1989. pp. 47-60

41 ibidem, p. 47.

No entanto, o que isto sugere, diante do universo de questões colocadas a partir do campo das políticas sociais, é que estas não “falam” de qualquer processo de relação entre formulações e grupos políticos, mas “falam”, particularmente, sobre os processos que se assentam na relação entre formulações de políticas, representação dos interesses e agrupamentos de interessados, no universo social que diz respeito à natureza de classe de um estado em particular, e no interior do qual ocorrem os mecanismos de decisão.

Sob este ponto de vista, é que com Claus Offe⁴², pode-se sugerir que o Estado desenvolve “padrões de seletividade”, ou seja, desenvolve mecanismos - arenas de decisão, atores formuladores, questões a serem tratadas ou excluídas das agendas de governo, entre outros - que permitem que determinado conjunto de interesses, ou de formulações, consigam “penetrar” nas esferas de decisão das políticas sociais e, assim, “(...) o que deve e o que não deve ser objeto de políticas públicas”.⁴³

Diante disso, o problema é tentar entender como os “padrões de seletividade” acabam sendo mecanismos articuladores entre formulações e sujeitos políticos em situações específicas e que tipo de mecanismo se constitui nos processos políticos concretos, dentro de uma dada relação entre o Estado e a sociedade, para operar a articulação entre formulação, decisão e implementação, no interior da ação estatal.

Carlos Nelson Coutinho mostra que a forma do Estado

42 OFFE, C. Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro, Tempos Brasileiros. 1984.

43 COUTINHO, C.N., Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia, p. 49.

tem ligação direta com estes mecanismos, e com a própria abrangência social da representação dos interesses sociais em disputa. Afirma, também, que o Estado liberal clássico só porta interesses dominantes, nas medida em que “(...) ao não permitir a formulação de políticas que incidam diretamente sobre a economia, violando o princípio de propriedade, acaba por representar objetivamente os interesses dos proprietários dos meios de produção.”⁴⁴

As transformações sociais que impuseram um reordenamento da organização social do Estado capitalista, através da luta de classes, levam ao fim o caráter restritivo do Estado, pois “a expansão dos direitos sociais e políticos vai impondo alterações nos critérios de seletividade (...)”, algo muda, então, na natureza do Estado capitalista, que pode incorporar interesses “subalternos”.

As questões, até agora colocadas, permitem retomar a idéia de que os processos concretos de organização de determinadas formas de Estado, em sociedades específicas, viabilizam mecanismos para operar as relações entre formuladores, “decisores” e implementadores no campo das políticas públicas, referenciados à disputa dos sujeitos sociais e à emergência de “novos sujeitos”.

Pode-se interrogar, entretanto, se os “decisores” (sujeitos políticos) dispõem de liberdade de escolha para tomar suas decisões, ou se estão efetivamente constrangidos pelos “pactos sociais” que os “viabilizaram”, enquanto dirigentes políticos e de que maneira se dá este constrangimento.

Silvia Gerschman selecionou esta problemática como

44 COUTINHO, C.N . Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia- op. cit, p. 50

um de seus questionamentos, no artigo “Sobre a Formulação de Políticas Sociais”⁴⁵, afirmando que as abordagens pluralistas e marxistas das políticas sociais têm contribuído para o entendimento deste conjunto de questões. Se a abordagem pluralista, por um lado, supõe a liberdade de escolha dos atores na tomada de decisões, e “(...) assim, a explicação da política social se perde numa multiplicidade de determinações {o que} (...) resulta (...) {na impossibilidade de} (...) inferir alguma determinação principal que explique a conduta dos atores (...)”, por outro lado, a teoria marxista aponta para uma posição contrária, pois para esta “(...) as políticas sociais se explicam... a partir dos problemas específicos da formação capitalista”.⁴⁶

Entretanto, a variabilidade de posições no campo do marxismo contém desde abordagens de “cunho estrutural-funcionalista” nas quais “(...) as políticas sociais se explicam de uma parte ou porque elas servem ao processo de acumulação capitalista ou porque (...) possibilitam que o Estado se legitime junto às exigências da classe operária”⁴⁷, até abordagens mais “heterodoxas” que procuram evitar a “(...) pura determinação estrutural quanto ao voluntarismo dos atores”.⁴⁸ E nesta última posição que a autora se filia, quando diz que seria necessário uma “(...) ponte metodológica entre o marxismo e a concepção weberiana no plano das políticas sociais(...)”⁴⁹, o que se acaba encontrando em C. Offe.

Articulada esta posição, compatibiliza a dimensão

45 GERSCHMAN, S. Sobre a formulação de políticas sociais. in TEIXEIRA FLEURY, S.M. Reforma Sanitária, em busca de uma teoria. op. cit. pp. 119-138

46 Ibidem, p. 123.

47 ibidem, p. 124.

48 ibidem, p. 127.

49 Ibidem, loc. cit..

estrutural das políticas sociais na qual a “(...) política social é entendida no plano estrutural como um instrumento de regulação política (...) para que o trabalho assalariado funcione efetivamente como tal (...)”⁵⁰, com uma dimensão própria das políticas sociais enquanto políticas públicas que aí vinculam-se “(...) às estratégias de racionalização administrativa e implementação de inovações políticas.”⁵¹

A partir da constatação de que o Estado reage “(...) tanto a exigências como a necessidades, de acordo com as instituições políticas existentes (...) e de acordo com as relações de forças na sociedade canalizadas por estas instituições.”, e que “(...) a política estatal não está a serviço das necessidades ou exigências de qualquer grupo ou classe, mas reage a problemas estruturais do aparelho estatal de dominação e de prestação de serviços.”⁵², tenta entender o campo no qual se coloca a discussão da liberdade dos “decisores”. Entretanto, tal solução não ocorre de forma plenamente satisfatória.

A direção apontada por Carlos Nelson Coutinho, para quem a relação entre sujeitos políticos e as decisões de políticas têm contextos históricos específicos, nos quais se constroem os “espaços substantivos da política” e onde operam “os filtros”, a partir dos quais os sujeitos políticos “selecionam” - no mundo das formulações -, os seus recortes, reconstruindo seus projetos, decidindo sobre suas implementações, dando o formato das políticas (sociais) governamentais (públicas), responde de maneira mais efetiva às preocupações do trabalho Sílvia Gerschman.

50 GERSCHMAN, S. Sobre a formulação de políticas sociais, p. 127

51 Ibidem, loc. cit.

52 Ibidem, p. 128.

Assim, a liberdade dos “decisores” é uma problemática da política, em situações históricas concretas, a serem entendidas nas especificidades de construção de cada espaço substantivo.

Sonia Draibe ao falar sobre as “(...) vias de desenvolvimento como possibilidades estruturais(...) [e] (...) como formas de equacionar de modo distinto as questões da revolução burguesa(...) [afirma que] (...) se estas alternativas estruturais configuram potencialmente as tendências limite de direção do estado, determinam - de forma simultânea - o espaço substantivo da política. E é a definição deste espaço substantivo que nos permite compreender o movimento político concreto (...) no processo de constituição da forma particular do Estado (...)”⁵³, que conforme Carlos Nelson Coutinho é a configuração de determinados “padrões de seletividade”, lugar e mecanismos sociais nos quais existe a questão da liberdade dos “decisores”.

Assim sendo, é na busca da reconstrução histórica destes espaços substantivos, nos quais existem os problemas da liberdade dos decisores, que se pode entender as relações entre formulação, decisão e implementação de políticas. Tal situação, quando pensada para a realidade brasileira, pode levar à constatação de que o Gabinete da Presidência pode ser, em determinadas situações, a representação do espaço substantivo decisório, onde se define o processo de construção das políticas governamentais.

Para desenvolver essa problemática de modo específico ao estado de São Paulo, deve-se esclarecer inicialmente alguns questões sobre a possibilidade de constituição destes

espaços substantivos em um determinado processo social, e sobre grupos sociais ou categorias profissionais que atuam prioritariamente em um determinado processo social, e sobre grupos sociais ou categorias profissionais que atuam prioritariamente em um determinado campo da política social expressando, através de suas formulações, o conjunto dos interesses em disputa e “alimentado”, desta forma, as forças decisórias que atuam nas arenas políticas estratégicas.

Assim, é fundamental defrontar-se com uma discussão, que não se pretende exaustiva, sobre as arenas decisórias específicas da área da saúde, suas conformações e relações com os formuladores das políticas de Saúde Pública.

Parte-se da constatação de que a Saúde Pública, como política governamental, deve ser entendida como a configuração de um dado modelo tecno-assistencial, que expressa um projeto de política, organicamente articulado à determinadas forças sociais, atuantes nas arenas políticas decisórias - o que define o sentido das políticas públicas em geral.

Tais forças, refletindo uma dada relação entre o Estado e as classes sociais, possibilitam a formação de uma arena decisória específica, no interior de governos particulares, no campo das ações coletivas de saúde, na qual vários segmentos sociais colocam, direta ou indiretamente, seus modelos tecno-assistenciais em disputa, como projetos de políticas.

Dentre estes segmentos, os médicos⁵⁴, em vários momentos tornaram-se a categoria profissional que se

54 Aqui não está excluindo higienistas e até médicos de formação clínica que articulavam, além dos sanitaristas, formulações para a constituição das políticas do setor.

manifestou, com maior peso, em relação ao campo da Saúde Pública. Em particular, os médicos sanitaristas desempenharam um papel predominante, no período da República Velha no Brasil. Embora não mantendo esta posição de predomínio, continuam sendo importantes no correr dos anos que se seguiram à revolução de 1930, em que pese a formação de novos “agentes” sociais naquele campo. Em 1945, pode-se encontrar partidos políticos formulando e disputando projetos para o setor.

Entende-se que a predominância dos médicos, no campo da Saúde Pública, não foi casual, mas esteve vinculada, pelo menos, a duas grandes questões: uma que se refere ao fato de que o campo define seu objeto de ação, a partir da concepção do processo saúde e doença, com o paradigma da clínica, e outra, que se refere ao fato dos médicos terem se tornado uma categoria socialmente legítima para “falar” das políticas de saúde, como consequência de um conjunto de determinações históricas. No Brasil, é interessante verificar que os médicos conquistaram o seu lugar social, disputando-o com outros profissionais, desde o período imperial.⁵⁵

No que se refere a esta investigação basta dizer, entretanto, que os médicos sanitaristas tornaram-se os formuladores privilegiados das políticas do campo da Saúde pública, principalmente a partir dos núcleos de formação profissional do Rio de Janeiro, em Manguinhos, no começo deste século, e de algumas de suas entidades como, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Higiene. Deste período em diante, sempre estiveram presentes nos processos sociais

55 Neste particular é interessante ver o estudo MACHADO, R. Danação da norma; medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal. 1978.

que se vinculam à definição das políticas de Saúde Pública, mesmo que isto não tenha ocorrido de maneira exclusiva, dividindo este papel com outros setores profissionais, como por exemplo, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Vale ressaltar, que estes médicos não se tornaram apenas formuladores, mas também os principais implementadores destas políticas, em vários momentos cruciais para a sua constituição como ação governamental.

Foi no interior desta categoria, a dos médicos sanitaristas, possuidora de uma experiência histórica de intensa militância, que “naturalmente” ocorreram as principais disputas pelas formulações no período em estudo, e a partir da qual se originou a maior parte dos movimentos portadores de projetos de políticas de Saúde Pública.

Como se verá nos capítulos seguintes, há momentos históricos concretos nos quais este grupo, apesar de manter sua influência sobre as formulações de políticas de Saúde Pública, já não exerce ações significativas no processo decisório e implementador das políticas governamentais do setor. Isso fica particularmente claro após os anos 30.

Nestas situações, percebe-se que as forças dirigentes e seus aliados dos governos, podem se “alimentar” das formulações daquele grupo, mas efetivamente tomam suas decisões sem a presença daqueles profissionais. Pois, em última instância, decisões sobre os gastos públicos e formas de gastos estão vinculadas ao núcleo mais estratégico das forças governamentais, do qual em algumas conjunturas, os médicos sanitaristas podem participar. Por exemplo, em

1935, as reformas governamentais que ocorreram em São Paulo são, em grande medida, produtos das decisões geradas no interior da Assembléia Constituinte de 1934.

O processo constituinte passa a ser um elemento que contribui para o conjunto das formulações e decisões sobre as políticas públicas no período. Mesmo que a implementação tenha se dado em outras dimensões da vida social, aquelas conjunturas introduziram novos elementos no campo da Saúde Pública.

A percepção destas questões, em geral, será mais efetiva quando forem tratadas, mais adiante, as relações entre os padrões de intervenção do Estado, as etapas de organização das relações estado e sociedade, a formação do espaço substantivo das políticas e os sujeitos políticos que conformam a direção das ações governamentais.

Enfim, procurar entender a articulação entre os projetos formulados e os principais implementadores de uma determinada política pública, é o que compõe boa parte dos ingredientes para análise de uma arena política decisória que atua na definição do significado que a forma das ações coletivas de saúde, como política pública, adquire. E este é o problema a ser enfrentado a cada etapa histórico-social que se tiver pela frente.

Na bibliografia disponível sobre o processo decisório⁵⁶ pertinente às políticas públicas, vários estudos praticamente assumem que os momentos de formulação

56 Viana, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. in Caderno de Pesquisa do NEPP, número 5 . Campinas, UNICAMP. 1988. A autora realiza uma revisão bibliográfica sobre o assunto, e verifica-se que os pontos assinalados são tratados pela maior parte dos estudos sobre processo decisório e políticas públicas.

e de implementação de uma dada política são elementos estratégicos para aquele processo, valorizando também a construção das agendas governamentais, e as etapas de avaliação e de reajuste das políticas em questão.

Como o que se pretende aqui é entender a relação dos formuladores e de seus projetos, no sentido mais geral das relações sociais, o que interessa delimitar é quais são os modelos tecno-assistenciais que efetivamente ocupam um lugar privilegiado para o processo de decisão, como expressão dos “movimentos” do campo sanitário; considerando que no campo da Saúde pública, as arenas específicas se dão prioritariamente no interior das organizações públicas, apesar de poderem se abastecer de projetos gerados em outras esferas da vida social.

Há momentos histórico-sociais em que a organização dos formuladores em entidades, como associações profissionais, no interior da sociedade civil, foi fundamental para definir os projetos em disputa - como na década de 1920 - e há outros nos quais o processo ocorreu quase que exclusivamente no interior das instituições governamentais.

Estas alterações ficam por conta do processo histórico concreto, que se expressa na constituição das formas particulares de organização do Estado, o que se procurará pontuar mais adiante, quando se tentará entender as etapas de desenvolvimento histórico-social, para os anos de 1920 a 1948.

Capítulo Segundo

Algumas questões metodológicas: A periodização e o material coletado.

1. A PERIODIZAÇÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DAS AÇÕES SANITÁRIAS.

No geral, o desenvolvimento das políticas sociais decorrentes da ação do Estado no Brasil, não se tem restringido ao campo da Saúde Pública. Vários são os estudos nos quais estas políticas emergem como temática, o que tem permitido produzir uma compreensão mais global da relação entre o Estado e a sociedade.

Autores como Sonia Draibe e Regis Andrade⁵⁷ têm

57 DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. op. cit.

DRAIBE, S. O Padrão Brasileiro de Proteção social: desafios à democracia. in Análise Conjuntural. Curitiba, S (2) : 13. fev. 1986: 13-19.

DRAIBE, S. Notas (desanimadas) sobre política social da Nova República. Doc. mimeografado para GT Economia e Política. ANPOCS. 1986: 32-54.

ANDRADE, R.E. Política Social e Normalização Institucional no Brasil. in América Latina: novas estratégias de dominação. São Paulo, editora Voses. 1980. p.87-114.

contribuído significativamente para um maior entendimento da questão do desenvolvimento econômico-social brasileiro. Estes autores tratam a constituição/consolidação de uma dada etapa de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, como produção/reprodução de um dado padrão de intervenção do Estado, através de suas políticas.

Mostram que a crise destes padrões de intervenção, dada pelo processo de uma possível superação econômica e de uma perda da legitimidade pelo esgotamento de um dado ciclo econômico e político, colocava em cheque aquele padrão gerando possíveis alternativas, fundamentalmente no campo da política.

E o que aponta Regis de Andrade ao falar sobre uma determinada etapa do regime militar pós-64:

Há indicações (...) de que a contestação popular tende a desenvolver uma positividade alternativa, um projeto político próprio. No caso da política social, isso não implica negar o dinamismo de base, mas de incorporá-lo a uma política de socialização dos serviços públicos e participação na sua gestão.⁵⁸

Em uma direção semelhante, Sonia Draibe ao analisar vários aspectos do período de 1930 à 1960, afirmou:

Com a crise deste tipo de economia, em fins dos anos 20, o período de transição ingressa em nova fase. o período de 1930 à 1961 marcou o momento final do processo de constituição do capitalismo no Brasil, na medida em que a

58 ANDRADE, R. Política Social e Normalização Institucional no Brasil. in América Latina: novas estratégias de dominação. op. cit. p. 114.

industrialização desencadeada a partir da crise de 1929 culminou com a plena formação das bases técnicas indispensáveis à autodoninação da acumulação capitalista.⁵⁹

A mesma autora ressaltou que:

(...) Sob essas (alterações) histórias (...) a transição capitalista no Brasil envolveu um processo de profundas transformações sociais (...) [no qual] a industrialização é tão somente o aspecto econômico de um processo mais amplo da formação e consolidação da (...) revolução burguesa [no Brasil].⁶⁰

Neste mesmo texto, a autora destacou o lugar estratégico ocupado pelo Estado brasileiro neste processo histórico, e a concomitância de sua conformação com o conjunto das relações sociais referentes a este período. Colocou ainda, que as bases deste processo social deviam ser buscadas no padrão de relação que o Estado estabeleceu com o conjunto das forças sociais, tendo como núcleo estratégico os interesses sociais que apontavam alternativas globais à crise do padrão anterior. E assim, acabou concluindo que “(...) o Estado brasileiro (...) através de seus gastos e investimentos, coordenou o ritmo e os rumos da economia (...)”.⁶¹ Com isso, mostrou que o conjunto das questões sociais que se constituíram em objetos de ação do Estado brasileiro, dentro

59 DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. op. cit. p. 12. No que é específico do processo de industrialização a autora chama a atenção para a existência de duas fases no período, a que vai de 1933 à 1955 e que é caracterizada como fase da industrialização restringida, e a que vai de 1956 à 1961 conhecida como industrialização pesada.

60 Ibidem, p. 13 e 14.

61 Ibidem, p. 20.

de um processo de organização de um padrão de relação com a sociedade de modo simultâneo à industrialização, enquanto projeto político para aquela sociedade, expressou essa nova dinâmica que as várias classes ou frações de classe procuraram enfrentar (dando-lhes um sentido histórico particular) nos planos econômico e político-ideológico.

Assim, Sonia Draibe deixa a possibilidade de entender que a intervenção do Estado neste processo pode se dar de diferentes formas, conforme as várias formulações em disputa nas arenas políticas decisórias e, também, que é vital colocar-se como temática o campo político mais estratégico no qual os vários sujeitos políticos disputam a direção da sociedade, a partir das grandes questões que emergem em uma dada etapa social.

Diante disso, para efeito deste trabalho, assumiu-se que o período de 1930 a 1948 deveria ser entendido como “produto” da crise de um padrão de relação social, crise que se expressa em uma dinâmica particular entre o Estado e o conjunto da sociedade a qual caracterizava os momentos anteriores a esta etapa. Além disso, este período englobou toda uma fase de desenvolvimento e consolidação de um novo padrão de relação entre o Estado e a sociedade, e um momento de crise que abriu possibilidades para a geração de uma nova etapa. Enfim, o período de 1930 a 1948 contem um processo que marcou uma etapa de desenvolvimento do capitalismo no Brasil e teve como pano de fundo a consolidação do processo de industrialização capitalista.

Partindo desta caracterização mais geral, dividiu-se este período em fases, a partir de algumas situações conjunturais, a fim de se desenvolver mais detidamente o estudo sobre o

campo das ações coletivas de saúde como política social.

São, então, importantes as seguintes fases:

a) final da década de 1910 ao ano de 1930 em que se caracterizou a crise do “padrão oligárquico” de constituição das relações sociais, inclusive das ações sanitárias, e o início de um processo de transição que apontou para a sua superação. No campo da ação governamental, em relação à Saúde pública, é a fase na qual se buscaram alternativas para o Serviço Sanitário estadual referentes a seu modelo de organização, consolidado na época de Emilio Ribas, do final do século XIX até 1917, aproximadamente;

b) ano de 1930 a 1937, fase que marcou o processo de transição da superação do Estado oligárquico e que teve no golpe de 1937 o seu fecho, com o início do Estado Novo. No âmbito governamental, em São Paulo, tal fase é marcada pela criação da Secretaria Estadual da Educação e Saúde Pública e se caracteriza pela disputa, de caráter regional, entre os vários setores vinculados aos grupos dominantes e as novas forças sociais que buscavam superar esta forma de organização social. Por sua vez, esses anos foram divididos em outras duas fases, a de 1930 a 1933 - com o Governo Provisório e as Interventorias Estaduais - e a de 1934 a 1937, com a formação do Governo Constitucional;

c) e, finalmente, a fase que vai do ano de 1938 ao ano de 1948, caracterizada pela organização do Estado oligárquico, após a resolução da crise político-social. No interior deste processo consolidaram-se outros rumos e significados sociais para o conjunto das relações sociais e se reordenou um novo campo para as políticas sociais, em relação ao período

da República Velha. Em São Paulo, no ano de 1948, com a reforma dos serviços estaduais de Saúde Pública, formou-se a Secretaria Estadual da Saúde. Nos confrontos ocorridos para a organização desta secretaria pode-se perceber quanto o modelo tecno-assistencial, que havia se consolidado no período anterior, foi adotado como padrão para o início da fase populista, após 1945.

Até aqui, o que se fez foi estabelecer um “norteamento geral” para que se pudesse entrar, mais especificamente, no estudo do material histórico coletado. Isto é fundamental, pois a sequência de desenvolvimento deste trabalho necessita de uma visão ampla do período.

Dentro deste mesmo espírito, considera-se ainda necessário enfatizar que a análise do longo percurso de construção do capitalismo no Brasil - que permitiu a identificação destas várias fases - sugeriu que os ciclos sociais de constituição das relações sociais expressaram-se através de ciclos de constituição das ações sanitárias, em função do “coletivo” construído como questão social, da sua “leitura”, enquanto modelo tecnológico, e da forma de organização dos serviços produtores das ações de saúde, enquanto estrutura assistencial.

Desta forma, as conjunturas político-sociais configuram conjunturas sanitárias na medida em que possibilitam a conformação do objeto de suas ações - o coletivo - como expressão de relações sociais específicas.

Antes de se passar para o estudo das fases apontadas anteriormente, algumas anotações sobre o material coletado e o tratamento dado devem ser feitas.

2. O MATERIAL COLETADO E O TIPO DE TRATAMENTO DADO.

A partir de todas as colocações realizadas até agora, é possível indicar alguns outros passos metodológicos necessários para realizar esta investigação. Diante disso, são suficientes algumas resumidas indicações sobre os caminhos a seguir, sobre o material coletado e sobre o tratamento realizado, pois não se justifica um capítulo exclusivo sobre as questões metodológicas.

Para obter o material e elaborar uma forma de tratá-lo foi necessário primeiro compreender o modelo tecno-assistencial que estava se delineando, ou já se delineava como política governamental em um determinado período, ou fase histórico-social. Posteriormente, tratou-se das possíveis associações existentes entre estes modelos e aqueles que eram “portadores” pelos vários setores sociais que disputavam o jogo político, definindo o campo das políticas sociais e a direção que foi dada às ações de saúde coletiva.

Nesta busca, procurou-se reconstituir as “matrizes discursivas” existentes naqueles períodos, os grupos que as formulavam e o formato que estas matrizes tinham enquanto um projeto de política governamental, isto é, enquanto um modelo tecno-assistencial das ações coletivas de saúde; para que se pudesse detectar, na identificação dos grupos que disputam a direção de uma determinada política, qual era a que tinha a presença mais decisiva ou a maior relevância social.

Neste particular, foram priorizadas aquelas correntes e movimentos que tiveram maior evidência, considerando suas expressões nos debates que ocorreram sobre as políticas de

saúde no interior da sociedade mais ampla.

Neste campo de formulações, em vários momentos, houve uma razoável especificidade quanto aos formuladores, pois estes eram prioritariamente profissionais de saúde e, em algumas situações, predominantemente médicos sanitaristas. Quanto aos principais lugares onde estes formuladores expuseram suas idéias destacaram-se os Congressos de Higiene ou de Saúde Pública, as Instituições Universitárias, as Conferências Nacionais de Saúde, as Constituintes federais e estaduais, os Partidos Políticos e os Movimentos Sociais, bem como os Planos Governamentais. Mesmo quando indicada a existência de outros fóruns, nos quais ocorreram os debates mais estratégicos, pode-se verificar que as formulações mais fundamentais já haviam sido apresentadas nos lugares apontados acima.

Como a pretensão é analisar as políticas governamentais, enquanto modelos tecno-assistenciais, procurou-se caracterizar esta dimensão através da presença de alguns elementos que se considera indicadores dos modelos, em função da definição dada. Estes indicadores foram procurados tanto a partir dos projetos apresentados pelos formuladores, quanto dos projetos instituídos pelas políticas governamentais.

O conjunto dos elementos que permitiam captar a concepção do coletivo enquanto processo saúde-doença e sua natureza; os instrumentos de intervenção sobre este processo e seus resultados, apontaram as finalidades esperadas com as ações propostas. Por último, procurou-se captar os tipos de “sabidos estratégicos” que este processo de trabalho exigia para se efetivar, isto é, os profissionais técnicos que eram

considerados fundamentais para a concretização do processo de trabalho específico em Saúde pública.

O conjunto dos elementos que permitiam captar os serviços propostos e/ou formados: as relações que eles estabeleciam entre si - quanto aos tipos e níveis de ações, isto é, os níveis de atenção à saúde a que estivessem vinculados; e, por último, as configurações institucionais onde estes níveis pudessem se realizar, para verificar as finalidades dos serviços produzidos e os tipos de agentes institucionais que estes serviços exigiam.

Em particular, quanto a uma dada política governamental no campo da Saúde Pública, um dos caminhos possíveis de serem usados, para se chegar ao tipo de configuração tecno-assistencial que adquiriu é aquele que procura nas informações financeiras, legislativas e burocrático-administrativas, uma forma de leitura que desvenda o seu modelo.

Devido a isso, o tratamento dado às informações financeiras orçamentárias do governo estadual de São Paulo busca a tradução dos dados econômicos nas ações de saúde em determinadas configurações institucionais específicas. O esforço analítico se dirigiu - mais do que à fidelidade da informação obtida em termos dos gastos reais financeiros efetivados pelo setor -, à busca do rumo que estes gastos apontavam para o conjunto das ações de saúde que se constituía no interior de uma proposta orçamentária de um determinado governo.

Associou-se a este tipo de procedimento a análise do conjunto das informações legais que existiam no campo da

Saúde Pública e o conjunto dos planos e projetos de políticas, que puderam ser detectados em um determinado período de efetivação de uma ação governamental na área. Com isso, então, foi possível delinear a configuração dos modelos que as políticas governamentais constituíam.

Embora o detalhamento destes procedimentos, seja feito no momento em que se analisa as fases históricas propostas e se procede à investigação do processo concreto que se realizou no interior destas fases, parece pertinente abrir um parênteses que permita mostrar um pouco mais detalhadamente os dados financeiros obtidos e o tratamento realizado, inclusive na montagem das tabelas adotadas para sistematizar estas informações.

A partir dos dados orçamentários pode-se extrair informações que permitissem visualizar o modelo tecno-assistencial proposto. Para tanto, considerou-se primeiro que aqueles dados orçamentários só apontavam o rumo pretendido pelo modelo institucional, pois expressavam, na realidade, uma intenção de gastos e não a sua concretização. Assim sendo, usou-se estas informações como indícios que permitissem apanhar o rumo e o significado do modelo no plano institucional. Para avançar em direção aos objetivos deste trabalho, foram introduzidas outras questões fundamentais como, por exemplo, a comparação dos dados financeiros de um ano com outro. Para efetivar esta comparação reduziu-se todas as informações financeiras a uma base monetária comum, que foi denominada unidade monetária (U.M.). Isto foi feito por meio de transformação do valor monetário (do período em estudo), em moeda corrente, a partir da tabela de conversão para OTN que foi adotada

pela Receita Federal em 1989. E, assim, foram obtidos valores financeiros expressos em U.M. de uma peça orçamentária, de tal maneira que eles pudessem ser comparados ano a ano.

Infelizmente, a tabela de OTN só foi construída para o período de janeiro de 1938, foram adotados os dados sobre o custo de vida, constituídos por Roberto Simonsen⁶², tomando o ano de 1914 como ano base e abrangendo o período até 1938, para depois estabelecer uma relação entre estes dados e a tabela de OTN. Isso não alterou de modo relevante o sentido mais geral da análise.

A estes dados, foi agregado um conjunto de outras informações sobre a estrutura burocrático-administrativa e sobre as bases legislativas de modelos, procurando, assim, reconstituir a máquina institucional, tentando valorizar o peso de cada órgão em relação à previsão dos gastos orçamentários, para a constituição de um determinado modelo. Para tanto, foram coletados informações publicadas no Diário Oficial do Governo do estado de São Paulo, referentes às Leis de Diretrizes Orçamentárias, destacando os itens sobre “despesa geral do Governo do Estado” com as propostas de constituição para os diferentes serviços governamentais da área da Saúde Pública, previstos em uma estrutura institucional determinada.

Um estudo dos dados orçamentários para os anos de 1889 até 1948 já tinha sido realizado pelo Professor Rodolfo Mascarenhas⁶³, mas sem trabalhar com as informações a

62 SIMONSEN, R. Evolução Industrial do Brasil e outros estudos. São Paulo, EDUSP. 1973.

63 MASCARENHAS, R. S. Contribuição para o estudo das Despesas do Governo do estado de São Paulo com os seus Serviços de saúde Pública. Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública. volume II, nº 1. São Paulo. 1948.

partir de uma base monetária única, não indo além de uma grande exposição daquelas informações.

Entretanto, esta primeira aproximação com o material foi muito útil, para que se pudesse sistematizar a coleta dos dados orçamentários.

Uma vez obtidos e reduzidos à mesma base monetária, foram comparadas as informações entre um serviço e outro, destacando-se os papéis institucionais de cada um deles, em termos das suas finalidades e ações com referência à constituição de uma intervenção governamental na Saúde Pública. A seguir, aliou-se a isto o peso orçamentário que era dado a cada serviço, além do peso destes serviços relacionados entre si.

Para expor estes dados foram organizadas várias tabelas, de acordo com a fase em estudo. Através destas tabelas são sistematizadas as informações orçamentárias de tal maneira que se possa expressar o modelo tecno-assistencial que as mesmas contêm.

A construção destas tabelas está baseada no que foi exposto na introdução deste trabalho quanto aos modelos tecno-assistenciais em cima disto é que se procura construir a percepção do(s) modelo(s) tecno-assistencial(is) de organização dos serviços de Saúde Pública, do governo do estado, nestes momentos conjunturais.

As informações utilizadas versam sobre a estrutura burocrático-administrativa dos serviços estaduais de Saúde Pública; sobre as funções dos diferentes setores que compõem estes serviços, expressas na legislação disponível nos planos e projetos governamentais; e sobre os projetos

orçamentários enviados pelo governo estadual, quanto às previsões de gastos com os serviços de Saúde Pública.

A associação da informação orçamentária com aquelas que permitem ter uma compreensão da estrutura institucional e funcional dos serviços deu uma visão sobre o movimento das transformações institucionais ano a ano, o que pode expressar o percurso de efetivação de uma política governamental na Saúde Pública.

Acredita-se que através deste processo pode-se captar uma parte da expressão real das políticas efetivadas, pois para elaborar uma peça orçamentária, além de se projetar as previsões de gastos com uma estrutura organizacional desejada (ou prevista), com um tempo longo de acompanhamento é possível “re-construir” o que foi realizado em termos de modelo, mesmo não dispondo das informações exatas dos gastos realmente concretizados.

Para caminhar nesta direção, organizou-se um percurso operacional que sistematizasse através de “indicadores”, a tradução das informações naquele esboço da estrutura tecno-assistencial e que pudessem ser colocados na tabelas.

Assim, partindo-se da definição anteriormente feita para caracterizar um dado modelo tecno-assistencial, produziu-se alguns passos no interior dos organogramas, orçamentos e funções, que espelhassem os elementos componentes dos modelos. Primeiro, constituiu-se um caminho que procurasse dar conta da configuração das ações de saúde como processo de trabalho.

Procurou-se, então, expor com os “indicadores” a construção de um modelo que pudesse ser estudado

enquanto organização de ações de saúde sobre determinados objetos; enquanto expressão de determinadas finalidades que objetivavam com estas intervenções; e como configuração de dadas questões como “os seus problemas” de Saúde Pública.

Deste modo, é também possível expor os saberes tecnológicos adotados para a visualização daquele processo e quais ações de saúde propunham como seus instrumentos de trabalho. Finalmente, era possível ver como se organizavam em termos dos operadores daqueles instrumentos, isto é, quais trabalhadores os operariam - e quais seriam, dentre eles, os principais detentores intelectuais do processo de trabalho.

Em segundo lugar, procurou-se construir os “indicadores” que expressassem as formas das organizações institucionais que eram propostas para a montagem social dos processos de trabalho. E, assim, pode-se visualizar as estratégias adotadas pelos modelos para a conformação da “maquinária” social necessária para a organização de uma determinada perspectiva de política social e, inclusive, de uma determinada relação entre os produtores dos serviços, como o setor público e o privado.

Com os “indicadores”, portanto, procurou-se dar um corte no material levantado, que tivesse em vista a constituição do modelo tecno-assistencial das políticas governamentais em estudo. Para tanto:

1º organizou-se o organograma adotado por um determinado projeto orçamentário para os serviços estaduais de Saúde Pública;

2º pontuou-se o peso financeiro que cada órgão tinha

no projeto;

3º estabeleceu-se o papel funcional de cada um deles, em termos das ações de saúde propostas;

4º segundo o papel funcional e segundo o peso financeiro verificou-se quais eram os setores mais estratégicos na definição do perfil principal das ações propostas, procurando visualizar o conjunto das ações sanitárias;

5º juntou-se a estas informações os dados que permitiam visualizar os tipos de serviços de saúde adotados para a realização das ações propostas, e a maneira pela qual se organizava o processo gerencial e as relações inter-institucionais.

Para expor estes dados em tabelas, discriminando os dados orçamentários, foram classificados os vários setores que compunham o conjunto dos serviços, conforme os pontos anotados a seguir:

a) serviços de atividades - meios ou de apoio, compostos por todos os que não estavam ligados à realização das ações que incidiam diretamente sobre o que era considerado objeto das ações de saúde. Aqui estavam, por exemplo, os serviços de administração e os laboratoriais, que foram genericamente denominados de atividades de apoio técnico-administrativas (a.a.t.a.).

b) serviços de atividades fins, compostos por todos os serviços que realizavam ações de saúde que incidiam diretamente sobre o problema de saúde, tomando como objeto do processo de trabalho em saúde.

Estes serviços, por sua vez, foram divididos no tipo de

serviço que foi oferecido para efetivar as ações de saúde de um determinado modelo. Aqui, considerou-se importante separar os serviços hospitalares de Saúde Pública (hosp/SP) dos ambulatoriais. Para isto, foi interessante usar como critério a existência ou não de vínculos com uma problemática coletiva de saúde.

Além disso, adotou-se no interior dos serviços - fins da Saúde Pública - que não fossem do tipo hospitalar - a divisão entre serviços ambulatoriais permanentes (s.a.p.), gerais ou especializados; e serviços “clássicos” (s.c.SP), considerando-os como aqueles serviços que estavam organizados prioritariamente para as atividades de campanhas, fiscalizações e ações de polícia e engenharia sanitária em geral, e que não se incluíam nos serviços hospitalares e nem na rede ambulatorial.

De posse desta organização do material, foram montadas as tabelas para dar uma visão do movimento da organização institucional com suas previsões de gastos, o que de certo modo expõe os modelos tecno-assistenciais das políticas governamentais, ano a ano.

A partir disso, foi construída uma “concepção” modelar das ações de saúde, que pudesse estar contida no interior daqueles serviços, enquanto um dado processo de organização assistencial do trabalho em saúde coletiva, visualizando-se, assim, o modelo tecno-assistencial possível de ser adquirido pelas instituições compostas a partir daqueles serviços. Ao final, desenhou-se o modelo previsto pela peça orçamentária analisada, enquanto expressão de uma intenção de determinada política do governo estadual para o setor da Saúde Pública.

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

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

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

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

Capítulo Terceiro

A Herança no Campo da Saúde Pública do Pós-30: Os Sanitaristas e as Matrizes Discursivas de 1920 a 1930.

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

Desde o final do século passado, a região foi palco de uma fértil atuação dos sanitaristas, tanto na produção de conhecimento, quanto na constituição de um setor público que tivesse a intervenção no campo das ações coletivas como sua meta estratégica. Vários estudos, dentre os quais os de Roberto Machado e os de Rodolfo Mascarenhas - além daquele do próprio autor deste trabalho, permitem mostrar com clareza estes momentos. Porém, aqui e agora,

só estarão situadas as questões mais fundamentais e os fatos mais relevantes, suficientes para efeito da investigação a ser feita. Não é pretensão deste trabalho ser precioso nesta descrição e análise, sendo destacados apenas os fatos que se constituem em contribuições relevantes para a continuação desta apresentação. Assim, serão tomadas como momentos importantes os acontecimentos que ocorreram em São Paulo, a partir do começo da República, mesmo sabendo do rico processo social que se desenrolou no período do Império para a constituição das ações sanitárias no Brasil.⁶⁴

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

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

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

⁶⁴ Em relação a estes momentos históricos consultar MACHADO, R. Damação da norma; medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

órgão governamental de gestão dos serviços de saúde.

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

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

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

Os vários registros históricos deste período assinalam que, a partir de 1896, quando se envolveu com as intervenções governamentais no campo das ações sanitárias, Emilio Ribas teve um papel decisivo para marcar a trajetória daquelas ações, desde a sua emergência como um campo de atuação

do poder público. Daquele ano até 1917, Ribas esteve ligado à direção do Serviço Sanitário Estadual, e interveio na sociedade da época para a criação de entidades científicas que serviram de base para toda esta atuação. Participou decisivamente na formação, não só de uma máquina pública dotada de legitimidade para intervir no campo das ações coletivas de saúde - os higienistas/sanitaristas⁶⁵ - que deram capacidade executiva aos projetos que constituiu.

Pautando-se pelos princípios da corrente “bacteriológica”, apresentou para a sociedade um projeto de intervenção - o “campanhista/policial” - no que denominava como problema de Saúde Pública e que se baseava na intervenção da polícia sanitária e na execução de campanhas.

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

A eleição de quais eram os problemas de Saúde Pública e o modo de intervenção do setor público eram totalmente pertinentes à forma de organização da sociedade oligárquica do período. Emilio Ribas atuou como um dos elementos organizadores das relações que se estabeleceram entre o Estado oligárquico e o conjunto da sociedade paulista.⁶⁶

Em relação a isso, ressalta-se que a matriz discursiva

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

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

encontrada em Emilio Ribas, enquanto projeto de um determinado modelo tecno-assistencial, foi considerada neste trabalho como a expressão melhor acabada de todo um movimento que atuava no campo da Saúde Pública. E, por isso, poderia ser tomado como seu paradigma para efeito da análise, que se pretende empreender, da atuação dos formuladores de projetos de políticas de Saúde Pública, neste período marcado pela presença dos higienistas/sanitaristas, como elementos dominantes na formação das políticas governamentais no campo das ações coletivas. Fato já apontado com maior relevância na introdução deste estudo.

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

Pelo lado do modelo tecno-assistencial pode-se dizer que a Saúde Pública paulista chegou nos anos de 1910 com uma estrutura baseada nos serviços públicos, organizados prioritariamente a partir das gestões do governo estadual, e que se constituíam à medida que uma determinada questão era socialmente eleita como problema de Saúde Pública, conforme assinalado atrás. Praticamente inexistiam

serviços ambulatoriais permanentes e os objetivos estavam associados principalmente ao controle das epidemias. A partir das concepções bacteriológicas do processo coletivo da saúde e da doença, e de acordo com o projeto “campanhista/policial”, foram criados órgãos de execução de ações de polícia sanitária, de desinfecção, de engenharia sanitária e de vacinação, como os seus instrumentos privilegiados.

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

Esta disputa expressava, na realidade, a luta entre setores da oligarquia rural paulista - em torno da organização da estrutura federativa do Estado oligárquico brasileiro a nível estadual -, com base na autonomia municipal e, portanto, nos setores oligárquicos dominantes destas regiões. A forma de organização do complexo cafeeiro, no plano econômico e político, tornou adequadas as propostas de organização estadual do poder governamental, o que frustrou as tentativas realizadas na direção da municipalização.

As ações sanitárias efetivadas neste modelo tecno-assistencial tinham como uma de suas bases as atividades campanhistas, cuja estratégia de ação confundia-se com a

atuação da polícia sanitária, que tomava como principais questões coletivas, as doenças infecto-contagiosas que se constituíam de processos epidêmicos, especialmente nas grandes cidades e em zonas rurais vinculadas à produção, transporte e comercialização do café, como a varíola, a febre amarela, entre outras. Efetivamente, tomavam a si o conjunto dos problemas coletivos que se referiam à constituição de um novo espaço urbano-comercial⁶⁷, de interesse de oligarquia paulista, como questões sanitárias.

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

Os anos que foram de 1916 até 1920, quando o Serviço Sanitário foi dirigido por Artur Neiva, tornaram-se bem expressivos deste momento, no qual pode-se observar algumas alterações no modelo organizado pelo movimento “campanhista/policial”, liderado por Emilio Ribas. Inaugura-se uma fase de transição na busca de um novo projeto para o setor que encontrará seus rumos mais definitivos na década de 1930; mas que apresenta, em si, vários elementos que permitem entender estes rumos, o que obriga a tratá-la de maneira particular.

67 Para maior referência veja, por exemplo, Merhy, E.E. O Capitalismo e a Saúde Pública. op. cit.

1. A FASE DE 1916 Á 1920: a emergência do movimento “campanhista/vertical permanente”

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

Estas situações fizeram parte das preocupações do governo estadual da época exercido por Altino Arantes. Este político pertencia à segunda geração do Partido Republicano Paulista (PRP), e tinha sido Secretário do Interior no Governo de Rodrigues Alves, em 1911. Aliás, este foi o ano em que se efetivou a última reforma administrativa do Serviço Sanitário Estadual no período de Emilio Riba. É interessante verificar que na época em que Altino Arantes foi governador⁶⁸, promoveu uma reforma de peso naquele Serviço.

Esta reforma, de dezembro de 1917, foi dirigida por Artur Neiva - Diretor do Serviço Sanitário Estadual, nestes anos. Recebe como herança o que foi constituído pela reforma de 1911, para a qual as atividades de Saúde Pública ainda eram fundamentalmente ditadas pelo movimento “campanhista/policial”, que originou a forma de saúde coletiva. A reforma de 1911 não estabelece, praticamente, nenhum serviço ambulatorial permanente, pois suas ações centravam-se prioritariamente nas campanhas em função dos “focos” epidêmicos detectados, com o objetivo de “apagá-los”.

Neste momento seria interessante procurar informar

⁶⁸ Os dirigentes estaduais serão tratados de governadores, apesar dos mesmos na época serem considerados presidentes dos Estados.

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

TABELA 1⁶⁹

Orçamento do Governo Estadual no período de 1918 à 1920, em unidade monetária (U.M), por tipos de Serviços de Saúde Pública, despesas totais com os serviços (despSP), porcentagem sobre o total de gastos do Governo (%ot) e gastos com outros Serviços de Saúde (Oss).					
SERVIÇOS	ANO				
	1916	1917	1918	1919	1920
despSP	18859	17179	16586	20375	21723
%ot	2.72	2.57	2.62	3.17	3.31
Sap¹	-	102	91	1647	2588
hospSP²	1720	1562	1404	1337	1215
scSP³	6807	6416	5932	7633	9056
aata⁴	10331	9097	9160	9758	8863
Oss	27551	25370	22477	22595	21650

1. Serviço Ambulatorial Permanente.

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

3. Serviços Clássicos de Saúde Pública.

4. Atividades de apoio técnico e administrativo.

Fonte: Orçamento do Governo do Estado publicado no diário oficial como lei (ou decreto) orçamentária. Lei 1492 de 29/12/1915; lei 1529 de 28/12/1916; lei 1584 de 21/12/1917; lei 1636 de 31/12/1918; lei 1713 27/12/1919.

69 Os indicadores de custo de vida que foram usados para o cálculo das U.M eram 1916 - 116,5; 1917 - 128,3; 1918 - 144,1; 1919 - 148,8; à partir dos dados de R Simoneon.

TABELA 2

COMPOSIÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS SAP EM U.M.					
SERVIÇOS	ANO				
	1916	1917	1918	1919	1920
pratacom¹	-	102	91	704	712
Inspspg²	-	-	-	943	1875

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

². Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral.

TABELA 3

COMPOSIÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS EM U.M.					
SERVIÇOS	ANO				
	1916	1917	1918	1919	1920
spinf/IP¹	361	532	475	644	603
comsanin²	3731	3412	3082	3998	3897
descent³	2714	2464	2374	2998	2724
sanin⁴	-	-	-	-	1831
supcamp⁵	-	-	-	3780	22053

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

². Comissão Sanitária do Interior, formada para exercer as mesmas funções

que a Delegacia da Capital. Tinha um papel central em termos da fiscalização sanitária e fazia parte da estratégia de controle estadual das atividades municipais. A partir de 1918 passou a ser chamada de Delegacia de Saúde e foi ampliada, passando a atuar em Santos, Campinas, São Carlos, Guaratinguata e Botucatu. As 3 primeiras já existiam antes da reforma.

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

⁴ Saneamento Interior.

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

Os dados mostram que a reforma de 1917 só se expressa institucionalmente a partir de 1918, com a criação da Inspetoria de Profilaxia Geral, que se tornou o órgão responsável pelos postos (ambulatórios) especializados. Neste ano foi modificado o Código Sanitário existente, através da elaboração de um novo projeto que se tornou o eixo da Legislação Sanitária, com algumas alterações, até a década de 1960.

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

Entre 1917 e 1918, a Faculdade de Medicina do estado de São Paulo, juntamente com a Fundação Rockefeller, montou os postos a partir de uma Comissão Mista, da qual participaram Richard Pearce e J. Ferrer, que organizou o Posto Experimental de Guarulhos. Até então, só existiam serviços

regionais de Saúde Pública, como as delegacias e inspetorias, e os efêmeros postos de combate ao tracoma.

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

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

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

Essa visão dará lugar, mais adiante, a uma perspectiva de organização de serviços verticais permanentes

especializados que será responsável pelo surgimento de um movimento, o “vertical permanente especializado”, que terá um papel fundamental no período após 1930.

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

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

Estes modelos estarão presentes no interior do embate pelos rumos que as políticas governamentais seguirão a partir deste momento, que se manifestará, na década de 1920, no confronto entre o movimento “redes locais permanentes” - baseado na corrente “médico-sanitária” -, com Paula Souza, e o movimento “campanhista/vertical permanente”, com Artur Neiva.

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

Nesta fase de 1916 a 1920, o orçamento total projetou um razoável aumento. Vê-se que, no início, as Despesas com Saúde Pública eram de 18859 U.M e que em 1920 eram de 21723. Em termos relativos, o incremento passou de 2,72% do orçamento governamental de 1916, para 3,31% em 1920.

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

O Desinfectório Central não sofreu uma restrição significativa e, além disso, o conjunto dos serviços “clássicos” apresentou um crescimento razoável. Vê-se que das 6807 U.M. previstas em 1916, passa para 9056 em 1920. O principal item a contribuir para este aumento foi o do Saneamento do Interior. Aliás, fato nada estranho devido à experiência de Artur Neiva e de Belisário Pena, no começo da década, na constituição de um movimento nacionalista no campo das ações sanitárias, decorrente de influências da Liga de Saneamento⁷⁰. Foram adeptos deste movimento, que tinha como uma de suas bandeiras fundamentais o saneamento, a exemplo de O. Cruz no Rio de Janeiro.

Porém, diferentemente deste sanitarista, defendiam um saneamento voltado para a zona rural, que deveria ser levado a todo interior do país⁷¹, para implementar a integração nacional e o desenvolvimento social. Este era o grande símbolo da reforma sanitária visualizada, na época,

70 CASTRO SANTOS, L.A, O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Trabalho apresentado no VIII Encontro Anual da AMPOCS, Águas de São Pedro, 1984.

71 Ibidem.

por estes sanitaristas do movimento “campanhista/vertical permanente”.

Voltando aos dados, pode-se ver que o Hospital de Isolamento teve uma previsão orçamentária em queda, pois passa de 1720 U.M. em 1916, para 1215 em 1920, fato que é demarcado pelas constantes queixas dos sanitaristas quanto à ausência de uma política clara em relação aos pacientes hospitalizados por doenças infecto-contagiosas.

Chamaram a atenção às propostas de gastos com serviços ligados a campanhas sanitárias, como previsão do item Suplementação para Campanhas - usadas para o combate à gripe influenza - que recebeu 22053 U.M. em 1920, contra as 22097 U.M. referentes às despesas totais de Saúde Pública.

Com esses dados vale lembrar que este fato expressa os anos que São Paulo viveu os graves problemas decorrentes da “gripe espanhola” e que exigiu do Serviço Sanitário Estadual esforços concentrados no seu combate. Aliás, parece que neste “combate” esperava-se que a experiência de um Artur Neiva fosse útil para o controle do processo epidêmico, pois este sanitarista vinha de uma experiência com os serviços federais, a partir do grupo de Manguinhos⁷², que lhe dava “legitimidade” para dirigir a luta contra a gripe. Entretanto, conforme relatos sobre a época⁷³, o sucesso esperado não parece ter acontecido.

Quanto ao item Outros Serviços de Saúde, constata-

72 Assim chamado o conjunto de sanitaristas que se formaram no Rio de Janeiro sob liderança de Oswaldo Cruz.

73 veja em BERTOLLI FILHO, C. Epidemia e sociedade, dissertação de mestrado apresentada à F.F.L. e C. H. da Universidade de São Paulo, 1986.

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

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

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

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

Toda esta inovação da reforma de 1918 não supõe a

desmontagem dos serviços clássicos; ao contrário, convive com os serviços ligados a projetos do período mais classicamente campanhista, junto com um serviço permanente, que procurava tomar como fundamental a realização das ações médicas como ações sanitárias⁷⁴, mantendo o Desinfectório Central, símbolo das épocas áureas da polícia sanitária.

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

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

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

74 veja relato das experiências de Samuel Pessoa no começo da década de 1920, junto a um Posto especializado em PESSOA, S. Ensaios médicos-sociais. São Paulo, Editora Hucitec. 1978.

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

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

Estes mesmos sanitaristas envolveram-se, inclusive, no pós-30 com as transformações sociais que se tornarão responsáveis pela formulação das políticas governamentais do setor, principalmente no período do Governo Provisório e na fase dos primeiros interventores estaduais entre 1930 e 1934.

Belisário Pena fez parte do executivo federal na área da Saúde Pública, sob mando de Carlos Chagas, na década de

1920, no Serviço Nacional de Profilaxia Rural, e foi o primeiro diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, após a revolução de 1930, no recém formado Ministério da Educação e Saúde. Artur Neiva nesta fase, retornou ao executivo paulista (período dos interventores federais), e foi em 1931, o Secretário do Interior do Governo Provisório do Estado de São Paulo, na fase da intervenção de João Alberto.

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

Entretanto, neste momento não cabe na perspectiva deste trabalho entender exaustivamente a dinâmica dessas questões, pois, efetivamente, o que se busca, por enquanto, é a construção de uma visão mais ampla da herança recebida pela década de 1930, o que obriga a prosseguir até o final da etapa histórico-social que desembocou, com a crise dos anos de 1920, no fim definitivo da República Velha, para a montagem daquele processo e a delimitação do conjunto de correntes e movimentos que se expressaram neste desenvolvimento das políticas públicas no campo das ações coletivas.

2 - A FASE DE 1920 A 1930: o desenvolvimento das correntes e movimentos que se expressam nas políticas públicas do estado de São Paulo.

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

A existência de um movimento sanitário, profícuo em discussões e confrontos de modelos tecno-assistenciais, manifestou-se de maneira marcante no estado de São Paulo de 1920. A Saúde Pública também teve sua Semana de Arte Moderna, as décadas seguintes serão “marcadas” pelas grandes questões colocadas durante estes anos.

Em todo país, o debate sobre as questões de saúde coletiva estava bem agitado. No decorrer da década formou-se a Sociedade Brasileira de Higiene que, desde a sua fundação em 1923, promoveu cinco Congressos - até 1930.

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

A já mencionada fecundidade dos anos 20, teve

muito a ver com o percurso das ações sanitárias nas décadas seguintes, e poucas foram as vezes em que o movimento sanitário se expôs tanto no fim de 1950 e começo dos anos 60, e a partir da segunda metade da década de 1970 - período final dos governos militares.

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

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

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

Todo este processo da fase de 1920 a 1930, em São Paulo, ocorreu no interior de projetos governamentais dirigidos pela mesma fração política do PRP. Ou seja, o grupo do Sr. Washington Luis - 1/5/1920 à 1/5/1924; do Sr.

Carlos Campos - 1/5/1924 à 22/4/1927 e do Sr. Julio Prestes - 14/7/1927 à 20/2/1930.

Eles representaram a ascensão, ao governo estadual, de um fração distinta daquela de Altino Arantes no interior do PRP, e isto teve alguma implicações relativamente aos novos rumos das políticas públicas no estado de São Paulo.

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

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

Paula Souza apareceu neste cenário a partir da publicação, na imprensa local, de artigos em que criticava os serviços estaduais de Saúde Pública. Um de seus argumentos versava sobre o burocratismo ineficiente a que tinha chegado

sua atuação após a fase áurea de Emilio Ribas. Referia-se, também, à problemática da cloração da água do município de São Paulo, argumentando que este era um dos mecanismos mais eficazes para o controle de doenças diarréicas e da febre tifóide, que vinham desempenhando um papel importante como problema de Saúde Pública, na capital. Quando assumiu a direção do Serviço Sanitário Estadual, procurou promover uma modificação de fundo nos projeto de organização assistencial e tecnológica no setor.

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

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

TABELA 4⁷⁵

Orçamento do Governo estadual no período de 1921 a 1925, em unidade monetária (em U.M.), por tipos de Serviços de Saúde Pública, despesas totais com os Serviços (despSP), porcentagem sobre o total de gastos do governo (%ot) e gastos com outros Serviços de Saúde (Oss).

SERVIÇOS	ANO				
	1921	1922	1923	1924	1925
despSP	21354	19745	19740	21469	25633
%ot	2,65	2,42	2,15	2,56	2,3
Sap	2172	2304	2014	1917	2066
hospSP	1188	1081	1375	1385	1434
scSP	9177	8024	7903	8255	11918
Aata	8816	8334	8445	9911	19214
Oss	24684	23863	22134	21579	29762

FONTE: Lei 1759 de 29/12/1920; lei 1837 de 27/12/1921; lei 1879 de 28/12/1922; lei 1957 de 29/12/1923; lei 2029 de 30/12/1924.

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

TABELA 5

ORÇAMENTO DOS SAP DE 1921 À 1925 EM U.M.					
SERVIÇOS	ANO				
	1921	1922	1923	1924	1925
pantra¹	695	634	576	604	574
Inspspg²	1492	1669	1437	1313	1491

¹ Posto de Antitracomatoso. foi organizado na época do Artur Neiva, 1927, e desapareceu com a reforma de 1925.

² Inspetoria dos serviços de Profilaxia Boral. Também criado na reforma Neiva, e desaparece com a de 1925, dando lugar à Inspetoria de Educação Sanitária e do Centro de Saúde. É responsável pelos ambulatórios permanentes especializados, que chegam a 17, da Fundação Rockefeller e 13, do governo estadual, nestes anos.

TABELA 6

ORÇAMENTO DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS DE 1921 A 1925 EM U.M.					
SERVIÇOS	ANO				
	1921	1922	1923	1924	1925
ipatal¹	590	537	573	568	632
delsau²	3774	3431	3157	3240	3165
desce³	2663	2425	2693	3178	3135
inlep⁴	-	-	-	-	1582
Sanint⁵	2149	1630	1479	1138	3401

¹ Instituto Pasteur; Seção de Proteção à 1ª infância; Serviço de Inspetoria de Ama de Leite.

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

³ Desinfectório Central.

TABELA 7⁶

Orçamento do Governo Estadual no período de 1926 a 1930, em unidade monetária (U.M.), tipos de Serviços de Saúde Pública, Despesas Totais com os Serviços (desSP), porcentagem sobre o Total de Gastos do Governo (%ot) e Gastos com Outros Serviços de Saúde (Oss).					
SERVIÇOS	ANO				
	1926	1927	1928	1929	1930
desSP	39446	42323	39228	40977	47383
%ot	3,15	3,3	2,72	2,4	2,26
Sap	4071	6679	6679	6849	7755
scSP	22623	22831	20235	22099	26374
Aata	12750	12711	12314	12028	13256
Oss	27784	27317	31353	33304	43488

FONTE: Lei 2123 de 30/12/1925; lei 2182 de 30/12/1926; lei 225 de 31/12/1927; lei 2343 de 31/12/1928; lei 2401 de 31/12/1929.

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

TABELA 8

ORÇAMENTO DOS SAP EM U.M.					
SERVIÇOS	ANO				
	1926	1927	1928	1929	1930
insedsacs¹	1698	3010	3001	3143	3739
secproinf²	307	301	306	309	337
lhmunici³	2065	3368	3371	3397	3679

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

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

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

TABELA 9

SERVIÇOS	ANOS				
	1926	1927	1928	1929	1930
inspast¹	272	291	287	281	338
inminf²	9506	9440	8829	9287	10644
inlep³	2324	2313	2281	2184	2440
alipu⁴	2688	2920	2796	2810	3215
lpdifmfsv⁵	2564	2698	2433	2419	3146
Selsau⁶	4683	4463	3548	4505	5771

¹ Instituto Pasteur

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

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

⁴ Inspetoria e Policiamento da Alimentação Pública.

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

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

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

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

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

Os anos anteriores, de 1921 a 1925, apresentam um padrão de organização institucional e de gastos, no setor da Saúde Pública, que associou a existência dos serviços ambulatoriais permanentes, especializados, com serviços “clássicos” como o Desinfectório. Há, inclusive, um aumento de gastos com os serviços que pertencem a estes tipos mais “clássicos”, com um evidente incremento do Serviço de Saneamento do Interior, que passou de 2149 U.M. em 1921, para 3401 U.M. em 1925. Ao mesmo tempo, o padrão de gastos com a Inspetoria dos Serviços de Profilaxia Geral é

praticamente o mesmo, durante todo o período.

Não há grandes alterações nos gastos totais com a Saúde Pública; eles, inclusive, flutuam percentualmente em torno de 2,4% do orçamento total e, é interessante verificar que os serviços clássicos, apesar disto, tem um leve crescimento: de 9177 U.M. em 1921, para 11918 em 1925 (tabela 4).

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

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

Em 1926 observa-se um crescimento real nas previsões de gastos com os serviços de Saúde Pública. De 21354 U.M., no início da década de 1920 passou-se para uma previsão de 39446 U.M. em 1926 (tabelas 4 e 7).

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

Para o ano seguinte, 1927, o crescimento dos ambulatorios foi proporcionalmente maior, e os serviços “clássicos” praticamente estacionaram ao mesmo nível de 1926. Para o fim do período, esta tendência manteve-se, mas com menor intensidade (tabela 7).

Os ambulatorios, em 1926, tinham uma previsão orçada em 4071 U.M. e, em 1930, essa previsão era de 7755, enquanto que os serviços “clássicos”, em 1926, tinham uma revisão de 22623 U.M e em 1930 de 22623 U.M. e em 1930 de 26374 (tabela 7).

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

O final da década mostrou um “congelamento” dos projetos de Paula Souza, e uma certa inflexão de suas estratégicas. Haja visto que não ocorreu uma expansão significativa das instituições chave do seu modelo tecno-assistencial, ou seja, os serviços que seriam responsáveis pela constituição de uma rede básica de ambulatorios gerais

e permanentes de ações sanitárias, através da organização dos centros de Saúde. Deve-se estas características à denominação, aqui empregada, de “rede local permanente” dada a este movimento.

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

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

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

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

Em 1927, ascendeu à direção do Serviço Sanitário

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

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

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

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

Não é o objetivo, aqui e agora, analisar esta conjuntura dentro desta complexidade, pois o que interessa é captar os

traços das principais heranças que este período deixa para a década seguinte, sob a ótica dos modelos em disputa. Portanto, com o retorno aos dados sobre o Serviço Sanitário Estadual na década de 1920, serão delineados estes traços, cuja consolidação ocorre no seu final.

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

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

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

As transformações racionalizadoras agregaram estruturas semelhantes no mesmo setor institucional, como fizeram com os órgãos de apoio técnico, além de diminuir o papel da diretoria do Serviço Sanitário. Previam uma descentralização executiva, através de uma ampla rede de

serviços locais, baseada nos Centros de Saúde.

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

Esta reforma procurou alterar, também, a relação que se estabelecia entre os serviços privados e os gastos públicos, o que pode ser mostrado através das previsões de gastos do item “Outros Serviços de Saúde”. Em 1927, eles eram nitidamente menores que os previstos para a Saúde Pública (tabela 7). A tendência anterior era inclusive oposta, pois aquele item, às vezes, chegava a ser maior que este último, sendo, exatamente o que ocorreu entre os anos de 1921 a 1925 (tabela 4).

Após a saída de Paula Souza pode-se ver que este item vai retornando ao padrão anterior. O seu sucessor, Waldomiro de Oliveira, era adepto de uma concepção que advogava a atuação da Saúde Pública no campo da Assistência Social, considerando que o “combate à pobreza e aos pobres” era uma das mais eficientes medidas sanitárias, e preconizava uma atuação específica do poder público no campo do assistencialismo social. Esta linha avança a ponto de, em 1930, aquele item voltar a ser significativo nas previsões

totais de gastos, e ser responsável por um gasto de 43488 U.M., quando o total de despesas com os serviços de Saúde Pública era de 47383 U.M. (tabela 7).

Isto estava também ligado a uma estratégia quanto à forma da relação entre o setor público e o setor privado, e implicava práticas de custeio e/ou financiamento das ações de saúde do setor privado com recursos públicos. Dados do censo hospitalar de 1935 evidenciam os caminhos deste processo, mostrando que o número de leitos hospitalares crescia graças a estes repasses público para o setor privado filantrópico.⁷⁷

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

É bem conhecido o papel de Paula Souza para o desenvolvimento da Saúde Pública de São Paulo. Muitos são os estudos realizados sobre isto, e o próprio autor deste trabalho já realizou algo nesta direção.⁷⁸

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

⁷⁷ Conforme Censo Hospitalar de 1935, publicado pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, em 1936.

⁷⁸ MERHY, E. E. O capitalismo e a saúde pública.

havia destacado o seguinte:⁷⁹

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

Este processo não os observa só em São Paulo, já que no plano federal, em 1923, sob orientação de Carlos Chagas, verifica-se uma reforma administrativa nos Serviços de Saúde Pública. Neste mesmo ano ocorre o 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene presidido, também, por Carlos Chagas (...)

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

Este médico sanitарista traz sua formação na Universidade 'Johns Hopkins' a perspectiva de que a Saúde Pública cientificamente fundamentada, quanto na Educação Sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias.

Quando assumiu o Serviço Sanitário Estadual, (...) elaborou um relatório, no qual deixa bem claro os princípios que procura introduzir para nortear o processo de reformulação das práticas sanitárias em São Paulo. Neste relatório afirma: "(...) que qualquer reforma necessita de estudo minudente

79 MERHY, E. E. O capitalismo e a saúde pública.

dos serviços da repartição (...) antes de ocorrer a necessidade de modernizar a repartição; a necessidade de integrar o serviço com a Faculdade de Medicina para correspondência técnica e atualidade científica; que deve se evitar o empirismo e favorecer a formação dos funcionários, inclusive no estrangeiro; que os serviços novos devem ser instituídos em pequena escala e só quando houver orçamento para tanto; a absorção dos postos da 'Rockefeller Foundation' mas sem hostilizá-la a unidade de direção no combate às endemias; condensação e reorganização dos laboratórios; necessidade de criar novo Hospital de Isolamento e um curso de enfermeiras; instituir um Conselho Sanitário; melhor dotação orçamentária para a Saúde Pública; reação enérgica contra varíola e a febre tifóide.

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

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

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

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

As ideias de que os serviços deveriam ser especializados, para combater grandes endemias e/ou epidemias, e de que a ancilostomose era “o” problema de saúde, em função de uma visão de “Jeca Tatu” como entrave do desenvolvimento, Paula Souza opõe uma visão mais unicista do processo saúde/doença e uma concepção mais racionalizadora da organização dos serviços, pregando os serviços únicos de Saúde Pública. Procurou modificar o Código Sanitário, herdado de 1918, e suas tentativas concentraram-se nas alterações mais importantes para a organização dos serviços dentro do molde da concepção “médico-sanitária”.

Por isso, reviu os pontos que tomavam a questão da

desinfecção terminal como processo já superado pela “saúde pública cientificamente fundamentada”, como dizia Borges Vieira em um artigo no Boletim do Instituto de Higiene.⁸⁰ Além disso, reforçou, na reforma do Código, todas as dimensões dos artigos que implicavam atividades de educação sanitária, diminuindo a importância da polícia sanitária. Mesmo assim, o Código não foi reorganizado globalmente, sobrevivendo com sua estrutura básica de 1918 até a década de 1960, quando foi substituído por um outro.

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

Era, como Altino Arantes, da segunda geração dos dirigentes do PRP. Tinha uma atuação marcante nas esferas estadual e federal, e tornou-se o último Presidente da República Velha. Foi prefeito da Capital de São Paulo quando Altino Arantes era o governador do estado, sendo seu sucessor no governo do estado de São Paulo, daí partiu para ocupar a presidência da nação. Dirigiu a política paulista nesta fase, tendo como adversários, além do grupo ligado a Altino Arantes - se manteve sempre vinculado ao PRP, mesmo após 1930 - os setores da oligarquia paulista que formaram

80 O Instituto desde o seu início tem uma produção de artigos através de seus Boletins, que durarão de 1919 a 1946. no seu número 14, de 1923, publicou o artigo Valor da desinfecção para a Profilaxia de Borges Vieira.

o Partido Democrático, em 1926. Acabou por tornar-se o principal dirigente das oligarquias durante a década de 1920, e respondeu pelo processo de transformação social exigido pela crise econômica e social naquele momento; porém, dentro dos limites da legalidade e legitimidade da República Velha.

Mas, como os marcos desta crise iam além das meras reformas no interior de instituições oligárquicas, foi superado no processo histórico pela atuação de outros sujeitos políticos, presentes nesta conjuntura, e que apontaram para uma outra forma de organização social. Washington Luis fez seu sucessor no Estado, mas isto não ocorreu sem trauma para a oligarquia paulista. Teve que se confrontar com o grupo de Lacerda Franco que, ao perder a indicação de seu candidato - o senador Álvaro de Carvalho - para o do W. Luis - o Sr. Carlos de Campos - aliou-se a outros setores da oposição e fez parte formação do PD (Partido Democrático), que recebeu o apoio de vários setores da oligarquia, aí incluídos a família Mesquita do Jornal "O Estado de São Paulo".

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

O projeto original de reforma do serviço Sanitário Estadual sofreu alterações significativas na fase de discussão

com o Legislativo, acabou sendo aprovado apenas em dezembro de 1925. O projeto original, que previa a construção de vários Centros de Saúde, foi alterado para que se implantasse apenas um.

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

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

Com o final do governo de Carlos Campos⁸¹, Paula Souza voltou para o Instituto de Higiene, em 1927. Assumiu a direção do Serviço Sanitário o Sr. Waldomiro de Oliveira, que ficou neste cargo todo o período da gestão do governador Julio Prestes de Albuquerque. Este político tinha sido um representante de Washington Luis no PRP, e acabou sendo o último candidato⁸² deste partido a disputar a presidência da República no período da República Velha.

Na prática, durante a gestão de Waldomiro de Oliveira - de 1927 a 1930 - houve um corte no processo de crescimento

81 Carlos Campos morreu antes do fim de seu mandato, em seu lugar assumiu o Sr. Antonio Dino da Costa Bueno que ficou de 23/04/1927 à 13/07/1927, até a sucessão do governador que faleceu.

82 Sai do governo para disputar a eleição e em seu lugar fica o Sr. Heior Penteado, de 20/07/1927 à 24/10/1930. W. de Oliveira continua no cargo.

relativo dos serviços de Saúde Pública, não se dando continuidade ao processo de sua reorganização. Apesar de apresentar aumento absoluto, relativamente à fase anterior, a porcentagem de previsão de gastos governamentais com a Saúde Pública caiu (tabela 7). Além disso, as previsões de gastos com outros serviços de saúde foram retornando a níveis anteriores aos do período de Paula Souza, como já ressaltado atrás.

O diretor Waldomiro de Oliveira era o responsável pela Inspeção de Educação Sanitária e de Centro de Saúde, na época de Paula Souza tendo, também, uma passagem junto aos serviços de combate à Lepra. Tudo indicava que ele não era um seguidor incondicional de Paula Souza, como o foi, por exemplo, Borges Vieira. Aliás, as suas participações nos Congressos de Higiene da época, mostraram que era muito mais um adepto das alternativas tecno-assistenciais⁸³, que se identificavam com os do movimento “vertical permanente especializado”.

Entretanto, essas situações de confronto expressaram-se de maneira evidente na década seguinte, quando as disputas deram-se no interior das instituições de serviços e que quando o processo de reformulação nos rumos das políticas públicas foi mais veemente.

Porém, neste momento, já era de conhecimento do meio científico da área, os embates que ocorriam entre os diferentes movimentos, retomados na década seguinte. Haja visto que, no V Congresso Brasileiro de Higiene, a presença de Waldomiro de Oliveira foi marcada por intervenções que se

⁸³ Veja no ítem seguinte deste capítulo, quando serão expostas algumas intervenções de sanitaristas nos Congressos.

opuseram explicitamente às estratégias do movimento “rede local permanente”.

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

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

3 - OS DEBATES DO FINAL DA DÉCADA DE 1920: O V Congresso Brasileiro de Higiene

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

Unidos os dados com as informações até agora acumulados pela análise das políticas governamentais paulistas, pode-se reconstruir razoavelmente aquele

panorama, mesmo que nem todos os movimentos até agora detectados tenham aparecido explicitamente naquele Congresso.

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

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

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

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

A Sociedade Brasileira de Higiene foi estruturada a partir de uma estratégia política que procurava, essencialmente, viabilizar uma organização nacional dos médicos que atuavam no campo da Saúde Pública no Brasil. Esta estratégia tinha

entre seus objetivos não só permitir a abertura de um campo de debate científico entre os grupos que existiam na área, mas também possibilitar o aumento do poder de influência dos médicos sanitaristas nas definições das políticas públicas do setor.⁸⁴

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

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

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

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

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

âmbito dos governos paulistas, desde a reforma de 1918.

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

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

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

Conforme suas propostas mais gerais, os problemas encarados como pertinentes à Saúde Pública deveriam ser equacionados através de uma organização eficiente dos serviços. Imperaram as estratégias que levantavam as questões administrativas. Houve nítido predomínio dos sanitaristas da corrente “médica-sanitária”, que, inclusive, realizaram sérias críticas aos adeptos de outras correntes por eles denominados “antiamericans” e “ruralistas” - como aconteceu no próprio discurso de abertura feito por Carlos

Chagas.

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

Nos anos seguintes, ocorreram outros Congressos, em 1924, o II, em 1926, o III e em 1928, o IV e, finalmente, o último Congresso - o V - ocorreu, em 1929, em Recife. Vários foram os temas abordados neste encontro, tais como: águas de esgoto e águas residuárias industriais; nati-mortalidade e mortalidade infantil; técnicas de laboratório em Saúde Pública; incidência de malária e estudos das disenterias no Brasil.

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

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

Quando expôs o seu trabalho, Ernani Agrícola defendeu toda uma concepção do campo da Saúde Pública, apresentada na fala de vários sanitaristas. Compartilhavam

desta sua visão, o secretário geral do Congresso, J. de Barros Barreto - sanitarista do Departamento Nacional de Saúde Pública - e o grupo de Paula Souza.

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

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

A partir disto, as possibilidades para conceber a organização de redes de serviços eram bem distintas. A ideia de construir uma ampla “rede básica” descentralizada, localizada nos municípios e estruturada conforme os princípios da regionalização, hierarquização e adeptos da visão de Ernani Agrícola.

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

Os centros de saúde ou postos de higiene (...) funcionam em áreas determinadas (...) São instituições estaduais, como melhor convêm ao nosso meio e a prática nos indica.

O Regulamento de Saúde definiu os postos de

Higiene como sendo órgãos diretores de todos os serviços de saúde dentro dos respectivos municípios e os centros e os centros de saúde “organizações sanitárias mais amplas funcionando como órgão diretor de todos os serviços Saúde Pública da sua circunscrição”.⁸⁵

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

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

Em qualquer que seja a organização, é indispensável à sua eficiência, à especialização das funções, seja qual for o serviço. Atendendo a esse ponto de vista, os trabalhos se agrupariam da seguinte maneira conforme se vê do gráfico: Educação Sanitária, Bioestatística, Laboratório de Saúde Pública, Profilaxia de Moléstias Infecciosas, Engenharia Sanitária, Profilaxia

85 Agrícola, E. Centros de Saúde e Postos de Higiene no Estado de Minas Gerais, Anais do Quinto Congresso Brasileiro de Higiene, volume II. pp. 19-25.

Rural, Profilaxia da Lepra, Profilaxia da Sífilis, Higiene Infantil, Higiene Industrial, Profilaxia da Tuberculose, Alimentação Pública, Exercício de Profissões Médica e Paramédicos(...)

Denominamos Centro de Saúde uma organização destinada a operar em zona de limites determinados, com atribuições que: a) cooperar em benefício da profilaxia geral (...), principalmente através da instrução e educação sanitárias; b) fazer e auxiliar investigações de interesse sanitário e social (...); c) procurar uniformizar, orientar e incrementar (...) o esforço público e privado em benefício da salubridade pública; d) visar, sobretudo, a defesa da saúde da criança e contribuir para a formação da “consciência sanitária” (...)

Destina-se ele a operar em zona limitada (...) não pretende(mos) que os centros de saúde substituam aparelhos especiais e específicos da saúde pública. Não é este seu fim. A finalidade é auxiliar e cooperar com todos eles, fazendo educação sanitária geral ou especial (...).⁸⁶

Porém, em ambos os movimentos - “rede local permanente” e “vertical permanente especializado” -, havia uma perspectiva de construção de serviços permanentes de Saúde Pública, nitidamente distintos dos serviços exclusivamente médicos-assistenciais de cunha individual e curativo. Para caracterizar estas diferenças, recorriam às noções de ações médicas e ações sanitárias. Distinção que partia da premissa de que a primeira era uma atividade curativa cujo sentido prendia-se à possibilidade de intervir no

86 OLIVEIRA. W. Problema de Saúde Pública. op. cit. volume I, pp. 131-140.

momento da doença e que, portanto, não contribuía por si, para a promoção e proteção da saúde, a menos que fizesse parte de um programa completo de ações sanitárias. Mas, apesar de fazerem idêntica distinção, não advogavam as mesmas ideias quando pensavam a organização tecnológica e assistencial das ações.

Uma análise do relatório apresentado por Ernani Agrícola, como parte do artigo supracitado⁸⁷, possibilita uma visualização mais apurada da dinâmica de funcionamento dos serviços considerados fundamentais no seu modelo, ou seja, o Centro de Saúde. Estas unidades seriam formadas por uma equipe composta por: médicos (sanitaristas e consultantes), escreventes, microscopistas e auxiliares de laboratório, enfermeiras, fiscais, guardas sanitários e serventes. As áreas de atuação seriam: Propaganda e Educação Sanitária, Saneamento, Higiene escolar, Laboratório, Dispensário, Serviço de Enfermeira Visitadora, Epidemiologia, Serviço de Extinção de Focos, Polícia Sanitária, Higiene Profissional, Inspeções de Saúde e Atividades Administrativas.

Cada área seria composta por um elenco de atividades, que não seriam, necessariamente, parte do elenco de todos os Centros de Saúde ou Postos de Higiene. Mas o princípio da unidade integral de Saúde Pública era uma idéia central que estava por trás da concepção de organização institucional destes serviços. Adotava, inclusive, o princípio de que só se poderia realizar atividades médicas que estivessem ligadas a uma ação de prevenção. Apenas assim elas eram justificadas.

Não é por acaso que no elenco das ações, as

87 Agrícola, E. Centros de Saúde e Postos de Higiene no Estado de Minas Gerais, op. cit. pp. 34-39.

intervenções médicas só aparecem em casos de doenças infecto-contagiosas, junto com as atividades educativas e nos exames inseridos em uma programação de higiene específica, como por exemplo, pré-natal, puericultura, exames periódicos de funcionários e outras.

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

Assim, tomavam emprestado da concepção “bacteriológica” a noção de causa externa das doenças que tinham significado sanitário, mas introduziam novos elementos como a “consciência sanitária”, para consagrarem o processo de determinação social de saúde e da doença⁸⁸, no qual as ações de educação sanitária tinham lugar de destaque como meio de prevenção, devido ao papel determinante que a ausência da “consciência sanitária” teria no desencadeamento do processo patológico. Formavam-se, assim, as ideias básicas do movimento “rede local permanente” - a partir da corrente “médico-sanitária” -, enquanto modelo tecno-assistencial das ações coletivas de saúde.

Consultado o texto de Waldomiro de Oliveira⁸⁹ vê-se que não é outra a sua concepção sobre o processo de saúde e doença, mas ao procurar verificar a conformação das ações sanitárias como serviços, percebe-se que projeta uma outra

88 Para entender melhor estas questões consultar MERHY, E. E. O capitalismo e a saúde pública. op. cit.

89 OLIVEIRA. W. Problema de Saúde Pública, op. cit.

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

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

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

Quando falava da Profilaxia das Moléstias Infecciosas, comparava o serviço a uma organização do tipo Corpo de Bombeiros, que atendia a qualquer hora e servia para apagar os incêndios, de acordo com um modelo verticalizado de

organização.⁹⁰ O que ele propunha era uma estrutura que tinha vida própria, e que podia ser acionada para realizar as atividades de vigilância epidemiológica, à parte dos serviços locais, como os Postos.

É interessante no seu texto a ênfase que dá à educação física como fator de vitalidade, pois “(...) aformosea, fortifica e disciplina o caráter e o corpo, dirige a população para as diversões sãs (...)”⁹¹, espelhando um ideal racial de saúde, que estará presente em várias correntes nacionalistas e eugenistas, na década seguinte.

No seu projeto, os profissionais moldavam-se pelas suas especialidades em função da finalidade do serviço em que estavam inseridos, e acabava por considerar o sanitarista como um especialista, que tinha grande proximidade com as ações que se dirigiam, preferencialmente, para a criança, representante do momento da vida no qual se fortalecia o caráter. Os serviços acabavam valorizando o perfil médico dos profissionais que se adaptavam aos seus objetivos.

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

Esta discussão refere-se à organização de ministérios e secretarias, em nível nacional e estadual, enquanto estruturas governamentais específicas e autônomas para tratar dos problemas de saúde coletiva. E é interessante verificar que

90 OLIVEIRA, W. Problema de Saúde Pública. op, cit. p.142.

91 Ibidem, p. 140.

logo após a revolução de 1930 formou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública e a Secretária Estadual de Educação e Saúde Pública, em São Paulo.

O trabalho de Antonio Luis C. A. de Barros Barreto, “Como organizador o Ministério de Saúde e Assistência Pública no Brasil”⁹² foi um marco nesta discussão, por ter definido os principais parâmetros para este tipo de temática.

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

Apontou, como reforço para seus argumentos, que o saneamento era mais fundamental, pois as crianças anemiadas pela helmintos e embrutecidas pela malária não tinham condições orgânicas para a aprendizagem do ABC. O que, portanto, implicaria ações que inicialmente restabelecessem a saúde, para que depois se pudesse atuar na Educação.

Em sua visão, era necessário constituir uma ação

92 BARROS BARRETO, A. L. C. A. Como organizar o Ministério da Saúde e A. P. no Brasil. Vol. II pp. 63-85.

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

Com estas descrições dos debates travados no interior do V Congresso e com as outras informações obtidas através do material concernente às políticas governamentais em São Paulo, para o período da década de 1920, foi possível montar o cenário que os governos paulistas encontram no pós-30 no que se referia aos projetos de políticas de Saúde Pública.

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

Capítulo Quarto

A configuração institucional das políticas governamentais de 1930 a 1937: o movimento 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 fontes 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, este 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 esta fase, o grande personagem da presença dos dominados como força política, em busca de um projeto 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 várias frações da oligarquia paulista e quais seriam as alianças que elas estabeleceriam com os diferentes grupos oriundos do movimento tenentista.

Nos “vais e vens” 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 institucionais-legais, como indícios para captar os modelos tecno-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 do sr. 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 Barreto.⁹³ Esta 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 este 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 Inspetoria de Profilaxia de Moléstias Infecciosas, foi diretor do Serviço Sanitário.

Após o histórico rompimento do interventor com os

⁹³ Esta junta responsável 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.

partidários do PD, em março de 1931, assumiu a Secretaria do Interior o sr. 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 1920, e que se destacou na organização dos Congressos de Higiene daquele período, tendo sido secretário de quase todos eles.

Na gestão deste 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 14/11/1930, com o decreto 19402, o governo federal havia criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

Não foram poucos os sanitaristas da época que disseram que estas 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 instruiu a concepção “médico-sanitarista”, 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 1923, 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 ele.⁹⁴

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. No 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.

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 este 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 contribuições

destes confrontos e manifestações como possibilidade de tornar transparente os processos sócio-políticos 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 4809, de 31/12/30, que extinguiu a Inspetoria 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 4891, de 13/02/31, que reorganizou o Serviço Sanitário Estadual e o decreto 4917, de 03/03/31, que criou a Secretaria da Educação e Saúde Pública e foi executado por seu sucessor, João de Barros Barreto.

Destes decretos, o 4891 foi o mais marcante, porque determina uma nova estrutura organizacional para o setor.⁹⁵ Como observou Rodolfo Mascarenhas, este 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 essa estrutura, feitas por outros dirigentes, como Barros Barreto em 1931, e Borges Vieira em 1935, este decreto foi o embrião da organização tecno-assistencial para todo o período, de 1930 a 1937, como será visto no correr deste capítulo.

É interessante entender quais projetos essa 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 e inserção da Assistência Médica nas políticas públicas do setor saúde. Ainda sobre este tópico é 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 tecno-assistencial.

A reforma praticamente quebrou a possibilidade de constituição dos serviços ambulatoriais gerais e permanentes, tais como uma organização de uma “rede básica” de Saúde Pública. Reforçava, nitidamente, os serviços especializados

⁹⁵ Além desses decretos há outros que vale a pena registrar. Em 24/12/1930, 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.

e tendia a construir estruturas organizacionais a partir da identificação de problemas específicos do campo da Saúde Pública, à semelhança do que se apontava na polêmica 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, essa 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 inspetoria de profilaxia que realizasse por si vigilância, educação profilática, assistência higiênica, 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 desse 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

tecno-assistenciais retrataram, em última instância, disputas semelhantes nessa 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 anteriormente. Pode-se ver isto nas tabelas expostas adiante.

TABELA 10⁹⁶

Orçamento do Governo Estadual no período de 1931 a 1933, 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 (%ot) e gastos com outros serviços de saúde (Oss).			
SERVIÇOS	Ano		
	1931	1932	1933
despSP	33597	69435	79419
%sgot	3,16	3,53	3,34
svpe¹	12194	36814	28487
Hosp/SP	1130	2184	2198
scSP	13366	31413	35155
Aata	6905	13365	13577
Oss	24685	47224	43155

96 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 Simonson, 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.

Fonte: Decreto 4860 de 28/01/51; decreto 3105 de 14/07/31; decreto 5365 de 30/01/32; decreto 5823 de 30/01/33.

TABELA 11

ORÇAMENTO DOS SVP – ESPECIALIZADOS EM U.M.			
SERVIÇOS	Ano		
	1931	1932	1933
inshprin¹	1613	3134	3245
Insphedsa²	945	1841	1244
ipasitrac³	289	539	506
secprotbc⁴	444	1039	1021
insprolep⁵	8567	15150	23797
insproshiv⁶	335	775	782
inshadent⁷	-	-	735
Insproimp⁸	-	-	2745

- ¹ inspetoria de higiene e proteção a 1º infância
- ² inspetoria de higiene escolar e educação sanitária
- ³ instituto Pasteur e serviço de tracoma da capital, este foi extinto para o período de 1933
- ⁴ secção de profilaxia da tuberculose
- ⁵ inspetoria 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 7430 unidades monetárias, em 1932 a quantia de 8714 e em 1933, a de 5711
- ⁶ inspetoria de profilaxia da sífilis e moléstias venéreas
- ⁷ inspetoria de higiene e assistência dentária
- ⁸ inspetoria de profilaxia do impudismo

TABELA 12

ORÇAMENTO DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS EM U.M.			
SERVIÇOS	Ano		
	1931	1932	1933
ifiscme¹	305	566	570
ipolalpub²	1580	4731	4762
inshtraba³	523	1109	1119
inmolinf⁴	3538	10285	10371
delsaude⁵	5723	11162	9015
delsaucap⁶	1695	3180	3224
secfislei⁷	-	377	380

1. inspetoria de fiscalização de medicina e farmácia
2. inspetoria do policiamento da alimentação pública
3. inspetoria de higiene do trabalho
4. inspetoria de profilaxia de moléstias infecciosas, dela saíram os serviços de tuberculose, de sífilis e venéreas. Esta inspetoria 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. secção de fiscalização do leite

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

Inicialmente, será feito um detalhamento do modelo tecno-assistencial 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 Arthur 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 anti-patrióticos. 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 estas 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.

Isto 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 1ª 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 estuda, medidas profiláticas em relação as doenças transmissíveis da 1º 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 responsáveis.⁹⁷

Um olhar para o que se esperava da Inspetoria 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;

97 Conforme decreto estadual 4891 de 13/02/31.

9. orientar os serviços privados e fiscalizar os subvencionados.⁹⁸

Consequentemente, 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 enfoque 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 consequência e não por ser seu objetivo.

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

98 Conforme decreto estadual 4891 de 13/02/31.

instrumental da polícia sanitária, das ações médicas e das ações de educação sanitária.

Assim, o modelo atuava em função de uma causa etio-patogênica específica, a partir de uma leitura biologizante do processo de saúde e 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. Ocorre 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 serem 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 – e que parece ter se efetivado durante estes anos que se

seguiram. Haja visto, 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. E o que se poderá ver na análise da fase que vai de 1934 a 1937.

2. A FASE DE 1934 A 1937: consolidou-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 21/08/1933 e passou a ser o governador eleito após a Constituinte de 1934. Ficou na direção do executivo paulista até 29/12/1936, 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 05/01/1937 a 25/04/1938 ficou como governador do estado de São Paulo e depois como primeiro interventor do período do Estado Novo.

Durante a gestão de Armando de Salles Oliveira, ocorreu a formação da Universidade de São Paulo (05/07/1935), 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.

No que se refere ao setor dos serviços de Saúde Pública acentua-se as fases da direção dos serviços com Otávio Gavião Gonzaga – de 24/08/1933 a 21/03/1935, e com Borges Vieira – de 22/05/1935 a 23/05/1937. 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 políticas de saúde no processo constituinte, e em alguns eventos científicos 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 Inspetoria de Profilaxia da Lepra em Departamento de Profilaxia da Lepra, em 06/04/1935 com o decreto 7070; a regulamentação da Comissão de Assistência Social que em 05/04/1935, com o decreto 7077, 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 Estadual de Educação para o de Saúde; organizou-se o Instituto Clemente Ferreira, e a Inspetoria de Higiene e Proteção à Primeira Infância passou a ser designada como Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância.

Com Borges Vieira ocorreu a reorganização da secretaria devido à fundação da Universidade de São Paulo e ao processo constituinte de 1934, embora isto 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 estes episódios. Durante este mesmo período ocorreu, no âmbito 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 desencadeadas 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, havia se imposto naquela fase como tendência principal na reorganização do modelo tecno-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 13,15 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(%ot) e gastos com outros serviços de saúde (Oss).

SERVIÇOS	ANO			
	1934	1935	1936	1937
despSP	79830	83081	95433	107115
%sgot	4,86	3,17	3,87	4,46
Svpe	33160	40488	43768	51364
hosp/SP	2069	1981	1747	1901
scSP	30523	29072	32911	39941
Aata	14329	15444	17025	1799
cah¹	-	304	309	403
Oss	39178	46064	48931	53148

* os indicadores do custo de vida para o período são 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 6261 de 30/12/33; decreto 6893 de 31/12/34; decreto 2486 de 16/12/35; lei 2672 de 17/01/57.

TABELA 14

ORÇAMENTO DOS SVP – ESPECIALIZADOS EM U.M.				
SERVIÇOS	ANO			
	1934	1935	1936	1937
inhassinf¹	3495	3694	3657	3411
Inhesedsa²	1153	1760	1574	1484
instpast	469	450	396	417
Iprolepra³	21912	24929	32141	40320
secprotbc	946	1505	1324	1435
servtraco	112	120	103	96
iprosifve	724	692	609	568
ihasdent	681	677	595	587
iproimpal⁴	3663	6656	3364	3041

¹ a inspetoria de proteção a infância passou a se chamar inspetoria de higiene e assistência a infância a partir de 1934

² a inspetoria de higiene escolar a educação sanitária a partir de 1935 recebeu a estrutura de serviços 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\$ 2000000,00 de cruzeiros, e, em 1937, a mesma quantia

TABELA 15

ORÇAMENTO DOS SERVIÇOS CLÁSSICOS EM U.M.				
SERVIÇOS	ANO			
	1934	1935	1936	1937
Infiscmefa	528	515	528	493
Inpolalpub	4571	2869	2844	2891
Inshtraba	1037	1690	1487	1382
Insmolinf	9773	7984	3919	9068
Delsaude	8893	8532	7506	994
Delsaucap	2923	2791	2458	2277
Profmoinf¹	2442	1406	5883	8044
Secfislei	353	3281	2883	2689

¹ a profilaxia de moléstias infecciosas recebe em 1936 e em 1937 um aumento devido ao serviço especial de combate a febre amarela

Um dos fatos que chamou 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.

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 1910, no qual não foram organizados serviços permanentes – como estratégia principal de estruturação dos serviços sanitários –, não se tinha assistido 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-assistencial 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 de febre amarela nesta 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 sua possibilidade de institucionalização.

Nesta 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 desta 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 1960.

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

As respostas a estas questões exigem uma compressão das disputas políticas que se travavam entre as diferentes forças sociais, em particular um entendimento sobre qual era a representação que isto adquiria 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 tecno-assistenciais identificados nas análises das políticas governamentais realizadas até 1937, em termos das estratégias de políticas para a sociedade que determinadas forças sociais “portavam” na conjuntura de 1930 a 1937.

Na medida em que um modelo tecno-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 constituiu 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, inclusive 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 tecno-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 que entender o processo social de constituição de um determinado campo de políticas sociais, como é o caso da Saúde Pública, ao mesmo tempo em que se procura o projeto da sociedade que transparece nas estratégias tecno-assistenciais dos modelos, para a constituição destas políticas.

3. O MOMENTO SOCIAL E POLÍTICO: a 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.

Esta crise se estabelece 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.

Este 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 estar 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”*⁹⁹.

Com isso, a existência de determinadas forças

99 DRAIBE, S. Rumos e Metamorfoses. op. cit. p. 41

sociais que assumam o papel dirigente é fundamental para a formação dos blocos. Portanto, a questão central passa a ser 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 “perrepistas” fizeram alianças com os “armandistas”, em torno de princípios semelhantes, na construção de um determinado modelo tecno-assistencial.

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

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. Esta 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. Compartilha-se do pensamento da 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 (...)”.¹⁰⁰

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 estes modelos disputaram,

100 DRAIBE, S. Rumos e Metamorfoses. op. cit. p. 43

e como disputaram, em termos de 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” os do “vertical permanente especializado”, que se distinguiram tanto pela maneira de conceberem e/ou construírem os seus objetos das ações de saúde, quanto pela visão de organização institucional para a efetivação daquelas ações.

Apesar disso, ambos os movimentos apresentavam semelhanças, quando viam ações coletivas de saúde como distintas das ações individuais, quanto à formação dos seus objetos de ação. Chegaram, inclusive, a concordar no 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 a promoção e proteção da saúde coletiva e aquelas ações que visavam a recuperação da saúde através do combate exclusivo da doença no plano do indivíduo – deveria ser preservada. Mas, tratavam esta 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, este 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, contribuíssem para a promoção e/ou proteção da saúde, ou se fizesse 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 do 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 interferirem significativamente na arena decisória daquelas

políticas públicas, pois em muitos casos diluíam-se no interior do movimento “vertical permanente especializado”.

Neste caso, vale um registro especial sobre o movimento eugenista¹⁰¹ que, no Brasil, teve suas origens em períodos anteriores, particularmente na República Velha, mas que também estava presente nesta conjuntura. Ele se diluía em ambos os movimentos destacados anteriormente, que continham sempre uma “profissão de fé” no melhoramento eugenístico da raça brasileira, se postos em prática os seus modelos. Lembre-se sobre isso, 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 constitucional¹⁰² para a área.

101 Para melhor compreensão deste movimento ver o trabalho de KHEL, R. *Porque sou eugenista: 20 anos de campanha Eugênica 1917-1937*. Rio de janeiro, Francisco Alves. 1937.

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

Devido à sua relevância este fato será retomado após a análise dos projetos de sociedade que estavam contidos naqueles dois movimentos assinalados 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 corrente a ocupar os cargos de direção no executivo estadual durante este período. Deste material destaca-se o documento¹⁰³ 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 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 tecno-assistenciais deste 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

103 VIEIRA, B. São Paulo – Plano de reorganização dos Serviços Sanitários. *Archivos de Hygiene, Rio de Janeiro, ano V, número I. 1935.*

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 de 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 principais 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 comesçassem, 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 a tendência rotineira das burocratizações (...) [portanto] (...) Como organismos de atuação imediata sobre a população, (...) que se distribuía 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 ideia de tratar da família considerada como unidade, constitui base indispensável de aplicação dos preceitos da moderna ciência sanitária (...) [desta forma] (...)

Os centros de saúde contam 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 disseminadoras da boa semente (...) a [elevação] (...) da consciência sanitária (...) [para dar] (...) ao nosso Estado padrões [internacionais de saúde].¹⁰⁴

Juntando essas informações àquelas sobre a reforma de 1925, já expostas, pode-se descrever os projetos deste movimento do modo que se segue.

a) O objeto de conhecimento

Para o movimento “rede local permanente” os

104 VIEIRA, B. Plano de reorganização dos Serviços Sanitários. *Archivos de Hygiene, Rio de Janeiro, ano V, número I. 1935.* p.143 a 151

processos coletivos da saúde e da doença explicam-se a partir da noção de que os indivíduos sadios são submetidos a riscos patogênicos externos –, e que por não terem os necessários comportamentos higiênicos acabam desenvolvendo um processo patológico.

Isto 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 o 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 a maior ou menor consciência sanitária de cada um. Esta 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, inclusive quando se pretende entender a ação dos chamados sanitários. 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 objetos 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 etiologicamente à presença de causas externas evitáveis.

Contudo, este movimento traz também para o seu campo problemas que interferem no desenvolvimento e crescimento das crianças, não apenas por serem 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 doutorado¹⁰⁵, já havia apontado, com correção, que a própria Epidemiologia parte da noção de doença que o ato médico

105 MENDES GONÇALVES, R. B. *Modelos tecnológicos das práticas de saúde*. op.cit

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 definição foi, inclusive, importante quando – na polêmica sobre a formação de um Ministério do setor –, este movimento posicionou-se contrariamente à fusão do setor de saúde com educação.

Não é estranho que o médico sanitarista tenha se tornado o elemento central do movimento, e isto está ligado ao fato deste 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 deste 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, um campo próprio para o conjunto dos serviços de Saúde Pública, que tem 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 a sua 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 casualidade etio-patogênica, os problemas de doenças coletivas revelam por trás de si um elemento geral e inespecífico, dado que a causa básica é, 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 etio-patogênicos, 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 convergirem para a prática da higiene, que forma a consciência sanitária. O seu

modelo tecno-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 que ser dirigida por técnicos selecionados por suas capacidades científicas, medidas por concursos ou títulos que os princípios deste mesmo movimento – ditos como científicos –, legitimam. Em termos administrativos, julgam-se modernos, advogando o uso de procedimentos científicos que procuram associar as ações administrativas à sua 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 assuma seu caráter público colocando-se, ao identificar os seus problemas, acima dos interesses dos grupos sociais específicos; e que seja produto da ação de uma elite dirigente legitimada pelo conhecimento e por sua liderança científica, expostas 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 de desvirtuamento dos seus objetivos. No discurso abominam a política que é sempre associada à “politicagem”.

Assim, as suas concepções das arenas de decisão, advogam uma impermeabilidade à presença de grupos com interesses setorizados, e não viabilizam a representação de corporações. Supõem que estas arenas devem ser constituídas no âmbito do Estado, mas milita 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 por em prática, ao pé da letra, as suas concepções. Além do que, estavam sempre esperando que as políticas sociais, com seus interesses particulares, o que evidentemente era um grande problema, pois, através destas 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 conseguiram 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 “politiqueiros”, entre o passado e o futuro. Tomaram suas raízes, a formação americana, como sinal de superioridade tecno-científica e, com isso, estimularam e deram forte justificativa às acusações de anti-nacionalistas. Apelo ideológico bem adequado ao período, e não desprezado pelos adeptos do 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 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 seus 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 diferencialmente –, 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 subalternidade – 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 atualização.

Mas, este “privilégio” não foi só deste movimento, o “vertical permanente especializado” também sofreu deste 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 porque 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 desse movimento, como visto, eram procedentes das mais variadas origens. Alguns tinham formação na área de saúde da criança, como Waldomiro de Oliveira, outros, 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 bacteriologia 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 sanitários defendiam a intervenção exclusiva do setor público na organização dos

asilos, já 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 da saúde e da doença, e a quem elegeram como o principal inimigo no interior dos serviços de Saúde Pública do estado de São Paulo.

As bases das ideias “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, nos períodos 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 1930, com já visto, que dizia que Sales Gomes Jr, apesar de ter trabalhado com ele no Serviço Sanitário na década de 1920, não havia estabelecido nenhuma afinidade com o seu projeto. O mesmo acontecia em relação a Waldomiro de Oliveira, que foi Diretor do Serviço após Paula Souza, e que tinha sido Diretor da Inspetoria de Centros de Saúde e Educação Sanitária formada na reforma de 1925.

Apesar destes fatos já terem sido apontados, nos momentos em que foram expostas as políticas governamentais dos períodos assinalados, é importante recolocá-los para mostrar que foram as contribuições do conjunto destes técnicos, durante estes anos, que serviram de fonte de informação para a análise que se 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 muitos elucidativos os relatos de Flavio Maurano no seu livro “História da Lepra em São Paulo”, publicado em 1939.¹⁰⁶ 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 de 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.

106 MAURANO, F. *História da Lepra em São Paulo*. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra. 1939. 2 volumes.

Em 1927, com a saída de Paula Souza, assume a chefia da Inspetoria 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 Angelo. Os dados desta fase mostram que Paula Souza foi contra a sua construção e na sua gestão retardou ao máximo o repasse de dinheiro para isto, 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 seu poder na constituição de uma política de combate à lepra, baseada nos asilos-colônias que foram os eixos de organização do DPL. Isto se efetivou nos anos 30, e chegou a ponto de transformar este Departamento no serviço que mais recebia recursos financeiros de todos os outros do Serviço Estadual.

As grandes diretrizes foram adotadas em função de conseguir:

(...) 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 a 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 campanha.¹⁰⁷

107 MAURANO, F. *História da Lepra em São Paulo*. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra. op. cit. p.176

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, e seu tratamento através da terapêutica médica. E para isso utilizavam de todos os aparatos próprios, desde serviços de apoio técnicos-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 de 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 da saúde e da doença cuja causa básica está determinada pela existência de agressões etio-patogênicos, 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 consideradas etiológicas e a externalidade das causas. Assim, todo o “edifício” que constitui 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.

Constrói uma perspectiva de abordar esta dimensão destes problemas coletivos através das ações de isolamento procurando, assim, controlar o contágio. Adota padrões clássicos de 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-sanitarista”, 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 ideia 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 atingir a saúde, coletivamente, através do controle dos fatores a 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 diante de um dado problema de saúde coletiva. A organização destas ações, independentemente do tipo de serviços, 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 que 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. Este movimento “vertical permanente especializado” é extraído de uma corrente tecnológica que neste estudo está sendo tratada de “mista”, por estas 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 etio-patogênicas, 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 desta lógica, distribuindo-se por todo o aparato sanitário, além de ser como algo que por si só pode definir a existência de uma instituição especializada – o Centro de Saúde –, 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 tecno-assistencial do projeto, além da constituição de serviços para clientela específicas.

O que se busca não é a existência de uma causa única, mas a diversidade das causas. Assim, quando o problema está delimitado, o que vale é a sua especificidade, contra a qual deve-se 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 todo os perfis possíveis de ações sanitárias que possam agir para controlá-los nas esfera 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, está situada no plano da clínica e da patologia, mas explorando a sua determinação enquanto um processo patológico expresso como fenômeno coletivo de saúde.

Acaba formando uma estrutura tecno-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 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 estas 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 políticas de Saúde Públicas 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, isto 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, inclusive, setorialmente para intervirem nas estruturas responsáveis pela direção das políticas sociais e, a partir desta posição que ocupam em aparatos específicos, satisfazem as demandas particulares de setores “encravados” no aparelho de Estado. Desta 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 esta postura que tem no Instituto Butantã, no Departamento Estadual de Lepre e no Departamento estadual da Criança, os seus modelos tecno-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 isso.

Os defensores deste movimento entendiam que o modelo “rede local permanente”, criado a partir da corrente “médico-sanitária”, era anti-nacionalista e fora da realidade dos nossos problemas, sociais concretos, por ser originário da escola americana. Argumentavam que isto 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 a bacteriologia, consideradas pais da Saúde Pública brasileira.

Os membros da Liga do Saneamento, que identificam na falta de saneamento um dos grandes males do Brasil estavam, na realidade, querendo combater as principais doenças por eles identificadas como as causas do atraso do homem brasileiro, tais como as anemias, carências por verminoses e/ou a malária, que associavam ao estado de miséria e ignorância em que viviam as populações rurais, nesta particular relação entre a saúde e a 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 tinha 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, e 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 Paulo¹⁰⁸, no começo da década de 1920, enfatizou que não estava acostumado àquele 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 isso o movimento “vertical permanente especializado”, do mesmo jeito que o “rede local permanente”, também é incapaz de entender o deslocamento que está ocorrendo neste 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 isto não fazia parte e seu horizonte ideológico, expresso nas suas concepções tecno-assistenciais.

O confronto entre o movimento “rede local permanente” e o “vertical permanente especializado” fica bem registrado quando são observadas as manifestações dos principais representantes destas 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

108 PENA, B. Profilaxia do impaludismo no Brasil. *Boletins do Instituto de Higiene, n°9, São Paulo. 1922.*

modelos que a Saúde Pública paulista deveria seguir.

Depois da reorganização porque 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 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 do século, os países cultos (...) começaram a sentir o erro de tal concepção e ensaiaram organizações de serviços de saúde pública orientados pela visão do conjunto dos problemas técnico-administrativo (...)

(...) Foi o que se pretendeu fazer em 1925 (...)
As modificações parciais a que aludimos e foram operadas depois (...) acabaram proscrevendo o caráter orgânico do aparelhamento sanitário e levaram a consequências tais como: duplicidade inútil e anti-econômica de órgãos; desarticulação de funções (...); prolongamento da ação do Estado em matéria puramente clínica, sem objetivos sanitários propriamente ditos, como as verifica com a simples assistência medicamentosa, que não educa (...) ¹⁰⁹

Este sanitarista deixou clara a sua posição em relação ao papel daqueles que dirigiram as reformas de

109 VIEIRA, B. São Paulo-Plano de reorganização dos Serviços Sanitários. op. cit. p. 143

1918 e 1931; entretanto, esta polêmica não tinha muito de novo, considerados os debates que já haviam sido travados por Ernani Agrícola e Waldomiro de Oliveira, no V Congresso Brasileiro de Higiene, em torno do tipo de organização sanitária mais adequada para o nosso meio.

Mas, o mesmo não se pode dizer em relação à pertinência política destes projetos, quando se analisa 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 tecno-assistenciais

Na década de 1920, 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 interregionais, que tinha 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 da economia nacional. Assim, a fração industrial paulista era um grupo politicamente representado pela fração dos cafeicultores a qual se subordinavam. Isto chegou a ponto de, no começo da década de 1930, esta fração 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 interregionais e entre as várias frações da burguesia.

As bases sociais deste 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 Herminia Tavares de Almeida¹¹⁰, 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 rebeldia de uma categoria funcional do aparelho de Estado: os tenentes. Além disso, as classes médicas urbanas engrossaram as fileiras da oposição, em torno de um projeto liberal-democrático.

Em 1926 ocorreu a 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 se 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

110 TAVARES de ALMEIDA, M. H. *Estado e classes trabalhadoras no Brasil (1930-1945)*. Tese de doutoramento apresentada junto ao Departamento de Ciências Sociais da F.F.L.C.H. da Universidade de São paulo. 1978.

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, antirregionalistas 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 Viana 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 política.¹¹¹

Concordavam, também, que esta 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- 1930, 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

111 VIEIRA, E. A. *Oliveira Viana e o Estado Corporativo*. São paulo, Grijalbo. 1976.

Gomes Jr. esteve presente em todos os momentos em que a conjuntura foi favorável às estratégias de políticas públicas que se opusessem às reformas que os oligarcas paulistas da década de 20 tinham realizado. Apareceu defendendo políticas no setor, justamente nestes momentos em que as alianças entre as frações da oligarquia e os “anti-oligarcas” 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 estes 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 rumo às ações do Estado e de novas instituições públicas, contrapunham-se às estratégias das oligarquias da década de 1920, 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 chave 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 para isso, tornaram-se estratégias para a definição do novo “lugar” das políticas sociais e do papel de seus formuladores. Inclusive, a incapacidade dos vários movimentos do campo da Saúde Pública para perceber estas mudanças, foi decisiva para a subalternidade a que a Saúde Pública foi relegada a partir destes anos, em relação à assistência médica previdenciária.

Para armar essa 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 isto, 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 Herminia Tavares¹¹², os tenentes

112 TAVARES de ALMEIDA, M. H. *Estado e classes trabalhadoras no Brasil*

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 renovador no Governo Provisório pós-30.

Liana Aureliano da Silva¹¹³, 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.

Neste 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.

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

(1930-1945). op. cit.

113 AURELIANO da SILVA, L. M. *No Limiar da Industrialização*. São Paulo, Brasiliense. 1981.

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 1950, com o processo de “industrialização pesada”.

A abertura do Estado para a atuação de novos elementos e o desenrolar da crise foi 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 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 dos aparelhos de Estado.

A derrota dos projetos das forças sociais mais

114 AURELIANO da SILVA, L. M. No Limiar da Industrialização. Op. cit.

conservadoras, como a oligarquia cafeeira paulista, e das mais “avançadas” como a nacional-popular, acabam por consolidar aquele figurino.

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

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 destes 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 setorizados no interior da estrutura deste 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” neste momento. A ausência destes 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 “autonomismo” 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 desta presença organizada no interior dos aparelhos 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 semelhantes e estavam bem 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, inclusive 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 tecno-assistencial de inspiração americana, que tinha a pretensão de apagar toda a história anterior como uma fase pré-científica, tenha-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 anterior 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, pois, 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 “encravados” no interior dos aparelhos de Estado, e de que tinham conseguido com isto uma nítida predominância nas disputas que ocorreram, chegou a ponto de quem 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 1920 tinha encontrado seu novo rumo. A disputa entre o movimento “rede local permanente” e o “vertical permanente especializado”, tinha acabado o seu desfecho. Qualquer tentativa de alteração

deste 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 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 médicos urbanos, que buscaram a construção de uma sociedade democrática e tomaram o período da Constituinte como marco para superar a fase do Governo provisório. Os tenentes contrapuzeram-se ao fim deste governo, mas foram derrotados.

A partir deste momento, assistiu-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 Salles Oliveira pela sucessão presidencial de 1937.

Conforme Maria Herminia tavares de Almeida¹¹⁵, 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

115 TAVARES de ALMEIDA, M. H. *Estado e classes trabalhadoras no Brasil (1930-1945)*. op. cit.

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 deu-se sem a desapareição 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 este processo é não apenas muito elucidativo do que já foi dito, como também é fundamental para clarear ainda mais a análise realizada antes.

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 esta 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 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, que se rompeu a aliança política com os tenentes. Após este 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 isto 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 desta 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 esta 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. Ocasinou 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 Oswaldo Aranha, fez com que os paulistas perdessem o contato com os níveis decisórios da política econômica, o que já 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 diferenciar-se em relação a 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 mecanismo de 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 perrepistas aos partidários de Armando de Salles Oliveira – que se dizia discípulo de Miguel Couto e eugenista convicto.

Como pontuado atrás, as alianças formadas em torno das questões de saúde discutidas no processo constituinte não respeitam muito as que ocorreram no processo político partidário. E o caso de deputados eleitos por aquela Frente que se identificavam, no que diz respeito ao campo da saúde, com 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 nesta 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 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 àqueles poderes caberia “(...) *velar pela saúde pública, assegurando o indispensável amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e estimulando os serviços sociais cujas finalidades procurará coordenar*”.¹¹⁶

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 morbidade infantil;
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 o aperfeiçoamento da raça.¹¹⁷

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

116 PACHECO e SILVA, A. C. *Documentos de atividade parlamentar*. op. cit.

117 *Ibidem*.

acompanhava aquele dos adeptos do movimento “vertical permanente especializado” e que este 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”, neste 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 levam os tenentes a uma crise definitiva.

Sem dúvida, as instituições do período constitucional, produtos 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 do Estado.

O governo, ao mesmo tempo em que possibilitava esta 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, deu-se no meio de conflitos sociais que poderiam ter alterado todo este 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, o que selou 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 organizados não foram chamados para a constituição de nenhuma aliança e tiveram que ser controlados pelo aparelho repressivo que, paradoxalmente, finda por se voltar contra várias das frações dos setores dominantes, após 1937.

Todo este 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 que 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 Herminia 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 havia 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. Estes 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 isso, 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, 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 isso, 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 tecno-assistencial.

Dentro deste 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 tecno-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. Isto 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 de serviços de saúde para estender a cobertura dos serviços de saúde.

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

Capítulo Quinto

Do Estado Novo a 1948: Da consolidação dos serviços verticais especializados a formação da secretaria estadual de saúde.

A ótica sob a qual vem sendo desenvolvido este trabalho afasta, desde logo, qualquer pretensão no sentido de realizar, neste capítulo, uma análise extensiva desses anos. Isto é justificado pelo cenário fundamental da análise, que é o processo social e institucional que está articulado à concretização das políticas dos governos estaduais de São Paulo no campo da Saúde Pública durante os anos que foram de 1938 até a reforma de 1948. Este processo comanda o desenvolvimento da análise deste período.

Estes anos não foram escolhidos aos acaso, mas sim porque encerram um longo processo social que deu um determinado desenvolvimento às ações sanitárias no Estado de São Paulo, referente à herança dos anos 1920 a 1937, que este campo de políticas públicas adquiriu, em um movimento de consolidação do eixo tecno-assistencial das ações

sanitárias que foi se definindo mais explicitamente após 1930, e que se consagrou no conteúdo da reforma de 1948, quando surge a Secretaria Estadual de Saúde. Este processo não se caracterizou por mera reprodução dos protestos de políticas que se organizaram a partir do predomínio do movimento “vertical permanente especializado”, no momento conjuntural de 1930 a 1937. Teve suas especificidades de acordo com o novo momento que se inaugurou com o Estado Novo, após o ano de 1937.

Apesar de reconhecer que houve uma consolidação da tendência, já detectada, de implantação do modelo tecno-assistencial “vertical permanente especializado” como eixo das políticas de Saúde Pública no estado de São Paulo, continua-se a assistir disputas entre os movimentos envolvidos na determinação do rumo destas políticas, desde a década de 1920.

Novas questões apareceram neste processo de disputa. Por um lado, houve o surgimento, por parte da corrente “médico-sanitária”, de novos projetos particularmente relacionados ao processo de redefinição das ligações entre o governo federal brasileiro e o governo americano, a partir da década de 1940 devido à conjuntura de guerra. Estes projetos relacionam-se, ainda, às reordenações no interior do bloco dirigente “estadonovista”, que levaram à implementação do SESP, em 1942, em algumas regiões do país.

Por outro lado, o próprio governo estadual a partir de 1938, procurou introduzir uma convivência institucional mais permanente e diferenciada, entre os serviços verticais permanentes, contemplados até então, e os serviços ambulatoriais que se efetivavam através dos Centros de

Saúde ou dos Postos de Higiene.

Entretanto, esta rede ambulatorial não foi considerada como base de um novo modelo de ação na Saúde Pública, pois atuava como complemento dos serviços verticais e em si tornava-se um deles, para alguns fins sanitários considerados expressões de uma assistência médico-social mais geral – dentre as quais encontravam-se atividades de clínica pré-natal, exames pré-nupciais, algumas ações médico curativas e de higiene – e não como eixo de uma nova estratégia de serviços, conforme o modelo “rede social permanente”, que via nesta rede ambulatorial o centro dirigente do conjunto das ações sanitárias, como já visto anteriormente.

Estes anos foram sendo marcados, então, por momentos de novas disputas que colocavam em confronto os diferentes projetos específicos dos serviços verticais presentes na conjuntura anterior, inclusive quando ocorre a reforma de 1948 – nos anos de democratização após 1945 – na qual o governo estadual eleito organizou a Secretaria Estadual dos Negócios da Saúde Pública e da Assistência Social.

Os anos que vão de 1938 a 1948 no Brasil, foram marcados conjunturalmente por dois momentos significativos. Em primeiro lugar, pela conjuntura de organização do regime do Estado Novo até 1945, que teve, genericamente, duas fases; a que foi de 1938 a 1942, e a que vai deste ano até o seu fim em 1945. Estas duas fases, entre vários outros aspectos, diferenciavam-se pela mudança de eixo nas relações que o governo ditatorial estabeleceu com as potências mundiais e pela razoável “distensão” que o regime ditatorial possibilita após 1942. Nos últimos anos há um estreitamento de relações com os aliados, particularmente os EUA, e configura-

se a política trabalhista e organiza-se um processo de “democratização controlada”.

O outro momento conjuntural significativo inaugura-se com a queda do governo ditatorial, com o período de reordenamento constitucional e com as eleições para os executivos e o parlamento. Neste momento, durante a presidência de Dutra foi fundamental a eleição de Ademar de Barros para o governo do estado de São Paulo, o qual desde o Estado Novo, fixou um rumo mais preciso para a consolidação das tendências que se conformaram no período de 1930 a 1937.

Tanto a reforma de 1938, quanto a de 1948, ocorreram no momento em que Ademar de Barros era o Interventor ou o Governador do Estado. Vale lembrar que a sua atuação política estende-se por todo o período populista (1945-1964), e que sua influência só vai ser abalada após os governos militares de 1964.

Inclusive, só nesta nova conjuntura do pós-64 é que haverá uma reforma no interior das políticas sociais, que se contrapõe integralmente ao que havia sido institucionalizado, pelas políticas de Saúde Pública, em São Paulo, desde 1948.

Entretanto, apenas para pontuar, vale dizer que esta reforma deu-se a partir de 1968, capitaneada pelo sanitarista Walter Leser – no governo do “interventor” Abreu Sodré –, e pautou-se por uma estratégia de universalização dos princípios da corrente “médico-sanitária”, dentro do modelo “rede local permanente”, com a construção de uma ampla rede básica de Saúde Pública, a partir dos Centros de Saúde. Genericamente, esta reforma pode ser considerada parte de

um movimento conservador nas disputas dos projetos tecno-assistenciais que ocorreram no período final dos governos populistas. São conservadores, pois adotaram a manutenção de uma perspectiva restritiva das políticas públicas no campo da saúde, em relação ao conjunto dos problemas que o setor assumia como parte de seus objetos de ação. Seja pelo lado da busca de um modelo mais unificador do conjunto das ações de saúde, seja pelo lado que atribuía um novo papel para as ações de saúde junto às variáveis que determinavam os quadros de morbi-mortalidade das populações redefinindo-se, assim, o lugar da Saúde Pública e de suas relações com a medicina curativa previdenciária.

Conseqüentemente, o final do período populista foi marcado por um embate de novo tipo, que se caracterizou pelo enfrentamento entre aqueles movimentos, que existiam desde a década de 1920, e um novo que surgiu do interior do modelo desenvolvimentista da década de 1950.

Este novo movimento, aqui chamado de “desenvolvimentista”, teve em Mario Magalhães da Silveira o seu grande representante, e relacionou-se estreitamente com os projetos do ISEB e com as Reformas de Base, tendo na III Conferência Nacional de Saúde de 1963 e no XVII Congresso Brasileiro de Higiene os seus momentos de maior explicitação.

Este processo merece toda uma atenção especial para ser compreendido; mas por exigir uma investigação específica e por demandar a produção de um material que por si só justificaria uma tese, não será parte deste estudo. Ele envolve um outro momento fundamental no campo histórico-social, das relações entre o Estado e a sociedade, na construção das políticas governamentais na Saúde Pública. Além disso, um

dos pontos centrais de reflexão sobre este período pós-1948, qual seja a busca de um entendimento sobre o fracasso dos projetos vinculados a uma estratégia “mais progressista”, exigiria, além deste que está sendo produzido, um outro texto em que este ponto fosse adequadamente examinado.

Assim sendo, para este capítulo, o que se procura é captar a conjuntura que foi de 1938 até a formação da Secretaria Estadual da Saúde Pública e Assistência Social. Esta conjuntura refletiu no modelo de organização desta Secretaria, como “síntese histórica”, os embates desde a década de 1920 e o ponto de partida para um novo período.

Neste processo é importante verificar as disputas que se estabeleceram entre várias correntes e movimentos, além dos diferentes projetos governamentais, em particular os ligados ao governo de Ademar Barros, para entender o que trouxeram em relação ao eixo das políticas definidas nos momentos anteriores. E, ainda, por considerar-se que foi com este dirigente político que se consolidou o rumo das ações sanitárias do período.

1. O PERÍODO DO ESTADO NOVO: Ademar de Barros-interventor e a consolidação do modelo “vertical permanente especializado”.

Esta fase foi, sem dúvida, o momento no qual se cristalizou a tendência de organização da política de Saúde Pública, que foi “apontada” pela conjuntura de 1930 a 1937, em decorrência da qual foram pautados os anos seguintes dos governos populistas.

Durante o Estado Novo, foi nítido o predomínio da atuação do grupo de dirigentes políticos vinculados ao Sr. Ademar de Barros que “portavam” projetos governamentais para o setor público, diferentes do que se tinha constituído nos anos anteriores, mas aos quais não se opunham alternativamente quanto aos modelos de ações sanitárias e serem seguidos.

A procura de um novo estilo de liderança, nos grupos dirigentes paulistas, vinha sendo ensaiada desde a quebra da hegemonia da oligarquia cafeeira. Nos anos anteriores, algo foi tentado em torno da figura de Armando de Salles Oliveira. Isto se deu em momentos de recuperação conjuntural dos processos liberais, no interior do processo social constitucionalista que se abriu a partir de 1933, e que morreu como estratégia política, com o fim deste processo. Esta estratégia foi, paradoxalmente, apoiada pelos próprios partidários de Armando de Salles Oliveira que participavam do Governo de Vargas, eleitos indiretamente após a constituição de 1934.

Na conjuntura política que se formou na época do golpe de Estado, em novembro de 1937, o governo federal procurou superar os conflitos que apareceram no bojo do período constitucional, procurando novas alianças políticas junto às frações da antiga oligarquia paulista e utilizou-se do processo eleitoral desencadeado com a sucessão de Vargas, para abrir um processo político que sepultasse as “velhas” práticas dos políticos liberais.

Em nome do combate ao projeto liberal e, explicitamente, defendendo a idéia do mal que ele trazia para a modernização da sociedade brasileira, os ideólogos do Estado

Novo construíram um projeto centralizador e autoritário¹¹⁸ e abriram espaços institucionais para a definição na órbita regional, de novos projetos de ação política aos quais aderiu Ademar de Barros, indicado para ser o interventor do governo federal, após o golpe de Estado.

Com o golpe, revoga-se a Constituição de 1934 e outorga-se uma nova Carta Constitucional, a de 1937, dentro de um projeto anti-liberal, que via na construção de um Estado Nacional autoritário e centralizador a melhor forma para cumprir as tarefas necessárias ao avanço da modernização da sociedade brasileira, entendido como crescimento econômico industrial com justiça social, e parte central do seu projeto de um Brasil “moderno”.

Em São Paulo, a experiência de governo dos armandistas tinha sido profundamente desgastante para os setores que eram vinculados aos antigos perrepistas, e isto, mais uma vez, foi explorado pelos dirigentes federais que procuraram aproveitar-se destes conflitos para a formação da interventoria em São Paulo.

Ademar de Barros tinha sido deputado estadual em 1934, pelo PRP, e vinha se destacando como uma nova liderança dos remanescentes daquela corrente política, que ainda tinha como um dos líderes, Altino Arantes, dirigente perrepista desde a “República Velha”.

A escolha dos dirigentes do Estado Novo parece ter partido da hipótese de que Vargas queria criar, em São Paulo, um bloco governamental que fosse permeável à sua direção

118 OLIVEIRA, L. L. e alli *Estado Novos ideologia e poder*. Rio de Janeiro, Editora Zahar. 1982.

política, e que não estivesse apoiado nos velhos líderes políticos paulistas.¹¹⁹

Ledo engano. Logo que assumiu, Ademar destituiu todos os prefeitos e nomeou outros que estavam de acordo com as lideranças do PRP que a ele se vinculavam, mas sem deixar, em momento algum, de fazer o principal do jogo político dos dirigentes maiores do Estado Novo. Mas, mesmo assim, abrindo a possibilidade de uma reordenação das forças políticas no estado de São Paulo, que ele soube explorar no período pós-1945, na fase de democratização.

No governo estadual, formou um secretariado que se compunha principalmente de oriundos dos quadros do antigo PRP e de alguns políticos independentes. Marcou, a partir das bases criadas neste processo, o futuro dos governos paulistas pelo correr das décadas seguintes, até o golpe militar de 1964, mesmo que por oposição, nos momentos em que esteve fora da máquina governamental. Abriu uma nova forma de relacionamento entre a máquina pública e as bases sociais, que lhe valeu em alguns estudos sobre o período populista e as novas lideranças políticas, capítulos especiais, que o caracterizavam como um dirigente que instituiu o “favor, enquanto espaço de política”.¹²⁰

Foi durante seus momentos como dirigente do executivo estadual que aconteceram os eventos mais significativos para a Saúde Pública no estado, neste período.

Quando foi interventor, de 1938 a 1941, ocorreu uma

119 Para melhor informação sobre este processo, consultar SAMPAIO, R. Ademar de Barros e a PSP. São Paulo, Editora Global. 1982. p 40-41.

120 Neste sentido é muito interessante o trabalho de DEBERT, G. G. Ideologia e Populismo. São Paulo, Editora TAQ. 1979

reforma do Serviço Sanitário que promoveu a formação do Departamento Estadual de Saúde, o qual, sob a direção de Humberto Pascale, inseriu uma previsão de gastos públicos cada vez mais significativa, relativamente aos gastos do Serviço dos Centros de Saúde da Capital e do Interior. Estes gastos foram sendo progressivamente um dos principais itens de previsão de gastos até 1948, junto com o Departamento de Profilaxia da Lepra.

Gustavo Capanema, em seu relatório das atividades do Estado Novo de 1943 reconhece a antecedência de São Paulo¹²¹ na implantação desta tendência de gastos, que ocorre também no âmbito federal. Constata-se assim, a existência de uma tendência geral no campo das ações sanitárias – aumento dos gastos com os serviços de Centros de Saúde.

É bom lembrar que, em 1947, quando Ademar de Barros voltou como governador eleito, realiza-se uma reforma que, dentre várias outras alterações, provoca a formação da Secretaria Estadual da Saúde, o que dá validade à idéia de que seu governo foi marcante para este período em estudo.

A fase de Ademar de Barros como interventor, traçou um caminho interessante na organização dos serviços de Saúde Pública, no estado de São Paulo, que passou a expressar-se em uma estrutura institucional que, apesar da manutenção do predomínio dos projetos “verticais permanentes especializados” – como os Departamentos de Profilaxia da Lepra e Estadual da Criança e a Divisão de Tuberculose –, viabilizou o surgimento de uma rede de

121 Veja este relatório em SCHMARTZMAN, S. Estado Novo, um auto-retrato (Arquivo Gustavo Capaueba. Brasília, Editora Universidade de Brasília. 1983. pp. 381-386.

serviços gerais e Saúde Pública, que desempenhava um papel complementar àquelas estruturas específicas.

Quando, em 1945, após o período do Estado Novo, ocorreu a fase de democratização, Ademar de Barros participou da organização de uma agremiação partidária, o Partido Social Progressista (PSP), após um rápido período de filiação à União Democrática Nacional. Este foi praticamente um partido de expressão regional, mas que sustentou com muito êxito um determinado projeto político, durante a década de 1950, particularmente em São Paulo.

Ademar de Barros inovou em matéria de política partidária e de projetos de políticas públicas, pois no lançamento do manifesto de formação do PSP, em setembro de 1945, apareceram em destaque no interior daquele manifesto, propostas específicas para a área da saúde.

Estas propostas foram descritas através de 17 pontos nos quais estavam expostos o projeto de política de saúde que a sua agremiação partidária defendia, enquanto política governamental, e que será objeto de uma análise mais particular em outro item adiante.

Para uma visão mais detalhada de todo este processo, que definiu o eixo tecno-assistencial de organização da Secretaria Estadual em 1948, a análise será dividida separando, inicialmente, a fase do Ademar de Barros como interventor daquelas fases dos outros interventores de São Paulo durante o Estado Novo, para posteriormente retomar o momento do governo de Ademar de Barros eleito governador, no período constitucional, quando se finalizou a formação da Secretaria.

Vale lembrar, rapidamente, que esta estratégia de

constituição de Secretarias e Ministérios do setor saúde era uma antiga reivindicação do movimento sanitário de 1920, que já foi apontada em capítulo anterior (capítulo terceiro), e que foi retomada com muita ênfase na conjuntura após 1945, com a queda do Estado Novo.

A fase de Ademar-interventor

A ascensão de Ademar de Barros à interventoria estadual dá-se em uma conjuntura bem diferente daquela do início dos anos 30. Agora era mais claro, da parte do grupo dirigente do executivo federal, um projeto de construção de uma sociedade baseado na industrialização, através da atuação de um governo autoritário, centralizador e ideologicamente guiado por estratégias de constituição da nacionalidade e da justiça social.¹²² Isto dava uma ascendência dos grupos dirigentes federais sobre os estaduais, em relação às definições e decisões quanto as principais estratégias de políticas governamentais, particularmente as econômicas.¹²³

Os interventores estaduais, como Ademar de Barros – que tinha saído do grupo mais jovem dos perrepistas, que fizeram sua aparição na política estadual na fase constitucionalista – não podiam articular um movimento de organização partidária efetivo, que lhes desse sustentação política, pois o regime do Estado Novo proibia a existência destas agremiações. O que os levava a construir suas bases políticas a partir do controle que tinham sobre a máquina governamental. E, nesta prática, o interventor paulista foi um

122 Veja sobre isto tanto em OLIVEIRA, L. L. e alli *Estado Novo: ideologia e poder*. Op. Cit.; quanto em DRAIBE, S. *Rumos e metamorfoses*. op. Cit.

123 DRAIBE, S. *Rumos e metamorfoses*. Op. Cit.

mestre.

Na direção do executivo estadual, soube usar os graves conflitos que os “perrepistas” tiveram com os “armandistas” – na fase constitucional, devido às perseguições que estes realizaram nos anos de 1934 a 1936 – para reorganizar os grupos dirigentes do estado, a partir das bases “perrepistas” municipais, incorporando novos quadros partidários neste processo, que lhe foram de enorme valia para a construção de seu projeto político, nas décadas seguintes.

Este movimento de reordenação não entrou em conflito com as diretrizes dos dirigentes federais, que detinham, no período, nítido controle sobre o conjunto das forças sociais presentes no cenário político nacional, devido a seu poder de dirigente do Estado Nacional.

Dentro deste processo, a construção da liderança política de Ademar de Barros em São Paulo, passou por uma intensa atuação junto aos órgãos públicos. Com ele, o estado de São Paulo executou um conjunto de políticas públicas que até hoje constituem-se em símbolos do desenvolvimento mais moderno do estado. Recortou a região com novas estradas, como a Anchieta; criou várias instituições hospitalares, inclusive o Hospital das Clínicas; e foi um dos principais responsáveis pela formação da Secretaria Estadual da Saúde, como órgão estatal desvinculado da Educação, expressando assim o novo lugar, em termos de importância, que a Saúde Pública deveria ocupar no interior das agendas governamentais.

Tudo isso não foi realizado apenas no período da interventoria, mas esta trouxe a marca de um novo estilo

de atuação política, com o uso da máquina pública, que se prestava efetivamente para o estabelecimento de uma nova forma de prática política¹²⁴, e para a consolidação de uma determinada relação entre o Estado e os interesses sociais, sob a figura do Estado populista.¹²⁵

As informações obtidas sobre estes anos no tocante às ações no campo da Saúde Pública, mostram que o decreto 9247 de 17/6/1938 – criando o Departamento de Saúde do Estado – promoveu uma reforma nos serviços estaduais que não só consolidou o caminho que veio se formando desde a conjuntura anterior, como também introduziu alguns elementos novos naquele percurso, tais como a formação de uma rede de serviços ambulatoriais permanentes com os Serviços de Centros de Saúde, da Capital e do Interior.

O movimento de reordenamento institucional deu-se na direção que apontou para uma diminuição dos órgãos vinculados às ações “clássicas”, que se pautavam quase que exclusivamente pelas ações de polícia sanitária – como as Delegacias de Saúde –, e para um reforço dos serviços verticais permanentes e específicos, como os de combate a tuberculose, os de atenção à criança, entre outros.

Parece que o surgimento daquela nova linha na formação de serviços ambulatoriais permanentes, como já pontuado, deu-se através da lógica tecno-assistencial dos serviços verticais e especializados, dentro do universo de concepções que Waldomiro de Oliveira já expressava em

124 Neste particular veja SAMPAIO, R. *Ademar de Barros e o PSP*. op. Cit. E DEBERT, S. G. *Ideologia e populismo*. Op. Cit.

125 Sobre a configuração histórica do Estado populista no Brasil ver WEFORT, F. *O populismo na política brasileira*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra. 1980.

1929, no V Congresso Brasileiro de Higiene. Uma boa parte das ações dos serviços “clássicos”, extintos, foi absorvida por estes serviços verticais específicos, inclusive pelos ambulatoriais permanentes.

Na reforma não se considerou problema de Saúde Pública apenas os processos endêmicos ou epidêmicos, mas incorporou-se também e de modo mais explícito como um de seus problemas, a existência de grupos populacionais biologicamente delimitados e considerados expostos a riscos específicos, o que expressou uma tendência antiga da Saúde Pública e deu lugar a projetos verticais permanentes como o que constituiu o Departamento Estadual da Criança.

Nunca é muito repetitivo lembrar que esta tendência geral de crescimento de um outro pólo de serviços – que se deu também em nível nacional, com a reforma do Departamento Nacional de Saúde e com o surgimento dos serviços ambulatoriais permanentes, para os Centros de Saúde –, não aconteceu na direção que apontava para a construção de uma rede geral de serviços únicos de Saúde Pública, como preconizava a estratégia do movimento “rede local permanente”, expressa claramente na década de 1920.

O conjunto dos dados obtidos sobre a organização dos serviços estaduais de saúde e os projetos governamentais para os anos da interventoria de Ademar de Barros, permitiu organizar uma tabela que expressa o “movimento” institucional de 1938 a 1941.

TABELA 16

Orçamento do governo estadual no período de 1938 a 1941, em unidade monetária (U.M.), por tipos de serviço de saúde pública, despesas totais com os serviços (despSP), percentagem sobre o total de gastos do governo (%ot) e gastos com outros serviços de saúde (Oss).			
Ano			
Universidade Cedar	110	103	7
Faculdade Elm	223	214	9
Academia Maple	197	120	77
Faculdade Pine	134	121	13
Instituto Oak	202	210	-8
Graduado			
Universidade Cedar	24	20	4
Faculdade Elm	43	53	-10
Academia Maple	3	11	-8
Faculdade Pine	9	4	5
Instituto Oak	53	52	1
Total	998	908	90

Fonte: Dados fictícios, apenas para fins ilustrativos

Os dados confirmam, portanto, uma alteração da estrutura entre 1938 e 1939, quando já estava institucionalizada a reforma de junho de 1938.

O movimento de reformulação dos serviços desde 1931 até este momento, permite verificar que o crescimento

do modelo tecno-assistencial deu-se através da formação dos serviços “verticais permanentes especializados”, em substituição aos serviços “clássicos”, com uma distribuição das atividades destes serviços para aqueles especializados. Este movimento não foi tão completo até 1937, porque as Delegacias de Saúde, com funções típicas de polícia sanitária, foram mantidas e até recuperadas em relação às diretrizes da reforma de 1925. Entretanto, o eixo da reforma de 1938 foi a continuidade deste processo de substituição, sob esta nova forma – através do crescimento dos serviços ambulatoriais permanentes como serviços verticais enquanto uma estrutura burocrático-administrativa, justificando o nome dado para este modelo “rede local vertical”.

Veja que os recursos dos serviços “clássicos” diminuíram muito, de 1938 para os anos seguintes, e que houve uma transferência de recursos para os itens de serviços ambulatoriais permanentes e verticais permanentes especializados, principalmente para o primeiro deles, que passou a dividir com estes últimos as atividades mais clássicas de Saúde Pública, como a fiscalização e polícia sanitária.

Isto ocorreu em uma situação de estabilização de gastos no setor, pois o percentual ficou entre 4,5% e 5,8% nesta fase, com alterações significativas entre os serviços “clássicos” e os ambulatoriais permanentes. Em unidade monetária os primeiros caíram de 40.000 para perto de 10.000, e os últimos subiram de 3.000 para, mais ou menos, 30.000 U.M. Mesmo sem um crescimento do volume total de previsões de gastos com a Saúde Pública, houve uma transferência significativa de recursos do setor “clássico” para o ambulatorial permanente, o que fica mais evidente quando se atenta para o fato de

que as previsões com os serviços verticais permanentes, praticamente ficaram as mesmas durante todo o período.

Este novo pólo de crescimento de serviços nasce logo após a reforma, pois mesmo em 1938 depois do decreto que criou o Departamento de Saúde do Estado, ocorreram suplementações orçamentárias com a finalidade de se construir 11 (onze) Centros de Saúde na Capital, conforme o decreto-lei 9339 de 18/7/1938, que destinou uma previsão de gastos de Cr\$ 300.000,00 (trezentos mil cruzeiros) para este fim.

O acompanhamento das informações sobre estes serviços mostra que eles se concentraram em dois órgãos, o Serviço de Centros de Saúde da Capital e o Serviço do Interior.

Em 1940 e 1941 foram destinados em torno de onze milhões de cruzeiros da época, anualmente, para estes dois serviços, o que corresponde à mesma previsão de gastos com o DPL, que vinha sendo desde a fase anterior, o setor com maior quantidade de recursos, e que era o grande paradigma dos serviços verticais permanentes especializados.

Inclusive é de se notar que a previsão de gastos com o DPL vai caindo no decorrer dos anos, cai de 40.478 U.M. em 1938 para 29.694 em 1941. Entretanto, novos serviços verticais foram criados – como o Serviço de Puericultura –, de modo a compensar, em termos do volume total da previsão de gastos com estes serviços verticais, a retração de gastos sofrida pelo Departamento de Profilaxia da Lepra.

A Seção de Profilaxia da Tuberculose teve suas previsões de gastos dobradas, de 1.426 U.M. em 1938, para 2.112 em 1941, o que possibilitou o crescimento desse novo

tipo de serviço, no interior do item dos serviços “verticais permanentes especializados”.

Assim sendo, a fase vivida com Ademar de Barros no governo do Estado e com Humberto Pascale no Departamento de Saúde implicou, além da manutenção da tendência anterior de crescimento, a diversificação e consolidação dos serviços verticais, com a introdução de novos serviços. Humberto Pascale era, desde 1932, Inspetor Geral do Interior e esteve ligado ao crescimento da rede dos Postos Municipais, durante o correr destes anos. Em 1938, havia 82 (oitenta e duas) unidades sanitárias junto aos serviços das Delegacias, mas em situação precária, pois não tinham o apoio necessário e nenhuma estrutura para efetivamente funcionarem como Centros de Saúde. A reforma tentou modificar esta situação em alguns aspectos.

A esta altura, ao perguntar se essas novas estruturas eram novas de fato e, que tipos de modificação introduziam no modelo tecno-assistencial anteriormente consolidado, vem à mente o que foi apontado anteriormente, ao falar que estas novas estruturas atuavam complementarmente à rede de serviços verticais especializados, constituíam-se em um deles.

Já foi visto, na análise da fase anterior, que o período de transição que se iniciou a partir de 1918, expressou as disputas entre os movimentos “vertical permanente especializado” e o “rede local permanente” – entre outras –, e que pelo início dos anos 30, os “verticalistas” conseguiram imprimir a base da organização dos novos rumos das ações de Saúde Pública.

Foi visto, ainda, que os serviços verticais específicos

tenham se tornado o modelo de organização tecno-assistencial das políticas governamentais no setor, e que o ideário da reforma de 1925 foi derrotado.

Agora, entretanto, assistiu-se o surgimento de serviços que se apoiam em uma rede descentralizada, à base dos Centros de Saúde, e que passam a ser itens tão fundamentais quanto alguns serviços verticais especializados, se tomados isoladamente, nos projetos orçamentários.

Será que isso não significa que o “espírito” da reforma de 1925 voltou e reabriu seus espaços no interior das políticas públicas dos governos paulistas?

Se assim fosse, os serviços verticais não seriam mantidos, pois a reforma de 1925 almejava muito mais do que a existência de Centros de Saúde. O que ela queria era a formação de uma ampla rede única de serviços de saúde e não a existência de uma rede vertical à qual se soma uma rede de Centros de Saúde ou de Postos de Higiene, verticalmente estruturados.

Quando se organizou o Serviço dos Centros de Saúde da Capital, com o decreto 9273 de 28/6/1938, foram fixados como objetivos destas instituições uma organização distrital, um caráter polivalente e um papel de centralizar todas as atividades sanitárias que lhes fossem pertinentes.

Quando o significado destes objetivos foi discriminado, afirmou-se, neste decreto, que os Centros de Saúde deveriam atuar para “(...) *dispensar tratamento medicamentoso, quando de finalidade sanitária; (...) localizar focos de moléstias [transmissíveis]; favorecer a especialização de serviços; criar*

oportunidade para a educação sanitária dos pacientes(...)".¹²⁶

Os Centros de Saúde funcionariam, desta forma, como verdadeiros dispensários dos serviços especializados e verticais e como lugar especializado para disseminação de hábitos sadios, para a realização de atividades gerais de polícia sanitária e de Saúde Pública, como fiscalização e vacinação; além de completar as ações sanitárias que por ventura os serviços verticais não conseguissem realizar como, por exemplo, o pré-natal.

Conseqüentemente, esta rede não crescia dentro das estratégias adotadas pelo movimento "rede local permanente"; mas sim de acordo com o ideário "vertical permanente especializado", mesmo que no interior deste movimento existisse uma disputa, como acontecia em torno do DPL, que só voltou a ter um tratamento especial quando a interventoria de Ademar de Barros chegou ao fim.

E como se, após o estabelecimento de um dado modelo tecno-assistencial para os serviços, fosse possível absorver elementos de outro modelo, reelaborando-o, e incorporando-o como parte do modelo que se impôs.

Esta disputa entre os adeptos do movimento "rede mas apesar de afirmar que o ideário "verticalista" regeu o crescimento dos Centros de Saúde, não se deixa de reconhecer

126 Decreto-lei do governo do estado de São Paulo nº 9273 de 28/06/38.185 local permanente" e do "vertical permanente especializado" já foi detectada no V Congresso Brasileiro de Higiene, explicitando-se nos debates entre Ernani Agricola e Waldomiro de Oliveira. A tendência de crescimento dos serviços de tipo ambulatorial não foi privilégio dos Serviços de Centro de Saúde, ela foi seguida pelo conjunto dos serviços verticais especializados formando, no correr dos anos seguintes, uma ampla rede de dispensários específicos, ao estilo de uma "rede local verticalizada".

que isto trouxe uma qualidade diferente ao processo em andamento, permitindo, inclusive, o surgimento de um outro pólo de serviços na Secretaria, que em algum momento poderia tornar-se uma alternativa para a constituição de um outro modelo tecno-assistencial, como no caso de recrudescimento das disputas por novos rumos para as ações sanitárias; que efetivamente, ocorrerá durante a década de 1950.

Reconheceu-se ainda, que este processo poderia estar articulando-se como uma nova estratégia de constituição das políticas sociais impressa nas ações do Estado Novo, que procurava incorporar os setores urbanos em geral, e os trabalhadores em particular, a uma nova forma de relação entre ação estatal e os direitos sociais. Isto será, obrigatoriamente, objeto de análise no momento em que se procurar entender o que as diferentes forças sociais disputavam neste período.

A conjuntura do Estado Novo apresentou, ainda, outras situações interessantes que merecem atenção. Devido à guerra, algumas situações novas foram criadas para a organização dos projetos governamentais na área dos serviços de Saúde Pública. Como por exemplo, a formação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em âmbito federal, produto do reordenamento da relação do Brasil com os aliados e que teve reflexos importantes na história dos serviços de saúde, inclusive em São Paulo, reforçando particularmente as estratégias de organização das redes básicas de serviços sanitários, a partir dos Centros de Saúde e das Programações em Saúde Pública.

Este processo deu-se durante a troca do interventor do Estado de São Paulo. Entre o governo de Ademar de Barros-

interventor e Ademar de Barros-governador, o governo do estado foi exercido por Fernando de Souza Costa a partir de 1941 até outubro de 1945, quando acontece o mandato-tampão de José Carlos de Macedo Soares, que ficou na direção do executivo paulista até a eleição de Ademar de Barros, em março de 1947.

Os outros interventores estaduais

O mesmo processo de desenvolvimento das políticas governamentais na Saúde Pública foi, também, marca dos sucessores de Ademar de Barros, na interventoria estadual, o que vem mostrar que as determinantes que presidiam a organização dos serviços públicos referenciavam-se ao conjunto do processo político e social que se definia na conjuntura do Estado Novo.

O correr dos anos seguintes – depois de 1941 – foi baixada uma série de decretos, que deu sequência à reforma, iniciada em 1938, dos serviços de Saúde Pública do estado de São Paulo, constituindo o perfil final da herança recebida pela reforma de 1948, quando se organizou a Secretaria Estadual de Saúde.

Já com Ademar, após a reforma de 1938, pode-se observar algumas alterações da estrutura do Departamento de Saúde organizado naquele ano, mas que não comprometem a organização do modelo apontado atrás. Muito pelo contrário, estas alterações contribuíram para que o crescimento dos serviços de Postos acontecesse dentro do eixo determinante do modelo que era formado pelos serviços verticais especializados. Por exemplo, a tentativa de unificar

os laboratórios foi anulada rapidamente; já em 9/8/1938, foi revogado o decreto que propunha a unificação e, no final, cada um deles continuou autônomo, dentro da lógica organizacional vertical e especializada. Com o correr dos anos, os laboratórios, particularmente o Butantã e o Adolfo Lutz (criado em 26/10/1940), tornaram-se os itens que recebiam o maior volume de recursos nas áreas de apoio. O aumento do setor de apoio técnico e administrativo pode ser facilmente observado nas tabelas relativas ao período (tabela 17).

Pode-se observar na constituição dos serviços de Centros de Saúde os mesmos procedimentos orçamentários, embora a reforma tratasse os Serviços da Capital de maneira diferenciada daqueles do Interior. Tal diferenciação aprofundou-se no correr dos anos, pois nos governos seguintes ao de Ademar de Barros vê-se um crescimento intenso do item dos serviços ambulatoriais permanentes, principalmente à custa do desenvolvimento da rede do interior. Estes serviços sofreram várias reformas durante os anos de 1938 até 1948, levando a um significativo aumento desta rede. Estes dados somados aos que mostram o que ocorreu com os serviços “verticais permanentes especializados” e com os “clássicos”, nesta fase, permitem visualizar a consolidação da herança deixada para a reforma de 1948, feita através da associação entre os serviços verticais permanentes especializados e com uma crescente rede de Postos e Centros de Saúde.

TABELA 17

Orçamento do Governo Estadual no Período de 1942 a 1945, 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 (%ot) e gastos como outros serviços de saúde (Oss).				
SERVIÇO	ANO			
	1942	1943	1944	1945
despSP	123812	104827	113145	133145
%sgot	4,59	4,21	4,43	4,07
Svpe (SAP)	28190	22996	21278	29342
Svpe	50749	43226	47756	47991
Hosp/SP	4321	6812	3744	4475
scSP	7543	5226	4326	4520
Aata	28337	26696	32190	42606
Oss	41509	51334	76558	88110

FONTE: Decreto-lei 12350 de 29/12/41, decreto-lei 13080 de 28/12/1942, decreto-lei 13700 de 29/12/43, decreto-lei 14329 de 29/12/44.

Vale observar que os orçamentos de 1942 e 1943 foram elaborados no governo Fernando Costa, com a presença de Sales Gomes Jr. na direção do Departamento de Saúde. Lembrando que, após a entrada de Ademar de Barros, ele ficou à margem dos postos de direção mais estratégicos, e que o DPL acabou sofrendo restrições, embora não a ponto de alterar o seu papel no interior do modelo. Aliás, esta postura de distanciamento de Ademar em relação aos antigos dirigentes era parte de sua prática política, qual seja, a de

construir novas articulações no estado de São Paulo, a partir da Interventoria.

Estes gastos propostos a partir de 1942, recuperam as previsões de gastos com o DPL no interior do total de gastos com a Saúde Pública, de tal forma que ele volta a ter uma previsão de gastos maior que aquela prevista com os Centros de Saúde, da capital e do interior (tabela 17).

Isto está sendo apontado porque, nos anos do governo de intervenção de Ademar de Barros, o crescimento das previsões de gastos com os Centros de Saúde foi bem maior que o DPL. Em 1941, os Centros de Saúde ficaram com uma previsão de gastos em torno de Cr\$ 11.500.000,00 (onze milhões e quinhentos mil cruzeiros) da época, enquanto o DPL ficou com Cr\$ 11.007.350,00 (onze milhões e sete mil e trezentos e cinquenta cruzeiros).

A partir de 1943 fica clara a tendência dos gastos deste item, pois, do total previsto a cada ano, algo em torno de 60% ficava com o Serviço do Interior.

Em 1942, o Serviço do Interior sofreu uma reforma cujo objetivo era dar-lhe um lugar mais estratégico nas estruturas de serviços do Departamento, dando-lhe o *status* de Divisão, e normatizando a distribuição dos ambulatórios, segundo critérios populacionais. O decreto 12784 de 24/6/1942 teve esta finalidade. Continha, ainda, a diferenciação entre Centros de Saúde e Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAMS). Estes não teriam serviços de higiene materna, da criança, de tuberculose ou de doenças venéreas, e deveriam servir às localidades com menos de 7.000 habitantes, assumindo-se que sua finalidade era essencialmente a oferta

de serviços médicos-assistenciais. Além disso, os Centros de Saúde teriam porte diferente, podendo ser de tipo I ou II, conforme o tamanho das populações a quem serviriam e os serviços que ofereceriam. O padrão do tipo II foi aplicado para a população de 7.000 a 20.000 habitantes; os que serviam populações acima de 20.000, eram Centros de Saúde do tipo I. Por este mesmo decreto foram criados 17 Centros de Saúde do tipo I, 32 do tipo II e 34 PAMS no estado.

Assim, o decreto estadual 12.784 marca o crescimento destes serviços ambulatoriais, e propõe que a Divisão tenha inspetores subordinados a seu Diretor, responsáveis por uma determinada atividade sanitária para o conjunto do Estado; não havendo mais inspetores por região.

É interessante observar neste ponto a presença de um estilo de administração de acordo com os princípios do taylorismo, no momento de definição das atividades das inspetorias, propondo supervisão especializada por tarefa, e em total desacordo – em termos da administração pública -, com o modelo de Fayol, um dos inspiradores dos adeptos do movimento “rede local permanente”, no que se refere ao projeto de organização de uma estrutura burocrático-administrativa, e que preconizava uma organização centrada na divisão funcional e sistêmica, com ênfase na estrutura organizacional, e não nas tarefas específicas.¹²⁷

Porém, a estrutura proposta estava de pleno acordo com uma concepção verticalista dos serviços de Centro de Saúde, que paradoxalmente foram elaborados a partir de um

127 Para maior detalhe ver CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 3ª edição São Paulo, Editora McGraw-Hill. 1983. Particularmente capítulo 3, pp. 37-69 a capítulo 4, pp. 70-95.

projeto descentralizador das ações sanitárias.

Nesta época o dirigente era Sales Gomes Jr., que cedeu lugar em dezembro de 1942, ao Prof. Samuel Pessoa, que ficou até 1944. Samuel Pessoa tentou uma reorganização da Divisão dos Serviços de Interior, buscando recuperar para o papel dos Postos de desempenho de atividades sanitárias e procurando instituir uma descentralização das atividades na Divisão, tentando uma aproximação com o modelo original “médico-sanitário”. O Prof. Samuel Pessoa foi o primeiro diretor do Centro de Saúde do Instituto de Higiene de São Paulo, o primeiro Centro de Saúde do país, em 1925.

O decreto 13.439 de 30/6/1943, na gestão deste sanitarista, através da criação de 11 Delegacias de Saúde, nas quais atuavam inspetores técnicos, procurava iniciar uma descentralização desta rede de postos que estava sendo criada, tentando superar o modelo taylorista. Atribuía, para os PAMS, atividades de promoção e organização de profilaxia das endemias rurais, deixando que prestassem assistência médicos-sanitaristas nos casos em que ela fosse pertinente. Deste modo, procurava dar aos Postos um perfil adequado às visões de Saúde Pública do movimento “rede local permanente”.

Entretanto, o que efetivamente ocorreu com estes postos, devido às características das relações estabelecidas como os serviços públicos, foi que sofreram uma pressão devido às demandas de atividades médico-curativas. E, como na maior parte das vezes eram os únicos recursos de saúde que ofereciam consultas médicas naquelas localidades, era quase que inevitável a criação desta demanda local, para este tipo de serviço.

Apesar destas flutuações e da entrada ou saída de alguns dirigentes, a retomada de certos instrumentos do “rede local permanente” não tem mais o mesmo tipo de impacto que no período anterior, pois o eixo tecno-assistencial adotado se mantém sem alterações significativas. O modelo já estava cristalizado e era possível absorver essas novas propostas sem alterar o rumo da política implantada.

A reforma de 1938 parece ter sido aquela que de fato imprimiu as últimas alterações importantes introduzindo a questão dos serviços de Centro de Saúde, antes da formação da Secretária Estadual de Saúde, em 1948.

2. Do Fim do Estado Novo a Eleição de Ademar de Barros: a formação da Secretaria Estadual da Saúde.

A partir de 1943, os sinais de fragilidade política do regime “estado novista” já eram significativos. Vários setores da sociedade civil começaram a expressar-se no sentido de desenvolver um processo social que viabilizasse a democratização da sociedade.

Este processo, que se exprime na luta por eleições em todas as instâncias do executivo e do legislativo e pela construção de uma outra estrutura jurídico-política que partisse de uma Assembléia Constituinte eleita, teve marchas e contra-marchas. Ora Getúlio Vargas aderiria explicitamente a este caminho, ora posicionava-se contrário a ele.

Com uma conjuntura de relações internacionais baseada na adesão aos “aliados”, um crescimento do processo inflacionário e uma unificação das várias forças sociais “desde

a oligarquia conservadora até os comunistas”, em torno da construção democrática, os episódios dos últimos meses de 1945 quando Getúlio Vargas contrapôs-se aos dirigentes militares indicando seu irmão para a Chefatura de Polícia da Capital Federal, abriu-se a possibilidade de um acordo entre estes dirigentes e os vários segmentos da sociedade civil para o afastamento do ditador, e para um “chamamento” a um processo de transição que desembocasse na elaboração de uma nova constituição e de eleições.

Há uma reorganização da vida partidária para este período que se segue à queda do ditador e à designação de governadores para em mandato-tempão durante o processo de transição. Em São Paulo, assume a direção do governo o Sr. J. Macedo Soares, que ficou até 1947, quando Ademar de Barros foi eleito o Governador do estado.

Esta fase de transição expôs as disputas gerais que as diferentes forças políticas travavam procurando delinear um trajeto para a sociedade brasileira revelando-se com isso, as deferentes concepções de sociedade que essas diferentes forças políticas “portavam”.

Como este processo tem particular interesse para este estudo, será melhor explorado no item seguinte, no qual pretende-se analisar as disputas antes referidas, e a pertinência sócio-política dos projetos de Saúde Pública, além da conformação das políticas governamentais durante este longo período que vai do Estado Novo à fase de democratização.

Assim sendo, aqui serão acrescentadas apenas as informações necessárias para a compreensão das ações

governamentais no estado de São Paulo, a partir da queda dos interventores até a eleição do Governador paulista.

É interessante lembrar que essa nova conjuntura colocou em suspenso um conjunto de mecanismos utilizados pelo Governo Federal para controlar as ações governamentais nos Estados e Municípios, além de ter permitido um reordenamento na organização dos grupos sociais, enquanto forças políticas, que expressavam seus interesses em torno de ações governamentais determinadas.

Este processo que aparece em uma re-elaboração da ação do DASP (Departamento de Administração do Serviço Público), e na organização dos partidos políticos teve, em São Paulo, situações particulares.

O DASP “(...) previsto antes de 1937, instalado em 1938, centralizou a reforma administrativa no setor do funcionalismo (...) Tinha poderes para elaborar o orçamento dos órgãos públicos e o controle contábil da execução orçamentária”.¹²⁸ Ramificava-se para os estados e supervisionava as atividades do interventor. Participava dos estudos e aprovação das leis e decretos estaduais, fiscalizava seus atos, orçamentos e gastos, empréstimos e créditos. O seu Conselho Deliberativo, organizado pelo Governo Federal, com 2/3 dos votos de seus membros, poderia vetar os decretos propostos pelo interventor e transferia a decisão final sobre o impasse para o Chefe do Governo Federal.¹²⁹

128 SGLA, L. O golpe de 37 e o Estado Novo. In Brasil em Perspectiva. São Paulo, Editora DOFEL 1968. Pp.300.

129 Para maior detalhamento deste processo consultar CUNHA, M.W.V. da O Sistema Administrativo Brasileiro. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisa Educacionais. 1963.

Por seu papel estratégico estes mecanismos burocráticos foram alvo das primeiras ações do Governo Dutra, logo após a sua eleição. Em 1946 já se restringirá estas estruturas estatais a papéis consultivos, retirando-lhes o poder de intervir e decidir sobre as políticas governamentais. Além disso, neste processo, a organização partidária constituirá outras formas de representação dos interesses sociais e desenhará outros caminhos para relacioná-los com o processo político em geral, e com os decisórios em particular, quanto aos rumos das ações governamentais.

Em São Paulo, esta etapa “organizatória” não repetiu as tendências gerais que emergiam na construção das principais agremiações em escala nacional. A partir da atuação dos Governadores-interventores foram produzidas as bases para a formação do Partido Social Democrático (PSD), que tinha em Minas Gerais e Rio de Janeiro seus principais quadros dirigentes. Em decorrência das práticas trabalhistas, principalmente depois de 1942, foi organizado o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). As forças identificadas com os projetos liberal-democráticos, sob o comando das forças conservadoras, unificaram-se em torno da União Democrática Nacional (UND).

Alguns partidos mais tradicionais, isto é, já existentes antes do Estado Novo, retornaram, como o PRP e o PC do B. Este último inclusive, com razoável penetração no eleitorado do Rio de Janeiro e de São Paulo.

E foi no interior desse processo que Ademar de Barros partiu para a organização do PSP. Inicialmente, procurou filiar-se à UDN, mas devido a problemas acumulados com várias forças políticas, desde o período da interventoria, acabou se

retirando deste partido. O PSP tornou-se uma agremiação regional significativa para os futuros desdobramentos políticos que ocorreram no estado de São Paulo, levando Ademar de Barros ao governo do estado, em 1947, em aliança com os comunistas do estado de São Paulo.¹³⁰

Este processo, que vai da queda do ditador até o Governo de Ademar de Barros, refletiu um momento de transição e de reorganização institucional e constitucional, que se manifesta nas atuações dos governos estaduais com um nítido processo de reordenamento a partir de 1947, que pode ser explicitamente percebido a partir de 1948. Isso pode ser visto claramente quando se atentar para as informações sobre as ações governamentais no campo da Saúde Pública.

O conjunto dos dados sobre os serviços estaduais de saúde mostra que houve um crescimento impressionante nas previsões de gastos com a Saúde Pública no total de gastos do governo estadual, cujas previsões passaram de 123.812 U.M. em 1942, para 462.592 em 1948. Este crescimento ocorreu nas previsões de gastos com os serviços verticais permanentes, com os Centros de Saúde (S.A.P.) e com os serviços de apoio técnico-administrativo (tabelas 17 e 18).

Tendencialmente, os gastos concentraram-se na implantação dos Centros de Saúde, principalmente os do interior, e na criação de novos serviços verticais permanentes especializados tão significativos quanto o Departamento de Profilaxia da Lepra, cuja abrangência era a tuberculose, a malária e a criança.

130 Apesar desse processo ser retomado no próximo item, desde já fica apontado que o conjunto destas informações pode ser obtida em SAPIO, R. Ademar de Barros e PSP. Op.cit. e SOUZA, M.C.C. Estado e Partidos no Brasil. São Paulo, Editora Alfa-Omega. 1976.

TABELA 18

Orçamento do Governo Estadual no período de 1946 a 1948, em unidade monetária (U.M.), por tipo de serviços de saúde pública, despesas totais com os serviços (desoSP), percentagem sobre o total de gastos do governo (%ot) e gastos com outros serviços de saúde (oss)			
SERVIÇOS	ANO		
	1946	1947	1948
despSP	174250	192485	462592
%sgot	5,52	5,24	8,78
Svpe (spa)	33632	34532	104694
Svpe	95012	109968	266657
Hosp/SP	2353	2942	4725
scSP	4077	4248	8287
aata	34883	35363	62142
oss	106217	129186	200738

FONTE: Decreto-lei 15266 de 11/12/48, decreto-lei 16360 de 29/12/1946, lei 14 de 22/12/1947.

Os gastos com serviço de apoio, como já comentado atrás, deram-se em torno do desenvolvimento dos laboratórios “principalmente o Butantã e o Adolfo Lutz, nos quais eram produzidos os insumos para as ações sanitárias, tais como vacinas, soros e até alguns medicamentos”, e dos exames diagnósticos, de suporte aos trabalhos que se desenvolviam nos Postos, pois os serviços verticais especializados, na maioria dos casos, tinham seus próprios recursos laboratoriais.

Os serviços de ambulatórios permanentes (s.a.p), que se tornaram o principal item de previsões de gastos “depois dos serviços verticais permanentes especializados (s.v.p.e)”, passando a representar 25% dos gastos com Saúde Pública vão orientar todo o seu percurso em torno da criação de uma ampla rede distrital de Centros de Saúde (tabela 18).

Neste ano, da previsão de Cr\$ 101.445.160,00 (cento e um milhões e quatrocentos e quarenta e cinco mil e cento e sessenta cruzeiros); em valores da época, previstos para serem gastos com ambulatório permanente, Cr\$ 73.231.360,00 (setenta e três milhões e duzentos e trinta e um mil e trezentos e sessenta cruzeiros) eram destinados aos do Interior, respeitando o que já foi assinalado atrás para os anos seguintes a 1943.

Em 1946, com o decreto 16.450 elevou-se para 11 o número de Centros de Saúde da Capital, limitando em 7 unidades básicas desde 1940. Com o decreto 16.688, do mesmo ano, criou-se 189 PAMS, um para cada município.

Em 6/3/1947 com o decreto 17.030, reorganizou-se a Divisão do Interior, definindo a estrutura, destes serviços ambulatoriais, encontrada pela Secretaria da Saúde, em 1948, quando foi formada.

Antes de verificar a estrutura presente na reforma de 1948, é fundamental retomar a descrição do que ocorreu nestes anos com os serviços verticais permanentes especializados. Voltando à tabela 18, pode-se ver que este item foi se tornando o principal elemento das previsões de gastos com os serviços de Saúde Pública. As previsões foram, em um crescente que levou os gastos com os serviços

verticalizados, em 1948, a uma projeção em torno de 50% do total dos gastos previstos com os serviços de Saúde Pública.

De 1946 a 1948, só os serviços de ambulatórios permanentes acompanharam o crescimento dos serviços verticais especializados. E este processo ocorreu graças a serviços como o DPL e aos novos serviços que foram criados a partir desta perspectiva.

Assim, em 1946 a *Secção da Tuberculose* foi transformada em Divisão; em 1939, a Inspeção da Malária passou a ser Serviço e em 1944, criou-se o Departamento Estadual da Criança (DEC), que absorveu a Secção de Higiene da Criança e o Serviço de Puericultura.

Uma análise mais detalhada dos dados referentes a estes anos, mostra que estas quatro áreas de atuação dos serviços sanitários somavam quase que todos os recursos dos serviços verticais especializados, que eram da ordem de 50% do total previsto para a Saúde Pública.

Em 1946, de um total orçado em Cr\$ 77.581.935,00 (setenta e sete milhões e quinhentos e oitenta e um mil e novecentos e trinta e cinco cruzeiros) para estes serviços, o DPL ficou com Cr\$ 39.000.000,00 (trinta e nove milhões de cruzeiros); a Tuberculose com Cr\$ 22.000.000,00 (vinte e dois milhões de cruzeiros); a Malária com Cr\$ 3.800.000,00 (três milhões e oitocentos mil cruzeiros) e o DEC com Gr\$ 6.100.000,00 (seis milhões e cem mil cruzeiros).

Em 1947, do total de Cr\$ 97.806.710,00 (noventa e sete milhões e oitocentos e seis mil a setecentos e dez cruzeiros), previstos, o DPL ficou com Cr\$ 45.300.000,00 (quarenta e cinco milhões e trezentos mil cruzeiros); a Tuberculose com

Cr\$ 26.600.000,00 vinte e seis milhões e seiscentos mil cruzeiros); a Malária com Cr\$ 8.300.000,00 (oito milhões e trezentos mil cruzeiros) e o DEC com Cr\$ 8.600.000,00 (oito milhões e seiscentos mil cruzeiros).

E, finalmente, em 1948, do total de Cr\$ 258.382.530,00 (duzentos e cinqüenta e oito milhões e trezentos e oitenta e dois e quinhentos e trinta cruzeiros), previstos, o DPL ficou com Cr\$ 99.600.000,00 (noventa e nove milhões e seiscentos mil cruzeiros); a Tuberculose com Cr\$ 104.300.00 (centos e quatro milhões e trezentos mil cruzeiros); a Malária com Cr\$ 15.600.000,00 (quinze milhões e seiscentos mil cruzeiros) e o DEC com Cr\$ 21.000.000,00 (vinte e um milhões de cruzeiros).

Fica claro que, no ano da reforma, 1948, o modelo a ser trabalhado para a formação da primeira Secretaria da Saúde do estado de São Paulo, estava definido a partir da associação dos serviços verticais permanentes especializado com os ambulatoriais permanentes, em torno de uma rede de Centros de Saúde, que juntos somavam 75% de todos os recursos previstos com o setor da Saúde Pública, da época.

A Secretaria foi criada pelo decreto-lei 17.339 de 28/06/47, juntando a saúde e a promoção social, passando a chamar-se Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social. Em 22/06/48 com o decreto de 18.165, ela foi organizada burocrático-administrativamente. Sua estrutura era a seguinte: Gabinete do Secretário; Serviço Social do Estado; Departamento de Saúde do Estado; Departamento de Assistência aos Psicopatas; Departamento Estadual da Criança; Departamento de Profilaxia da Lepra; Instituto Butantã; Serviço de Medicina Social; Repartição de Transporte; Consultoria Jurídica; Diretoria Geral.

Mesmo sem considerar se esta estrutura foi ou não implantada integralmente como proposto pelos decretos, o que chama a atenção na consolidação deste modelo organizacional é que foram contemplados *in totum* os projetos tecno-assistenciais que se baseavam nas concepções “verticalistas”. Isto pode ser visto quando se atentar para os objetivos dos principais órgãos desta Secretaria, como por exemplo, o Departamento Estadual da Criança.

Na formação deste Departamento em 10/10/44, com o decreto-lei 14.221, dentre suas finalidades destacava-se a de “(...) organizar e manter, de preferência nos bairros proletários e zonas industriais, postos de puericultura, creches, clinica infantis, lactários, maternidades, hospitais para crianças, abrigos, casas e cantinas maternas, câmaras para aleitamento, clinicas sentarias e outros serviços congêneres”.

O que mostra, sem sombra de dúvida, a efetivação daquele conjunto de pretensões, já pontuado sobre o movimento “vertical permanente especializado”, que procurava desenvolver um conjunto variado de serviços especializados em uma estrutura organizacional própria, em torno de um determinado problema considerado de Saúde Pública.

Com isto, pode-se ver que a Secretaria nada mais foi, neste seu projeto de origem, que a consagração das estruturas verticalistas. Por outro lado, ela refletiu um dado novo, a existência no interior do aparelho governamental de uma estrutura de Secretaria específica para a Saúde Pública, como que espelhado o fato de que deveria haver um permanente reconhecimento, por parte do governo, da necessidade de colocar sempre em pauta as ações sanitárias como política

governamental.

Nesta conjuntura, a própria presença da Saúde Pública como um item que merecia destaque no interior do conjunto das políticas públicas não se manifestava apenas nesta estrutura da Secretaria Estadual, mas também em uma nova forma de encarar a questão da saúde explicitada pelas organizações políticas em seus projetos políticos-partidários.

Chamou atenção a postura do PSP, referente ao setor social, na divulgação de seu programa partidário. O Manifesto do Partido Social Progressistas¹³¹ foi lançado em setembro de 1945. Junto com este manifesto apresentou-se o programa partidário que constava de onze capítulos, assim distribuídos:

Capítulo I: Na ordem Política;

Capítulo II: Na ordem Administrativa;

Capítulo III: Na ordem Econômica;

Capítulo IV: Na ordem Financeira;

Capítulo V: Na ordem da Viação e do Transporte;

Capítulo VI: Na ordem Agrária;

Capítulo VII: Na ordem Social;

Capítulo VIII: Na ordem Cultural;

Capítulo IX: Na ordem da Saúde;

Capítulo X: Na ordem Internacional;

Capítulo XI: Na ordem da Defesa e da Segurança.

131 SAMPAIO, R. Adhemar de Barros e PSP. op.cit. pp. 165-180

Procurava, em torno destes capítulos, definir seu perfil político tomando como parâmetro: a defesa de um capitalismo baseado na associação entre o setor privado e o setor estatal, particularmente, reconhecendo o papel do Estado nos setores de base (infraestrutura); a defesa de uma ordem federativa, republicana, democrática e parlamentarista; a defesa de uma atuação do Estado para estabelecer a justiça social, tendo em mira os “marginalizados” dos benefícios que a sociedade capitalista geraria; a defesa de uma política social trabalhista de peso; a defesa de uma relação corporativista com os vários grupos de interesses existentes na sociedade; entre outros princípios.

No interior deste projeto destaca-se o capítulo IX - Na ordem da Saúde, que mostra o papel importante que o setor governamental que atuava no campo das ações de saúde ocupava e que evidencia o quanto este Partido incorporou a noção de que a saúde era parte integrante de uma ação governamental, que visasse o estabelecimento de justiça social e o combate aos fatores que eram considerados prejudiciais ao desenvolvimento da sociedade.

O projeto tecno-assistencial que este capítulo expressava tinha nas experiências verticais especializadas o seu grande paradigma. Como se verá no próximo item, a experiência política de Ademar de Barros desde a constituição de 1934, foi de adesão aos projetos da corrente “vertical permanente especializado”.

Devido a seu caráter inédito, na história partidária brasileira, é interessante *reproduzir in totum* o capítulo IX do programa do PSP, para ver o quanto ele incorporava os projetos governamentais, na área da Saúde Pública, que

vinham se impondo em São Paulo desde 1930.

“Capítulo IX: Na ordem da Saúde

1. Criação do Ministério e Secretaria da Saúde Pública, a fim de se promover uma luta planificada e oficiante contra o alcoolismo, a sífilis, o impaludismo, a tuberculose, a bouba, a lepra, maleita, e todos os males que afligem a nacionalidade.

2. Fazer da medicina preventiva uma conquista social, mediante um sistema de medidas traçadas com prévias consultas das instituições científicas do país.

3. Desdobrar a assistência médica devida pelo Estado às populações citadinas, litorâneas e rurais; tornando-se curativa, sanitária e social.

4. Plano de barateamento dos remédios mais necessários à saúde pública, inclusive mediante a interferência direta do Estado.

5. Combate a todas as formas de propaganda insincera e de exploração da medicina em detrimento da saúde pública.

6. Suspensão imediata de tarifas que incidam sobre medicamentos indispensáveis ao combate das endemias que debilitam a nossa gente.

7. Organização, de preferência sob forma autônoma, dos serviços mais importantes de assistência médico-social, destinados a erradicar a lepra, a tuberculose, a sífilis, o câncer e moléstias mentais.

8. Criação, em todos os Municípios, de Postos ou Centros de Saúde como unidades polivalentes de assistência médico-social.

9. Organização de institutos de pesquisa pura no plano médico-social.

10. Preferência na destinação dos auxílios oficiais, por hospitais, casas de saúde, creches, orfanatos, sanatórios, asilos e todas as entidades destinadas a problemas de saúde.

11. Prover os Centros de Saúde de lactários, cozinha dietética, clínica pré-natal, consultórios para exames pré-nupciais facultativos e consultório ambulante, destinados a levar assistência médico-social aos locais onde o Centro de Saúde não possa exercer diretamente a sua atividade.

12. Organizar em todos os bairros operários, ao lado das fábricas e mediante a contribuição de casas maternais, hospitais, preventórios, parques infantis, colônias de férias, amparando e melhorando os abrigos e reformatórios para crianças.

13. Tornar mais eficiente o serviço de saúde escolar com a instalação de classes para retardados e débeis mentais. Clínicas de orientação infantil e dentária. Obrigatoriedade de refeitório escola para alunos desnutridos.

14. Legislação que garanta direitos e honorários condignos ao trabalho médico nas organizações hospitalares, nas organizações industriais.

15. Realização da assistência médico-curativa e preventiva através dos institutos de Previdência, em conexão com órgãos sindicais e o serviço de seguro social.

16. Extensão do seguro-doença para todos os órgãos do Seguro Social, devendo ser universal e familiar, abrangendo a medicina sob todas as suas formas, curativas e preventivas.

17. Criação em cada capital do Estado de um Instituto de diagnóstico.”¹³²

Enfim, a coerência deste projeto partidário com os projetos verticais implantados pelos governos é muito grande, refletindo, na verdade, a absorção de todos os projetos “verticalistas” de políticas no campo da saúde coletiva.

Nisso tudo, um fato chama a atenção: a aparição de novos “atores” sociais no campo da Saúde Pública, no âmbito das ações governamentais. Isto é, chama à atenção a presença concomitante de partidos políticos “com programas para o setor”, e de uma estrutura burocrática-administrativa específica na máquina governamental estatal.

Diante disso, há que se perguntar que novas disputas sociais e políticas entraram em cena e que novos processos estabeleceram-se nas relações entre o Estado e a sociedade para que este novo panorama aparecesse.

Isso obriga uma reflexão que procure entender, em primeiro lugar, a pertinência dos projetos tecno-assistenciais “verticalistas” a este panorama; e, em segundo lugar, o processo de organização do Estado Novo e aquele da fase de democratização após 1945. Esta reflexão é importante por ser o ponto de intersecção usado pelo “ademarismo”, que transforma estes projetos em programa partidário e que constrói uma nova forma de prática política.

132 SAMPAIO, R. Adhemar de Barros e PSP. op.cit. pp. 165-180.

3. O ADEMARISMO: intersecção de um modelo tecno-assistencial e de uma nova prática política

No manifesto à Nação em 10/11/37, Getúlio Vargas dizia da “necessidade” e da “inevitabilidade” de um regime autoritário. Os principais componentes deste discurso, segundo Lourdes Sola, apontam para um conteúdo contraditório: “(...) *a realização dos interesses universais da Nação ...teriam como condição política o fortalecimento do poder pessoal. Executivo e Legislativo concentrados em mãos firmes, só então a tarefa de “reconstrução nacional” seria efetivada (...) [e] (...) Vargas reivindicava a plena identidade entre ele e a Nação”.*¹³³

O Executivo, e o seu Presidente, será o centro decisor do regime “estadonovista”, o que “(...) implica em determinar as características do golpe de Estado e as condições que o tornaram possível, implica também em reconstruir o processo pelo qual foi se importando a idéia de Vargas como árbitro e salvador”.¹³⁴

Logo que dissolveu o Congresso, Vargas recebeu a solidariedade de 80 deputados, apesar da condenação do restante dos membros do Legislativo. Entretanto, a ausência de resistência efetiva ao golpe, demonstrou o quanto a sociedade civil encontrava-se politicamente desorganizada, em termos nacionais, após o longo período de 1930 a 1937.

Aliás, os árduos confrontos deste período entre tenentistas e oligarquia pelas interventorias; no processo constitucional de 1934; na Intentona de 1935; nas companhias

133 SOLA, L. O golpe de 37 e o Estado Novo. Op.cit.

134 Ibidem, p. 288. (grifos nosso)

da ANL e; no processo eleitoral de 36/37 –, não forjaram nenhum projeto nacional eficientemente representativo que atraísse os diferentes setores sociais, construindo uma alternativa de desenvolvimento para a sociedade brasileira. A não ser os projetos que se desenvolveram em torno das ações mais estruturadas de Getúlio Vargas, dentro do aparato do Estado.

Diante da imagem do “fantasma” do comunismo, construída no período, Vargas adquiriu legitimidade e legalidade¹³⁵, para exercer o poder político centralizado e autoritário, no momento de uma crise institucional como a que se deu na campanha para a presidência em 1937.

O poder centralizado em Vargas era de tal ordem que, mesmo agrupamentos partidários que a princípio pareciam alimentar ideologicamente o golpe, viram-se aliados do poder político, a ponto de pós o Dez de Novembro, arquitetaram um golpe contra o ditador. Golpe que se frustrou e que permitiu uma maior explicitação do “poder pessoal” como estratégia de organização do Estado Novo.

Nas suas relações com as elites econômicas, Vargas soube construir uma “dependência” dos setores ligados ao café, aos exportadores e importadores em geral, na medida em que a centralização de vários instrumentos de política econômica, como manipulação na taxa cambial, dos instrumentos de investimentos e comercialização, deu ao poder estatal federal um lugar estratégico para a sobrevivência daquelas elites. Desta maneira, elas estabeleceram compromissos estratégicos com o poder central, mesmo

135 Aqui se lembra os vários decretos e leis que colocará o País em estado de guerra, com o apoio dos “armandistas” na fase de 34/37.

que, com ele, tivessem problemas momentâneos. Isto é, mesmo que determinadas políticas não satisfizessem as suas condições de preço no mercado, sabiam, e jogavam com isto, que as políticas econômicas do governo lhes garantiriam um lugar privilegiado no processo de produção.

O setor industrial teve um grande desenvolvimento durante os anos de 1930 a 1937, a situação do mercado interno favoreceu a produção de bens manufaturados. Este setor tinha como seu “calcanhar de Aquiles” a área de bens de capital e, neste pormenor, o Estado soube colocar-se como um grande aliado, inclusive como agente econômico, e não só como controlador e formulador de políticas para o setor. Assim, este entrave colocava o poder central como fundamental e qualquer projeto de organização institucional que não o fortalecesse, levaria por “água abaixo” esta estratégia de desenvolvimento.

Como afirma Lourdes Sola: “(...) dois grandes conjuntos econômicos (...) convergiam na mesma direção política, apontando para o fortalecimento do poder do Estado: a situação depressiva da cafeicultura (...) [e as] (...) perspectivas positivas do setor industrial.”¹³⁶

A impotência das forças sociais – exceto o próprio grupo dirigente estatal –, para representar nacionalmente este projeto, desemboca em uma conjuntura de crise, que se abre para a possibilidade do golpe de 10/11/1937. Este golpe nasce conjugando dois aspectos: investimentos para a instalação de indústrias de base, como um lado “progressista” do regime; e ações políticas de traço profundamente autoritário, impregnadas de ideários “conservadores e

136 SOLA, L. O golpe de 37 e o Estado Novo, op. Cit. p. 295.

reacionários”.

O nacionalismo servia como denominador comum para as diferentes forças sociais que aderiam a estas estratégias, e no interior deste projeto nacionalista Francisco Campos e Azevedo Amaral sobressaem-se como ideólogos do Estado Nacional.

Logo ao primeiro dia do golpe, o regime já se “institucionalizou” com uma nova Constituição, a de 1937, que dava plenos poderes ao Presidente, tanto de ordem executiva quanto legislativa, cercando o papel do judiciário sobre as decisões mais importantes como, por exemplo, a declaração do estado de emergência.

Sob o comando do Ministro da Justiça, Francisco Campos, foi criado o Departamento de Propaganda, o Código de Imprensa, a Hora do Brasil, fortes instrumentos de controle sobre o setor de comunicações, e que, ao mesmo tempo, possibilitava a criação de uma propaganda monolítica do regime.

Os partidos políticos foram dissolvidos e foi desencadeada uma reforma administrativa que criou as condições de exercício do poder político centralizado, a partir das estruturas que constituiu. Dentre elas, destacou-se o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), do qual já se falou no item anterior, que deu ao executivo federal um grande poder de controle sobre o conjunto das ações governamentais, em todos os pontos do território nacional.

Com todo esse conjunto de procedimentos foi possível instaurar as políticas públicas de acordo com um projeto de Nação, rompendo através de várias delas, com algumas

experiências regionais. Mas mesmo assim, alguns estados, como São Paulo, ainda guardavam um fôlego “autonomista” pouco mais que outros. Entretanto, no auge do Estado Novo até 1942 vê-se também neste estado, a presença dos setores federais, como é o caso das reformas burocrático-administrativas do sistema de contratação do funcionalismo público, e o caso da organização das estruturas de serviços que passaram a obedecer ao mesmo esquema organizacional e organogramático do governo federal. Desenvolveu-se uma valorização da figura do burocrata público de perfil técnico. Foi assim que se procedeu para a criação de vários organismos centralizados de formulação e gestão de políticas setoriais, com o Serviço Nacional da Malária de 1939, os Conselhos dos Departamentos Administrativos ao nível “estadual, entre outros, e nos quais os perfis técnicos foram reforçados.

Logo no começo do Estado Novo, os problemas econômicos e sociais eram os mesmos que os do período anterior. O que mudava era a forma de enfrentá-los, que agora era mais uniforme em termos nacionais. Além disso, a conjuntura internacional permitiu um certo “jogo de barganha” com as grandes potências capitalistas, o que viabilizou o financiamento de vários projetos para o setor de infraestrutura, como a Companhia Siderúrgica Nacional.

A intervenção do Estado na economia se intensificou. Na área agrícola, em São Paulo, o algodão tornou-se um pólo alternativo de investimento. O crescimento industrial, por volta de 1940, baseou-se também no mercado interno, passando a consumir mais matéria-prima e a exigir mais suporte infraestrutural. O processo de urbanização efetivado pela industrialização intensificou-se.

O governo federal consegue financiamentos mais favoráveis, particularmente junto ao governo americano, viabilizando vários projetos setoriais, inclusive de políticas sociais como o SESP em 1942; politicamente o governo brasileiro estreita as alianças de guerra em torno dos “aliados”.

Em 1939, consolidou-se a Justiça do Trabalho, organizou-se uma legislação sobre as associações sindicais, de patrões e empregados, atribuindo ao Estado um papel essencial para regular, controlar, e decidir estas questões. Sob a sua “batuta”, instaurou-se a legislação entre o capital e o trabalho. Em 1940, instituiu-se o salário mínimo e, no decorrer destes anos, concedeu-se jornada de trabalho de 8 horas diárias, férias remuneradas; estabilidade no emprego; Instituto de Aposentadoria e Pensões; entre outros.

Este conjunto de ações foi elaborado de acordo com uma forma particular de tratar as “questões sociais” como um direito outorgado, dentro daquilo que alguns autores, como Sonia M. Fleury Teixeira¹³⁷, denominam de “cidadania fracionada ou outorgada”. E se, por um lado, isto trouxe benefícios antes não adquiridos pelos trabalhadores, por outro lado, levou a um intenso controle de sua atividade política, como diria Lourdes Sola. A organização sindical reforçou uma estrutura corporativa, dependente do estado e presa a uma legislação que tratava as lideranças sindicais de maneira ambígua, ora colocando-as como representantes de sua categoria, ora como “funcionários” do Estado. Este sistema sustentou toda uma prática política – o trabalhismo –, que foi uma das bases de organização do Estado populista.

137 TEIXEIRA FLEURY, S. M. *Reforma sanitária, em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro, Editora Cortez – Abrasco. 1989.

Estas relações que, no Estado Novo, estabeleceram-se entre os vários setores da sociedade civil e a máquina estatal, foram a base para inaugurar um processo político do qual o “ademarismo” se alimentou intensamente.

E, aqui, este fato interessa de modo particular. Mas, antes de colocá-lo em foco, vale assinalar que o Estado Novo aprofundou um novo tipo de ação estatal na economia, cuja embrionia ocorre no pós-30, esboçando planos de financiamento e execução de políticas industrializantes que foram chaves para o desenvolvimento futuro do capitalismo no Brasil.¹³⁸ Para a “(...) indústria concedeu facilidades de financiamento, de créditos e juros baixos através do Banco do Brasil. Agora, através da instalação de novas indústrias, estatais, o Estado assumia o papel de principal investidor.”¹³⁹

Este processo, via de consolidação do poder do Estado, no Brasil, não se deu sob a hegemonia de nenhuma classe ou fração de classe em particular.

Sob o novo regime, houve uma recomposição das classes – nos termos do poder –, e a colaboração entre os grupos dominantes foi possível dentro de uma estratégia de ordem mais estrutural por, no fundo, não havia antagonismo irreconciliável entre as oligarquias e a burguesia industrial. Havia entre elas, enfim, uma “solidariedade econômica fundamental” e um ideário político ideológico que definia explicitamente o inimigo estratégico, que o Estado desta etapa soube representar. E isto ficou muito claro na fase de democratização após a queda do ditador, em 1945. Ficaram

138 Neste particular é muito rico o estudo de DRAIBE, S. Rubos e metamorfoses. op. Cit.

139 SOLA, L. O golpe de 37 e o Estado Novo. op. cit. p.307.

expostos vários conflitos entre as facções dominantes, mas nem por isso houve uma alteração significativa dos rumos que o desenvolvimento do capitalismo, no Brasil, seguia.

No interior deste processo pode-se acompanhar o desenvolvimento do projeto “ademarista”, que delimita regionalmente as dimensões do quadro acima apontado, que pode auxiliar no entendimento das disputas político-sociais em jogo e suas articulações com os projetos tecno-assistenciais presentes, no interior das ações governamentais, nestes anos.

A partir de 1941, com a ascensão de Alexandre Marcondes Filho a Ministro do Trabalho, foi sistematizado um conjunto de práticas que viabilizou uma relação específica entre Vargas e os trabalhadores urbanos. Teve início, como “ritual” político do Governo Federal, a execução de ações governamentais que deram substância ao estilo populista. Ocorreram as grandes manifestações públicas de 1º de maio, nas quais o Presidente expunha sua política a favor dos operários. Como, por exemplo, as leis trabalhistas – concessão do salário mínimo. Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943, entre outras. A isto se associava um sistema de propaganda que contribuía para a criação de uma imagem de Getulio Vargas como o “pai dos pobres”. Esta imagem propiciou a organização de um movimento trabalhista solidário a este dirigente, que serviu de base para a estruturação do PTB, após 1945, e para a organização das ações sindicais dentro de uma ordem institucional-legal.

Estas alterações do conteúdo da relação existente entre a figura de Vargas e vários dos setores sociais, estruturaram uma base popular para o projeto deste político, entretanto,

esta conjuntura coloca o governo em uma situação pouco confortável, quanto à natureza do regime político.

Com a entrada do Brasil na guerra, em 1942, abriu-se a possibilidade de contestar as ações governamentais de Vargas, relativas ao sistema político. Este espaço político-social foi ocupado por vários segmentos da oposição.

Vargas procurou capitalizar esta tendência, comprometendo-se a restabelecer o sistema representativo, a convocar as eleições e a contribuir para a renovação constitucional.

Em 1944, Vargas convoca as eleições. A UDN lança como seu candidato para a presidência, em janeiro de 1945, o Brigadeiro Eduardo Gomes. Em abril, torna-se pública a candidatura do Marechal Eurico Gaspar Dutra, pelo PSD, com apoio de segmentos das Forças Armadas.

O PC do B, cujo dirigente Luis Carlos Prestes tinha sido anistiado, volta às atividades políticas legais e promove vários atos com maciça participação popular. Estes atos desembocam, juntamente com os dos setores trabalhistas, no “queremismo” – movimento político de apoio à transição constitucional e democrática com Vargas.

O PSD era formado por setores políticos que se apoiavam nos governos dos interventores estaduais e congregava parte da oligarquia rural, setores industriais e financeiros. Estes segmentos viam na ação estatal um coadjuvante fundamental para o processo de industrialização, como por exemplo, Roberto Simonsen, que era um de seus quadros. Este partido, construiu uma máquina eleitoral poderosa e foi um dos grandes “marcadores” políticos de

toda a conjuntura da fase populista após 1945; apesar de ser um partido ideologicamente fragmentário, sua força era a estrutura organizacional.

O PTB, que se organizou em torno do trabalhismo sindical faz sua aparição pública engatado ao queremismo. Seus dirigentes pertenciam aos grupos que se organizaram como burocracia sindical a partir das ações de Alexandre Marcondes Filho, Hugo Borghi e Alberto Pasqualini. Foi suporte das ações populistas que atraíram os trabalhadores urbanos, em especial aqueles do setor de serviços, principalmente os públicos, e aqueles do setor industrial; o setor rural ficou excluído destas articulações políticas. Este partido também foi um dos “marcadores” da conjuntura após 1945.

A UDN, por sua vez foi outro partido de caráter nacional a marcar todo o processo histórico do populismo, reunindo os elementos “anti-getulistas” de inspiração ideológica liberal. Agregava então, “armandistas”, setores da burguesia comercial e da classe média urbana, parte do setor industrial e financeiro. Pautou-se, como estratégia de luta, pela defesa do mercado e a diminuição da presença econômica do Estado.

Todo esse quadro político agravou-se com o aumento do processo inflacionário que agitava os setores urbanos, e com a discussão em torno dos caminhos necessários para o desenvolvimento econômico-social. Com o final da guerra, o saldo da balança de pagamentos era positivo, o que impunha ao governo e à sociedade uma discussão em torno de medidas protecionistas. Esta imposição era reforçada pela presença do capital estrangeiro.

A industrialização era o ponto central do debate

sobre os caminhos do desenvolvimento nacional. O governo de quinze anos de Getúlio Vargas tinha colocado o comportamento socioeconômico em um processo de superação irreversível da “tradição” agro-exportadora. Nos grupos dominantes, o que se discutia, essencialmente – quanto ao modelo de desenvolvimento econômico –, era a intensidade e a qualidade da participação estatal. Discutiam, ainda, se a democratização da sociedade brasileira implicava ou não a presença imperativa do mercado – como regente do processo social – o que a levava a discutir a compatibilidade ou não da intervenção estatal com a democracia. Havia ainda uma questão quanto à participação dos setores populares como aliados fundamentais nestes caminhos; questão que versava sobre sua inclusão ou exclusão do processo político. A expressão das polêmicas em torno desta problemática, tratada no interior dos grupos dominantes, é clara nas discussões sobre planejamento econômico. Os confrontos entre Roberto Simonsen e Eugênio Gudin cristalizaram este pano de fundo, sendo intensos no Governo de Dutra, quando estas questões manifestavam um grau elevado de agudização.

No final de 1945, Vargas ainda tentou várias manobras para manter-se no poder, adiando a convocação das eleições. O conjunto dos setores dominantes unificou-se e, com o auxílio das Forças Armadas, Vargas foi deposto, abrindo-se, assim, o processo sucessório eleitoral. No confronto eleitoral entre Eduardo Gomes e Eurico Gaspar Dutra, este último foi vencedor, elegendo-se com o apoio do “varguismo”. O PD do B disputou com indicado próprio, e teve expressiva votação, particularmente nos grandes centros urbanos, ficando com 10% do eleitorado e elegendo uma bancada parlamentar

importante para o processo constituinte.

No Governo Dutra as discussões e as disputas sobre os caminhos desenvolvidos da sociedade brasileira foram tratadas como relevantes. Pelo lado dos setores que se aliaram ao governo, esta discussão foi balizada por um horizonte fortemente marcado por uma perspectiva “não intervencionista” do estado, o que abria um percurso conservador para as ações governamentais federais que, em muitos casos, adquiriram uma faceta anti-industrializante.

De acordo com Sonia Draibe¹⁴⁰, a imutabilidade da natureza do padrão de intervenção e regulação estatal expressa-se neste processo de modo relativamente mais atenuado, mas não em uma substancial alteração dos rumos de desenvolvimento que se percorria no processo de industrialização.

Altera-se o regime político, mas não a natureza das relações entre o Estado e a sociedade, e nem mesmo a natureza do Estado no Brasil, pois esta mudança pressupõe a presença de forças sociais e políticas que possam “banciar” um outro processo de regulação do Estado.

Conjuntamente, inibiram-se vários instrumentos de políticas governamentais, os quais apontavam para um aprofundamento do Planejamento econômico centralizado e do processo de industrialização. O DASP teve papel “deliberativo” diminuído e passou a ser tratado como órgão de estudos e de consulta. Aumentou o uso de práticas empreguistas devido às alterações nos processos de contratação de servidores. A única experiência de

140 DRAIBE, S. *Rumos e metamorfoses*. op. cit. p. 138.

ação planejada do Estado ficou por conta do PLANO SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), em verdade só executado no outro governo Vargas, de 1950. Este Plano havia sido produzido por técnicos do DASP e, segundo alguns autores, era produto de uma prática de sobrevivência destes funcionários, contemplando em seu interior, um processo de gastos públicos em torno das Áreas Sociais.¹⁴¹

Na área da saúde, era sua meta investir 13% dos seus recursos em verbas para: campanhas contra endemias rurais e urbanas, como malária, tuberculose, entre outras; assistência médico-hospitalar e sanitária, como em higiene e segurança do trabalho; construção da Escola Nacional de Saúde Pública.

As diretrizes deste Plano calcavam-se na estreita relação entre a saúde e o desenvolvimento econômico, sugerindo que os investimentos sociais eram fundamentais para o desenvolvimento econômico. Mas, concretamente este projeto pouco realizou.

Aqui, vale assinalar sua existência, porque aponta uma postura governamental que contempla explicitamente a relação entre saúde e processo econômico. Postura que na década seguinte será incorporada, claramente, por vários dirigentes governamentais do setor da Saúde Pública. Na década de 1950, estes dirigentes defenderam a ideia de que o desenvolvimento econômico é que traz a saúde.

Apesar da existência do PLANO SALTE, o Governo Dutra teve uma postura conservadora no que tange a ação estatal. Tomou como elemento central de sua política o combate ao

141 Para uma visão mais detalhada consultar DRAIBE, S. *Rumos e metamorfoses*. op. cit. pp 147-153; e *O Plano Salte*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional. 1953.

déficit público – com uma retratação de gastos públicos em vários setores e com uma diminuição da máquina estatal. Inibiu a ação das empresas públicas, apesar de não tê-las desativado, mas não alterou fundamentalmente as relações entre o Estado e a economia, entre o capital e o trabalho, entre a produção e o consumo.¹⁴²

O ponto estratégico do processo decisório continuou sendo a Presidência e seu Gabinete, cujo peso se fez sentir nos debates da Constituinte de 1946/47. O padrão da relação entre o Estado e a sociedade subordinou os confrontos políticos-ideológicos que o processo constituinte revelou com nitidez. Este processo demonstrou os limites dos projetos liberais e “neoliberais” para o desenvolvimento econômico-social de uma sociedade capitalista e industrializante.

O governo Dutra é um momento de transição entre o padrão autoritário e ditatorial, de gerir a regulação entre o estado e a sociedade, sob a forma do estado populista. Isto ficou expresso na nova Constituição.¹⁴³

Os constituintes reconheceram esta mudança do Estado no Brasil, discutindo mecanismos constitucionais para controle político – legislativo – das ações do Executivo. Tomaram como base a organização do governo no regime presidencialista. Neste debate, procuraram criar instrumentos que restringissem as ações pessoais do Presidente, que reforçassem o Legislativo, que fizessem com que este tivesse controle sobre o orçamento, de forma a garantir maior

142 DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. op. cit. pp 169-170.

143 Para um estudo mais preciso deste processo constituinte ver DUARTE, J. *A Constituição de 1946*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional. 1947. E PEREIRA, O. D. *Que é Constituição?*. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira. Cadernos do Povo Brasileiro. 1964.

harmonia e justiça social, dentro de um regime democrático representativo.

As correntes majoritárias, UDN, PSD e PTB, situaram-se no campo das instituições liberal-representativas, e tomaram a Constituinte de 1934 como seu paradigma. Neste processo não conseguiram, efetivamente, compreender o novo momento político-institucional necessário para conter, de maneira democrática, a ação estatal e acabaram por gerar uma Constituição que foi sendo burlada, ponto a ponto, pelo Executivo. Por exemplo, contra os mecanismos de controle legislativo sobre o orçamento, e contra as ações do Tribunal de Contas, o governo elaborou projetos de verbas vinculadas a fundos específicos; à inibição do papel presidencial, dentre outros.

Desta forma, o liberalismo mostrou-se limitado como alternativa para a organização institucional-legal da sociedade brasileira. A consolidação de novos processos políticos estava em andamento; neste particular a atuação de Ademar de Barros, em São Paulo, foi exemplar neste momento que vivia o processo “urbano-industrial” e a ação reguladora estatal.

Como já mostrado nas várias partes deste capítulo, o “ademarismo”, desde o momento da interventoria, caminhou para construir uma nova forma de prática política. As bases para a constituição de vínculos com os vários setores sociais estabeleceram-se com o uso da máquina pública e com a organização de uma agremiação partidária, em um processo de favoritismo e clientelismo, de modo a realizar as políticas governamentais setoriais, ideologicamente pautadas pela necessidade de estabelecer a justiça social. Forma inerente ao estilo populista do “ademarismo”, pela qual constrói

sua imagem política. Mas, não se resumia apenas a estes problemas. Na direção da máquina governamental foi acompanhado de um estilo pessoal de gestão do poder executivo, incrementando fortemente a presença do Estado no conjunto das questões econômicas e sociais. Genericamente, procurou desenvolver através da concretização de várias políticas públicas – como no transporte, saúde e educação –, ações que procuraram, na configuração de uma sociedade como a de São Paulo, uma relação particular com os setores sociais estratégicos dentro deste modelo de desenvolvimento.

No setor da saúde, o governo de Ademar de Barros foi decisivo para a consolidação de um modelo tecno-assistencial, o “verticalista”, que marca todo o período populista. Além disso, as grandes obras públicas também fizeram parte de sua imagem de governante empreendedor, que dirigia o desenvolvimento. Retificou o curso do rio Tietê, construiu os túneis da Capital, as rodovias Anhaguera e a Anchieta, eletrificou a estrada de ferro de Sorocaba e iniciou a construção do Hospital das Clínicas.

Cristalizou esta imagem por meio de uma presença inédita nos meios de comunicação de massa – o rádio. Fazia a “Palestra ao Pé do Fogo”, diariamente irradiada para todo o estado de São Paulo, a qual conforme Mário Beni, citado por Regina Sampaio, “(...)Era uma novidade, nunca houve, foi daí que surgiu o termo populismo, quer dizer, nós descemos à linguagem do povo para que ele entendesse. E ele foi um pioneiro neste sentido, por isso criou esse carisma”.¹⁴⁴ Dentro deste panorama, criou-se o mito “Ademar de Barros” e, “(...) *de um lado a imagem do administrador ousado e dinâmico*

144 SAMPAIO, R. Adhemar de Barros e o PSP. op. cit. pp,45.

e, de outro, a imagem, identificada personalisticamente, do Estado como o responsável direto pelo amparo dos mais humildes e sem acesso às estruturas formais de poder".¹⁴⁵

O conjunto destas intervenções expande a presença do Governo do estado de São Paulo para todo o território, faz do Governador um elemento presente em todos os lugares e “dialogando”, através dos serviços e dos meios de comunicação, com todos os setores sociais. Entretanto, o cerne de suas intervenções atingia mais substancialmente os novos setores sociais que se confrontavam neste momento com o incremento do processo de industrialização e com o aumento e diversificação dos agrupamentos sociais urbanos.

Os projetos “verticais permanentes especializados” davam a possibilidade de tratar de modo diferenciados as diversas questões sociais, como questões sanitárias distintas. E, permitiam também, que a ação governamental incorporasse novas questões sociais, sem levar a uma substancial alteração da máquina pública.

Neste sentido, a organização dos Serviços de Centros de Saúde como um serviço vertical, tinha o mérito de expressar esta presença ampla do governo estadual em todo o território e de incorporar as demandas sociais por serviços de saúde, que os novos agrupamentos urbanos “exigiam”. E isto podia ser feito sem que fosse necessária uma profunda reforma administrativa da máquina estatal, pois os serviços iam surgindo e se agregando dentro de uma dinâmica que absorvia projetos que incorporavam lógicas técnicas e assistenciais específicas.

As disputas sociais deste momento apontavam para a

145 SAMPAIO, R. Adhemar de Barros e o PSP. op. cit.

construção de uma relação particular entre a ação estatal e os “direitos sociais”, o que já foi bibliograficamente discutido e analisado, como já apontado no correr do estudo. Esta bibliografia considera a constituição de um processo de “cidadania outorgada” como uma das marcas desta relação.

A formação da Previdência Social, que com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), teve um momento de expansão e consolidação, é expressão viva deste caminho. E, mesmo que não sob a mesma forma, a organização do modelo de produção dos serviços de Saúde Pública “verticais permanentes especializados” expressou a essência deste mesmo tipo de processo. Isto fica claro, quando se procura verificar porque o modelo “rede local permanente” não se consagrou como uma base para esta organização. Percebe-se que este modelo supõe uma relação entre a ação estatal e os setores sociais – que se dá através dos serviços de saúde –, assentada sobre uma organização que trata os diferentes problemas coletivos de saúde a partir de uma visão causal para a qual estes problemas são produto de uma única causa básica, tratada como questão individual (ausência de uma consciência sanitária). Assim sendo, este modelo exige a organização de uma sociedade que trate as questões sanitárias dentro dos parâmetros liberais.

E só lembrar o que foi dito sobre isso nos capítulos anteriores, para se verificar a impertinência deste modelo em um momento social e político, no qual o projeto de sociedade passa pelo tratamento desigual dos diferentes setores sociais e pela ação ampla do Estado nas várias questões sociais e econômicas.

A visão de conjunto desta problemática fica bem

expressa nas análises presentes no livro “Estado Novo: ideologia e poder”¹⁴⁶, que ao falar deste momento, permite visualizar vários traços fundamentais mantidos também na fase populista, quanto à dimensão da relação entre o estado e as questões sociais.

Na crítica, teórica e prática do passado liberal, os novos sujeitos sociais buscaram uma compreensão e uma organização de uma nova realidade social, procurando “(...) *um modelo [de sociedade brasileira] que permitiria a transformação dessa sociedade em direção a uma nova ordem, Estado Nacional, democracia social, justiça e liberdade, individuo e coletividade, autoritarismo e democracia são as grandes questões (...)*”¹⁴⁷ que vão ser enfrentadas, tanto pelos intelectuais do período, quanto pelo conjunto dos sujeitos políticos.

O novo Estado busca um novo cidadão, o trabalhador. Mas, de uma maneira particular – oposta aos princípios liberais que subentendiam a igualdade natural de todos –, assume a desigualdade original dos indivíduos e o papel da ação estatal como “estabelecadora” da igualdade social. Assim, assume a noção de justiça social a partir do tratamento desigual e outorgado, que as políticas sociais deveriam dar aos diferentes grupos e questões sociais consideradas estratégicas.

Neste quadro o “ademarismo” e os projetos “verticalistas” encontram um fértil terreno para desenvolver-se como formas particulares de expressão do processo político e do momento de organização do Estado brasileiro.

146 OLIVEIRA, L.L. e alls. *Estado Novo, ideologia e poder*. op. cit.

147 Ibidem, p. 11.

Desenvolveu-se de acordo com a estruturação de uma sociedade industrial e capitalista, neste período específico da organização das sociedades capitalistas, e dentro de uma dinâmica própria dos grupos sociais no Brasil.

E, no setor saúde, Ademar de Barros expressou a forma particular de tratamento dada a determinadas questões sociais, e sua importância no processo “urbano – industrial”. Isto se revelou na criação de um organismo específico e de projeção razoável, que foi a Secretaria Estadual da Saúde e Assistência Social. Isto se expressa a conquista de um papel estratégico, que a saúde desempenha como parte das políticas públicas, nas fases de organização das sociedades industriais e capitalistas, mesmo que tardias.

Além disso, o modelo “verticalista” adequava-se muito bem ao projeto político do “ademarismo”, permitindo com o seu modelo tecno-assistencial, a particularização de certa maneira de tomar as questões sociais como questão sanitária e a extensão da ação estatal; contribuindo desta forma para a constituição de práticas políticas populistas inerentes ao “ademarismo”.

A existência da Secretaria e desse modelo, garantia a presença da Saúde Pública nas agendas governamentais e funcionava como canalizadora das relações entre vários grupos sociais e a ação estatal, dentro de um universo de problemas específicos e particulares, quanto à maneira de serem compreendidos e tratados. Isto é, cristalizou as estratégias de modelos tecno-assistenciais como parte permanente das políticas governamentais e dos agrupamentos que disputavam a direção do aparelho estatal. O PSP, de Ademar de Barros, foi a expressão viva e pioneira desta nova fase.

Conclusão

Após esta reconstituição da trajetória das políticas governamentais no Estado de São Paulo, medida pela compreensão de suas relações com os formuladores de projetos de políticas de Saúde Pública, pode-se apontar algumas questões interessantes que se vinculam, direta ou indiretamente, ao tema. Isto não quer dizer que se pretenda esgotar todas as possibilidades que este tipo de investigação sugere.

1. A transição que marcou a passagem das ações políticas da oligarquia até a constituição das práticas políticas do populismo - sob sua versão paulista na figura do “ademarismo”, na direção da formação de uma sociedade “urbano-industrial” –, fez-se através de uma organização de uma ação estatal, que centrada no papel decisivo, e decisório, do poder executivo – particularmente do nível federal no âmbito do Gabinete da Presidência da República –, acabou por construir uma nova forma de relação entre o poder político e os setores populares urbanos.

Esta aliança estratégica que se constituiu, sob os interesses de longo prazo do capital industrial, foi sendo

estruturada nos anos 30 com a consolidação de políticas públicas, no plano econômico e social, que expressaram o resultado de uma disputa de vários segmentos sociais.

No campo da Saúde Pública, construiu-se uma forma de intervenção que permitiu a incorporação das massas urbanas a um evidente processo de ampliação da presença estatal em suas vidas, com a extensão da rede de serviços públicos. Ao mesmo tempo, fragmentou aquela massa para “elevá-la” ao estado de cidadania. Esta cidadania foi outorgada e expressou-se fragmentariamente.

O modelo “vertical permanente especializado” foi bem expressivo deste processo e contribuiu para a organização de um estado de ação política, das novas forças sociais – como o “ademarismo” –, que ocuparam o papel dirigente no setor. Neste processo, o modelo tecno-assistencial “verticalista” dos Centros de Saúde associou-se de uma maneira mais efetiva aos outros projetos verticais, cumprindo um particular papel na “missão” de responder às necessidades da extensão de cobertura por cuidados médicos sanitários.

Esta associação tirou vantagem do fato de ser possível fazer com as estratégias “verticalistas” um “desigual/combinado”, em termos tecnológicos e assistenciais, entre diferentes tipos de intervenções no campo da Saúde Pública. Unindo-se, então, em torno da ação estatal projetos políticos de diferentes matizes, sem ferir a dimensão clientelística, fragmentária e personalística das ações políticas do populismo.

Isto enfim é um projeto populista na medida em que se compromete com um padrão de atuação política que se

expressa através de uma fraca estrutura ideológica e político partidária, o que é compensado por uma forte estrutura organizacional; que expressa através de uma adesão “ao chefe” e de um apelo distributivista, de justiça social.

Assim, estes projetos acabam sendo uma forma de construção da própria ação populista no âmbito das relações entre o Estado e a Sociedade no Brasil. Articulam-se com o processo de constituição do “espaço substantivo da política”, neste período, que encontra na arena estatal – junto ao poder executivo –, a sua forma de expressão; o que articula a presença das forças sociais no seu processo de decisão de maneira corporativa e “estatizada”.

Ou seja, o padrão de construção das relações entre os formuladores e decisores de políticas para o setor da Saúde Pública encontra-se no caminho dos possíveis rumos nos quais a sociedade brasileira se encontrou, a partir da crise do “modelo oligárquico”. E, isto, deu maior ou menor “permeabilidade” política aos diferentes projetos em disputa, conforme a adesão a estes caminhos e as bases sociais necessárias para implementá-los.

Esta articulação entre os tipos de projetos em disputa, os tipos de regimes políticos em estruturação, a construção das arenas e filtros de decisão e a conformação dos sujeitos políticos, trouxe a cena no momento de consolidação de uma nova estratégia de ação político-social, a possibilidade da entrada de novos “atores”, como foi o caso dos partidos políticos de traço populista, como o PSP – de Ademar de Barros.

2. Este processo pode revelar uma dimensão

interessante sobre a construção das políticas. Isto, porém, será apenas citado, sem a pretensão de explorá-la em todas suas implicações teóricas.

A maneira como se constroem os espaços de constituição destas políticas revela no processo de disputa pelos seus rumos e significados, um lado da “política” da política, isto é, a maneira como se vai “fabricando” um determinado projeto de política, aquele efetivamente concretizado na ação governamental. Este tipo de enfoque permite explorar a presença de um conjunto de “atores” intermediários, que através de suas influências na máquina burocrático-estatal, por exemplo, podem provocar algumas alterações nos rumos daquelas ações.

As muitas possibilidades desta análise prendem-se, do ponto de vista deste estudo, à natureza das relações políticas que se estabelecem entre as diferentes classes sociais, ou frações de classes, na construção do “estado da política” e, portanto, a este “espaço” amarram a própria dimensão da “política” da política. Mas, sem dúvida, este parece ser um elemento fundamental para o entendimento do desenho final das ações governamentais no campo das políticas públicas.

3. Vale refletir, também, sobre as relações entre as dimensões tecnológicas e assistenciais de um modelo tecno-assistencial e a conformação de uma dada política governamental. Esta reflexão retoma uma parte do que se apontou na introdução, quando se discutiu a Saúde Pública enquanto assistencial para o desenho de uma política pública no campo das ações coletivas.

Na fase mais consolidada deste processo, o Estado

populista mostrou a incorporação desta estratégia de ação política no seu interior, ao contemplar como elemento permanente na sua agenda, “não-oculta”, o setor da Saúde Pública através da criação, na administração direta, de uma estrutura própria para isto: a Secretaria Estadual de Saúde.

O processo social que foi viabilizando o desenho organizacional desta estrutura é um aspecto interessante, a ser observado sob dois pontos de vistas: um, que mostra como a construção de uma dada política setorial se encontra vinculada aos tipos de formuladores de projetos e a constituição de uma arena social na qual os sujeitos políticos decidem sobre esta política, expondo aquela dimensão denominada de “política” da política; e outro, que mostra que qualquer projeto de planejamento no campo da Saúde deve, estrategicamente, incorporar como seu elemento esta dinâmica e seus conflitos pois, só ela permite entender o momento mais programático e normativo do planejamento. Evidenciando que não se pode tomar acriticamente este universo como sendo o único e fundamental da ação planejada em saúde.

Para quem trata das questões do planejamento na saúde sempre tem sido fundamental perguntar: o que e como é planejável neste setor?

Esta investigação sobre o longo período de transição vivido até a configuração mais definitiva de uma Secretaria da Saúde, expressando a obrigatória participação na agenda governamental, da problemática da saúde pública, revela um lado fundamental para que se compreenda o sentido mais preciso do enfoque do planejamento em saúde.

O desenho de um tipo organizacional, os momentos

mais normativos do planejamento e o conjunto de seus problemas subordinam-se ao processo social no qual os sujeitos políticos desenham a materialidade possível da ação estatal, pois é nele que se expõe a natureza das relações entre o Estado e a Sociedade, e é onde se efetivam os padrões de intervenção e regulação estatal, e no qual se conforma uma dada lógica institucional, definindo o tipo e a viabilidade do planejamento. Enfim, é o espaço estratégico da ação planejada em saúde.

4. Por último, mas sabemos que não se esgotou o conjunto das inquietações que este estudo pode produzir, é interessante uma reflexão sobre o significado do crescimento dos projetos de tipo “rede local vertical”.

Os anos seguintes a 1948 foram arcados por um intenso crescimento da medicina previdenciária e pela expansão da rede local de Centros de Saúde. O crescimento acelerado do processo de industrialização, que teve como contrapartida um desmesurado desenvolvimento das cidades que serviram de suporte para aquele processo e a “complexificação” da estrutura de classes sociais da sociedade brasileira, levou a um aprofundamento das relações político-sociais do Estado populista com as massas urbanas, e com a ampliação do processo de “cidadania fragmentária”.

A pressão social por serviços de saúde foi respondida pelo Estado com a expansão das redes sociais, para garantir o acesso de grande parte das populações que não tinham como consumir ações de saúde através dos serviços previdenciários, devido ao caráter corporativo e excludente do perfil desta política. O setor da Saúde Pública foi sendo “jogado” para ocupar este espaço. O que mais tarde vai ser intensamente

politizado pela atuação de determinados setores sociais, “portadores” de uma estratégia de ação governamental alternativa ao modelo do populismo, e que se pautaram pela busca da universalidade e de integralidade das ações de saúde.

Este “movimento” teve, paradoxalmente, no crescimento das redes locais, mesmo que dentro das estratégias verticalistas, um ponto de impulsionamento que ficou claramente explícito quando no começo dos anos 60, lutava-se pela municipalização dos serviços de saúde.

Outro lado interessante deste processo é que os projetos “verticalistas”, ao conviverem com diferentes estratégias tecnológicas e assistenciais, permitiram a expansão de projetos que pudessem ser alternativas ao próprio modelo verticalizado e, que pudessem concorrer para a sua superação. Este é um dos sentidos possíveis que esta rede local poderia adquirir em outros momentos, que possibilitaram a conjugação de bases sociais mais permeáveis a estas estratégias.

Os movimentos sanitários da década de 70 serão os herdeiros diretos deste passado.

Bibliografia

AGRICOLA, E. Centros de saúde e posto de higiene no Estado de Minas Gerais. **Anais do quinto Congresso Brasileiro de Higiene**, v. II, 1929.

ANDRADE, R. E. Política social e normalização institucional no Brasil. **América latina: novas estratégias de dominação**. São Paulo: Vozes, 1980.

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

BARROS BARRETO, A. L. C. A.. Como organizar o Ministério da Saúde e Assistência Pública. **Anais do quinto Congresso Brasileiro de Higiene**, v. II, 1929.

BERTOLI FILHO, C. **Epidemia e sociedade**. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, 1986.

BOBBIO, N. **Sociedade e estado na filosofia moderna**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BORGES, V. P.. **Getúlio Vargas e oligarquia paulista**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

BRAGA, J. C.; GOES, S. G.. **Sociedade e previdência: estudos**

de política social. São Paulo: Hucitec, 1981.

CAMPOS, G. W.. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

CANDEIAS, N. .M. F.. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1918-1945). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 18, n. esp., 1984, p. 2-60.

CAPELATO, M. M.; PRADO, M. L.. **O bravo matutino: imprensa e ideologia, o jornal**. São Paulo: Alfa-Omega, 1980.

CARDOSO, F. H.; FALETTO, E. **Dependência e desenvolvimento na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

CARDOSO DE MELO, J. M.. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. São Paulo: Papirus, 1986.

CARONE, E.. **A segunda República (1930-1937)**, 3ed., São Paulo: Difel, 1978.

CARONE, E.. **A terceira República ((1937-1945)**. São Paulo: Difel, 1976.

CASALECCHI, J. E.. **O partido republicano paulista (1889-1926)**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CASTRO SANTOS, L. A.. O pensamento sanitário na primeira república: uma ideologia de construção da nacionalidade. **VIII Encontro anual da Associação Nacional de Pós-graduação de Ciências Sociais**. Aguas de São Pedro, 1984.

CHAGAS, C. Discurso de abertura do I congresso Brasileiro de Higiene. **Anais do quinto Congresso Brasileiro de Higiene**, v. I, 1923.

CHAUÍ, M.. História à contrapelo. In.: DE DECCA, E.. **O silêncio dos vencidos**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CHAUÍ, M.. **Cultura e democracia: discurso competente e outras falas**. São Paulo: Moderna, 1981.

CHIAVENATO, I.. **Introdução à teoria geral administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

COUTINHO, C. N.. Representação de interesses: formulação de políticas e hegemonia. In.: TEIXEIRA FLEURY, S. M.. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Cortez-Abrasco, 1989.

CUNHA, M. W. V.. **O sistema administrativo brasileiro**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, 1963.

DEBERT, G. G.. **Ideologia e Populismo**. São Paulo: Taq, 1979.

DE DECCA, E.. **O silêncio dos vencidos**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

DONNANGELO, M. C. F.. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1979.

DRAIBE, S.. **Rumos e metamorfoses**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

DRAIBE, S.. O padrão brasileiro de proteção social: desafios à democracia. **Análise conjuntural**, Curitiba, v. 8, n. 2, 1986, p. 13.

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W.. **Políticas públicas e gestão da crise: um balanço da literatura internacional**. (mimeo)

DRAIBE, S.. **Notas (desanimadas) sobre a política social da Nova República**. Documento mimeografado para GT de economia e política. Anpocs, 1986.

DUARTE, J. **A constituição de 1946**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

FAUSTO, B. **A Revolução de 1930**. 2ed. São Paulo: Brasiliense, 1972.

FAUSTO, B. (org.). **História geral da civilização brasileira**, tomo III, v. 3. São Paulo: Difel, 1981.

FAUSTO, B. (org.). **História geral da civilização brasileira**, tomo III, v. 4. São Paulo: Difel, 1984.

FAUSTO, B.. Estado, trabalhadores e burguesia (1920-1945). In.: **Novos estudos**, n. 20. São Paulo: Cebrap, 1989.

FERNANDES, F.. **Fundamentos empíricos da explicação sociológica**. São Paulo: Taq, 1983.

FOUCAULT, M. . **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GERSCHAM, S.. Sobre a formulação de políticas sociais. In.: TEIXEIRA FLEURY, S. M.. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Cortez-Abrasco, 1989.

KHEL, R.. **Por que sou eugenista: 20 anos de campanha eugênica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1937.

LUZ, M. T.. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

LUZ, M. T.. **Medicina e ordem política no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, R.. **A danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANTEGA, G.. **A economia política brasileira**. Rio de Janeiro: Polis/Vozes, 1984.

MARTINS, L.. **Estado capitalista e burocracia no Brasil pós 64**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

MASCARENHAS, R.. **Contribuição ao estudo da administração dos serviços de saúde pública em São Paulo**. Tese de livre-docência apresentada junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1948.

MASCARENHAS, R.. Contribuição para o estudo das despesas do governo do estado de São Paulo com os seus serviços de saúde pública. **Arquivos de higiene da faculdade de saúde publicada USP**, v. II, n. 1, 1948.

MAURANO, F.. **História da lepra em São Paulo**. São Paulo:

Serviço de profilaxia da lepra. v. I e II, 1939.

MENDES GONGALVES, R. B.. **Modelo tecnológico e organização das práticas de saúde**. Tese de doutoramento apresentada junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1986.

MERHY, E. E.. **O capitalismo e a Saúde Pública**. São Paulo: Papyrus, 1985.

OFFE, C. **Problemas estruturais do estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P.; CASTRO GOMES, A. M.. **Estado novo: ideologia e poder**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

OLIVEIRA, W.. Problemas de saúde pública. **Anais do quinto Congresso Brasileiro de Higiene**, 1929.

PASCALE, H.. **Plano de reorganização do Departamento de Saúde proposto ao secretário da educação e saúde pública**. São Paulo: Secretaria da Saúde do estado de São Paulo, 1940.

PAULA SOUZA, G. H.. **Relatório apresentado ao secretário do interior sobre serviço sanitário**. São Paulo: Serviço Sanitário estadual, 1922.

PENA, B.. Profilaxia do impaludismo no Brasil. **Boletins do Instituto de Higiene**, n. 9. São Paulo, 1922.

PEREIRA, J. C.. **A explicação sociológica na medicina social**. Tese apresentada para livre-docência junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. São Paulo, 1983.

PEREIRA, O. D.. **Que é a constituição?** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1964.

PESSOA, S.. **Ensaio médicos-sociais**. São Paulo: Hucitec, 1978.

PLANO SALTE (O). Rio de Janeiro: Imprensa nacional, 1953.

POULANTZAS, N.. **O Estado, o poder e o socialismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

RAMOS, P. A.. **Os partidos paulistas e o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1980.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**. São Paulo: Paz e Terra: 1988.

SAMPAIO, R. **Adhemar de Barros e o PSP**. São Paulo: Global, 1982.

SCHWARTZMAN, S. **Estado Novo: um auto-retrato** (arquivo Gustavo Capanema). Brasília: UnB, 1983.

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

SILVA, H. **A constituinte de 1934**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1969.

SILVA, H.. **Porque depuseram Vargas**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1976.

SIMONSEM, R.. **Evolução industrial no Brasil outros estudos**. São Paulo: Edusp, 1973.

SOLA, L.. O golpe de 37 e o Estado Novo. **Brasil em perspectiva**. São Paulo: Difel, 1968.

SOUZA, M. C. C.. **Estados e partidos políticos no Brasil**. São Paulo: Alfa-Omega, 1976.

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

TEIXEIRA FLEURY, S. M.. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Cortez-Abrasco, 1989.

VIANA, A. L.. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Caderno de pesquisa do Nepp**, n. 5. São Paulo:

Unicamp, 1988.

VIEIRA, B.. São Paulo: plano de reorganização dos serviços sanitários. **Archivos de hygiene**, ano V, v. I, Rio de Janeiro, 1935.

WEFFORT, F.. Estado e massas no Brasil. **Revista da Civilização brasileira**, n. 7. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1968.

WEFFORT, F.. **O populismo na política na brasileira**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

Anais do primeiro Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1923.

Anais do segundo Congresso Brasileiro de Higiene, Belo Horizonte, 1924.

Anais do terceiro Congresso Brasileiro de Higiene, São Paulo, 1926.

Anais do quarto Congresso Brasileiro de Higiene, Bahia, 1928.

Anais do quinto Congresso Brasileiro de Higiene, Recife, 1929.

Anais da Assembleia Nacional Constituinte de 1934. Rio de Janeiro.

Actas de La décima Conferência Sanitaria Panamericana. Bogotá, 1938.

Anais da Assembleia Nacional Constituinte de 1946. Rio de Janeiro.

Anais do sétimo Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1948.

1. Leis e Decretos do governo do estado de São Paulo

Lei n. 1582, de 20/12/17.

Lei n. 1596, de 29/12/17.

Decreto n. 2918, de 09/04/18.

Lei n. 1700, de 26/12/19.

Lei n. 2018, de 26/12/24.

Lei n. 2028, de 30/12/24.

Lei n. 3855, de 04/06/25.

Lei n. 3876, de 11/07/25.

Lei n. 2106, de 29/12/25.

Lei n. 2121, de 30/12/25.

Lei n. 2140, de 01/10/26.

Lei n. 2157, de 18/12/25.

Lei n. 2169, de 27/12/26.

Lei n. 2243, de 26/12/27.

Lei n. 2245, de 26/12/27.

Lei n. 2416, de 31/12/29.

Lei n. 2420, de 31/12/29.

Decreto n. 4600, de 30/05/29.

Decreto n. 4795, de 17/12/30.

Decreto n. 4802, de 24/12/30.

Decreto n. 4809, de 31/12/30.

Decreto n. 4835, de 19/01/31.

Decreto n. 4849, de 21/01/31.

Decreto n. 4891, de 13/02/31.

Decreto n. 4900, de 20/02/31.

Decreto n. 4941, de 31/03/31.

Decreto n. 4917, de 03/03/31.

Decreto n. 4955, de 01/04/31.

Decreto n. 4957, de 31/03/31.

Decreto n. 4958, de 06/04/31.

Decreto n. 4966, de 13/04/31.

Decreto n. 4967, de 13/04/31.

Decreto n. 4998, de 27/04/31.
Decreto n. 5027, de 16/05/31.
Decreto n. 5058, de 06/06/31.
Decreto n. 5078, de 25/06/31.
Decreto n. 5149, de 03/08/31.
Decreto n. 5172, de 24/08/31.
Decreto n. 5276, de 03/12/31.
Decreto n. 5284, de 09/12/31.
Decreto n. 5352, de 16/01/32.
Decreto n. 5381, de 12/02/32.
Decreto n. 5394, de 25/02/32.
Decreto n. 5493, de 29/04/32.
Decreto n. 5537, de 10/06/32.
Decreto n. 5797, de 11/01/33.
Decreto n. 5808, de 20/01/33.
Decreto n. 5829, de 04/02/33.
Decreto n. 5945, de 14/06/33.
Decreto n. 5965, de 30/06/33.
Decreto n. 6057, de 19/06/33.
Decreto n. 6149, de 13/11/33.
Decreto n. 6224, de 18/12/33.
Decreto n. 6276, de 19/01/34.
Decreto n. 6297, de 07/02/34.
Decreto n. 6300, de 10/02/34.
Decreto n. 6321, de 28/02/34.
Decreto n. 6377, de 04/04/34.
Decreto n. 6405, de 19/04/34.
Decreto n. 6553, de 13/07/34.
Decreto n. 6603, de 11/08/34.
Decreto n. 6674, de 19/09/34.
Decreto n. 6715, de 29/09/34.

- Decreto n. 7048, de 01/04/35.
- Decreto n. 7070, de 06/04/35.
- Decreto n. 7077, de 06/04/35.
- Decreto n. 7247, de 27/06/35.
- Decreto n. 7321, de 05/07/35.
- Decreto n. 7337, de 05/07/35.
- Lei n. 2580, de 14/01/36.
- Lei n. 2658, de 09/09/36.
- Lei n. 2874, de 11/01/37.
- Lei n. 2898, de 14/01/37.
- Lei n. 3014, de 05/07/37.
- Decreto n. 9030, de 14/03/38.
- Decreto n. 9147, de 06/05/38.
- Decreto n. 9190, de 25/05/38.
- Decreto n. 9247, de 17/06/38.
- Decreto n. 9250, de 20/06/38.
- Decreto n. 9255, de 22/06/38.
- Decreto n. 9271, de 28/06/38.
- Decreto n. 9273, de 28/06/38.
- Decreto n. 9275, de 28/06/38.
- Decreto n. 9276, de 28/06/38.
- Decreto n. 9277, de 28/06/38.
- Decreto n. 9278, de 28/06/38.
- Decreto n. 9279, de 28/06/38.
- Decreto n. 9222, de 14/07/38.
- Decreto n. 9330, de 15/07/38.
- Decreto n. 9331, de 15/07/38.
- Decreto n. 9332, de 15/07/38.
- Decreto n. 9340, de 18/07/38.
- Decreto n. 9341, de 20/07/38.
- Decreto n. 9357, de 30/07/38.

Decreto n. 9358, de 30/07/38.
Decreto n. 9394, de 05/08/38.
Decreto n. 9403, de 10/08/38.
Decreto n. 9405, de 10/08/38.
Decreto n. 9437, de 22/08/38.
Decreto n. 9445, de 02/09/38.
Decreto n. 9446, de 02/09/38.
Decreto n. 9488, de 14/09/38.
Decreto n. 9489, de 14/09/38.
Decreto n. 9537, de 21/09/38.
Decreto n. 9566, de 27/09/38.
Decreto n. 9568, de 27/09/38.
Decreto n. 9707, de 08/11/38.
Decreto n. 9872, de 28/12/38.
Decreto n. 9906, de 06/01/39.
Decreto n. 9921, de 11/01/39.
Decreto n. 10068, de 23/03/39.
Decreto n. 10090, de 04/04/39.
Decreto n. 10395, de 26/07/39.
Decreto n. 10585, de 16/10/39.
Decreto n. 10625, de 24/10/39.
Decreto n. 10764, de 06/12/39.
Decreto n. 10880, de 04/01/40.
Decreto n. 10880, de 04/01/40.
Decreto n. 10890, de 10/01/40.
Decreto n. 11059, de 30/04/40.
Decreto n. 11182, de 24/06/40.
Decreto n. 11198, de 27/06/40.
Decreto n. 11205, de 02/09/40.
Decreto n. 11522, de 26/10/40.
Decreto n. 11850, de 26/01/41.

- Decreto n. 11880, de 18/03/41.
- Decreto n. 11931, de 17/04/41.
- Decreto n. 12150, de 02/09/41.
- Decreto n. 12216, de 07/10/41.
- Decreto n. 12217, de 07/10/41.
- Decreto n. 12302, de 07/11/41.
- Decreto n. 12498, de 08/01/42.
- Decreto n. 12521, de 23/01/42.
- Decreto n. 12610, de 31/03/42.
- Decreto n. 12784, de 24/06/42.
- Decreto n. 12787, de 30/06/42.
- Decreto n. 13040, de 31/10/42.
- Decreto n. 13439, de 30/06/43.
- Decreto n. 13444, de 02/07/43.
- Decreto n. 13614, de 15/10/43.
- Decreto n. 13789, de 31/12/43.
- Decreto n. 13849, de 24/02/44.
- Decreto n. 14221, de 10/10/44.
- Decreto n. 14223, de 11/10/44.
- Decreto n. 14275, de 09/11/44.
- Decreto n. 14718, de 11/05/45.
- Decreto n. 14857, de 10/07/45.
- Decreto n. 15042, de 19/09/45.
- Decreto n. 15549, de 15/01/46.
- Decreto n. 15579, de 25/01/46.
- Decreto n. 15642, de 09/02/46.
- Decreto n. 15848, de 08/06/46.
- Decreto n. 16328, de 18/11/46.
- Decreto n. 16351, de 27/11/46.
- Decreto n. 16041, de 03/12/46.
- Decreto n. 16450, de 10/12/46.

Decreto n. 16688, de 31/12/46.
Decreto n. 16951, de 21/02/47.
Decreto n. 16989, de 03/03/47.
Decreto n. 17011, de 05/03/47.
Decreto n. 17028, de 06/03/47.
Decreto n. 17030, de 06/03/47.
Decreto n. 17251, de 28/05/47.
Decreto n. 17335, de 28/06/47.
Decreto n. 17357, de 02/07/47.
Lei n. 74, de 21/02/48.
Decreto n. 18207, de 26/07/48.

2. Leis e Decretos federais

Decreto n. 19402, de 14/11/30.
Decreto n. 19398, de 11/11/30.
Decreto n. 19439, de 28/11/30.
Decreto n. 19444, de 01/12/30.
Decreto n. 19519, de 22/12/30.
Decreto n. 19541, de 29/12/30.
Decreto n. 19545, de 30/12/30.
Decreto n. 19952, de 04/05/31.
Decreto n. 20009, de 18/05/31.
Decreto n. 20375, de 08/09/31.
Decreto n. 20563, de 26/10/31.
Decreto n. 20834, de 21/12/31.
Decreto n. 21399, de 12/05/32.
Decreto n. 21434, de 23/05/32.
Decreto n. 21489, de 07/06/32.
Decreto n. 21639, de 18/07/32.
Decreto n. 21678, de 27/07/32.
Decreto n. 21796, de 05/09/32.

- Decreto n. 21846, de 20/09/32.
Decreto n. 22116, de 21/11/32.
Decreto n. 22118, de 21/11/32.
Decreto n. 22331, de 09/01/33.
Decreto n. 22367, de 17/01/33.
Decreto n. 22775, de 29/05/33.
Decreto n. 23022, de 31/07/33.
Decreto n. 23085, de 16/08/33.
Decreto n. 23658, de 28/12/33.
Decreto n. 23833, de 06/02/34.
Decreto n. 24278, de 22/05/34.
Decreto n. 24674, de 11/06/34.
Decreto n. 24438, de 21/06/34.
Decreto n. 24560, de 03/07/34.
Lei n. 378, de 13/01/37.
Decreto n. 1884, de 16/08/37.
Decreto-lei n. 357, de 28/03/38.
Decreto-lei n. 1042, de 11/01/39.
Decreto-lei n. 1040, de 11/01/39.
Decreto-lei n. 1764, de 10/11/39.
Decreto-lei n. 1975, de 23/01/40.
Decreto-lei n. 2024, de 17/02/40.
Decreto n. 1984, de 29/01/40.
Decreto-lei n. 3171, de 02/04/41.
Decreto-lei n. 3775, de 30/10/41.
Decreto-lei n. 8674, de 04/02/42.
Decreto-lei n. 8675, de 04/02/42.
Decreto-lei n. 8676, de 04/02/42.
Decreto-lei n. 8677, de 04/02/42.
Decreto-lei n. 9302, de 28/04/42.
Decreto-lei n. 4321, de 21/05/42.

- Decreto-lei n. 9810, de 01/07/42.
- Decreto-lei n. 10013, de 17/07/42.
- Decreto-lei n. 10323, de 26/08/42.
- Decreto-lei n. 4725, de 22/09/42.
- Decreto-lei n. 4730, de 23/09/42.
- Decreto-lei n. 5045, de 05/12/42.
- Decreto-lei n. 5559, de 08/06/43.
- Decreto-lei n. 5646, de 05/12/43.
- Decreto-lei n. 6260, de 11/02/44.
- Decreto-lei n. 15484, de 08/05/44.
- Decreto-lei n. 16571, de 11/09/44.
- Decreto-lei n. 16573, de 11/09/44.
- Decreto-lei n. 16574, de 11/09/44.
- Decreto-lei n. 17185, de 18/11/44.
- Decreto-lei n. 8686, de 16/01/46.
- Decreto-lei n. 8687, de 16/01/46.
- Decreto-lei n. 21712, de 27/08/46.



9 788566 659160

Coleção Completa dos Clássicos da Saúde Coletiva:

- * As Instituições Médicas no Brasil – Madel Luz**
- * A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças – Madel Luz**
- * Saúde Pública como Política – Emerson Merhy**
- * O Capitalismo e a Saúde Pública – Emerson Merhy**

editora



rede unida

www.redeunida.org.br