ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA

GERÊNCIA DO TRABALHO EM SAÚDE: DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação de Mestrado na área deMedicina Preventiva, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Medicina

ORIENTADOR: Profa. Dra. HILLEGONDA MARIA DUTILH NOVAES

SÃO PAULO
1996

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Castanheira, Elen Rose Lodeiro
Gerência do trabalho em saúde : desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo / Elen Rose Lodeiro Castanheira. -- São Paulo, 1996.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.
Área de concentração: Medicina Preventiva.
Orientadora: Hillegonda Maria Dutilh Novaes.

Descritores: 1.GERÊNCIA 2.SERVIÇOS DE SAÚDE/história 3.ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/história 4.ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/organização & administração 5.ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

USP/FM/SBD-45/96

D DESENVOLVIMENTO DE SÃO PAULO

Para
Luzia Rocha

Agradecimentos

Sem desconhecer os limites formais que orientam o processo de formulação e apresentação de uma dissertação de mestrado, acredito que este momento se revista de múltiplos significados, vinculados, entre outras coisas, à possibilidade de expressão pública de idéias e concepções que, mesmo apoiadas em diversos outros trabalhos, colocam a "nu" seu autor principal. Numa sociedade em que somos sempre um entre muitos e onde a conquista da individualidade é, em geral, traduzida pela possibilidade de acesso a bens de consumo, torna-se arriscado e atraente a oportunidade de exercício da autoria. Minhas dificuldades foram muitas, desproporcionais às conquistas possíveis nesse processo, o que torna extremamente gratificante poder, finalmente, expor minhas pequenas "descobertas" e associações como um produto do meu trabalho.

Gostaria de agradecer a muitas e muitas pessoas. Não necessariamente pela contribuição direta que tenham dado à execução deste trabalho, mas por sua importância em minha formação profissional como médica sanitarista e/ou pela importância que possuem em minha constituição e sobrevivência como pessoa. Todos que convivem comigo sabem da importância, não só objetiva mas também simbólica, que este trabalho adquiriu. Ao concluí-lo penso estar "virando uma página" de minha vida, o que dá a este momento um "ar" de balanço geral. Ainda que correndo o risco de ser injusta e omitir nominalmente pessoas que "moram" no meu coração, tentarei tornar público o principal conjunto de pessoas que são co-responsáveis por mim, e, direta ou indiretamente, pelo desenvolvimento desta dissertação.

À Maria Hillegonda Dultilh Novaes, pelo apoio e orientação intelectual na confecção deste trabalho, sem os quais ele não seria concluído, e também, pela sensibilidade, paciência e firmeza com que pode acolher meus inúmeros atrasos e inseguranças.

À Lilia Blima Schraiber, mestra e coordenadora do trabalho desenvolvido no Centro de Saúde Escola "Samuel Barsley Pessoa", pela sabedoria e profissionalismo com que tem dirigido este trabalho de equipe, pelo apoio e incentivo pessoal que sempre me deu e pelo brilhantismo de suas contribuições ao campo da Saúde Coletiva.

A Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, mestre querido, pelos ensinamentos que trouxe a toda uma geração, introduzindo uma perspectiva crítica sobre a ciência e a produção intelectual no campo da saúde, e pela oportunidade de ter sido sua aluna e companheira de equipe durante tantos anos.

À Maria Inês Baptistella Nemes, mestra e amiga, que conheci como "Peninha" do CAPS, e depois da AMSESP, mas com quem só tive a felicidade de conviver a partir de nosso trabalho na equipe do CSE, agradeço pela amizade e carinho, pelas "supervisões" da tese e da vida, e, especialmente, pela possibilidade de troca e pelo respeito e apoio que me ajudaram a superar alguns momentos de desencanto.

A toda a equipe técnica do Centro de Saúde Escola "Samuel B. Pessoa" pela rica convivência de um cotidiano de trabalho atravessado por conflitos e vôos, e pela vivência conjunta de um debate intelectual sério e gratificante.

Aos meus primeiros mestres no campo da Saúde Coletiva, Cecília Magaldi, Massako Iyda, Luana Carandina e Luís Roberto de Oliveira, que durante a graduação na então Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, a FCMBB, hoje Unesp, me ensinaram a valorizar as dimensões políticas e sociais da saúde e a ver a Saúde Pública como uma área comprometida com o *público*, e que no exercício deste compromisso busca desenvolver alternativas transformadoras para as ações de saúde.

Aos professores Émerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos e Luís de Oliveira Cecílio, pela oportunidade de participar de cursos e debates onde o exercício da crítica e da ousadia possibilitam a abertura de novos horizontes de compreensão e criatividade.

Aos amigos solidários, com que tenho a honra de poder contar, que deram importantes contribuições nas etapas finais de conclusão deste trabalho: ao Fernando, Alex e Maria Inês, pelo carinho e seriedade com que realizaram o trabalho de revisão; à Cheryl, amiga de um mundo 'sem fronteiras', pelo *summary*; ao João, pelo carinho e pelas 'dicas'; ao Ricardo Goes pelo cuidado na confecção dos organogramas, quadros e figuras; ao Carlos Eduardo, o Edú do Fichário, pela disponibilidade e seriedade com que me ajudou nas revisões bibliográficas de última hora, na qualidade do melhor "rato de biblioteca" que já conheci.

À minha mãe, Luzia Rocha, meu "anjo da guarda", por ter me ensinado a ser perseverante na realização dos meus sonhos e a tratar com desprendimento a rigidez das normas sociais.

Aos meus filhos, Ana Luiza, André e Alexandre, com quem divido minha vida cotidiana, pelo amor e apoio afetivo, e por terem suportado a imensa carga de compreensão que lhes foi exigida nestes longos períodos de "presença-ausente" e de nervosismos fora de hora.

À Ângela Maria Machado de Lima, companheira e amiga desde a residência, parte de minha família "escolhida", por sua irreverência em contestar o pré estabelecido em normas que não ecoam no coração, e pelo companheirismo com que temos compartilhado alegrias e dificuldades.

À Yara Maria Nogueira Fessel pela possibilidade de compartilharmos sonhos e desavenças em madrugadas errantes, e, ainda assim, mantermos intacta a cumplicidade de nossa amizade.

À Elizabeth de Carvalho, a Bebete, pelo seu apoio, carinho e atenção, e pela possibilidade de contar com um diálogo amigo em nossas caminhadas desde Bonete.

À Ana Regina de Lima Rolim, amiga de muitos anos, sanitarista nômade, por nossas antigas ousadias e descobertas nos tempos da rua João Passos, e pela honra em conviver com o rigor e coragem com que busca, e exige de todos, coerência política na vida privada.

A Sérgio Amâncio Cruz, o "Banana", Trajano Sardenberg, Adail de Almeida Rollo e Vera Lúcia Scatena, a "Fubá", companheiros de "ME", por termos compartilhado momentos de aprendizado e crescimento, dividindo sonhos de transformação e ambições "revolucionárias", pelo prazer e emoção de descubrirmo-nos como "agentes da história", e, principalmente, por continuarmos amigos.

A todos os amigos que comigo dividiram os "anos dourados" da Cardoso de Almeida, Elizete, Nonóia, Sueli, Regina, Ana Maria, Isamara, Amélinha, Lucy, Cacá, Adail, Trajano, Paulão, Jorge, Suzana, e tantos outros moradores, "transitórios" ou "permanentes", com quem vivenciei momentos de ousadias e esperanças, que nos fizeram acreditar e investir na construção de novos valores.

Ao Hélio Martins Baís, pelo carinho, sensibilidade e profissionalismo com que pode escutar minhas angústias, sonhos e ambições, ajudando-me a "sobreviver" a eles, e pela possibilidade de diálogo.

Ao Mário Sérgio Castanheira, o Cacá, pelos anos de convivência, trocas e descobertas, e pelo incentivo e apoio moral à minha formação e à confecção deste trabalho.

SUMÁRIO

ORGANOGRAMAS, QUADROS E TABELAS.....IX

RESUMO.....X

APRESENTAÇÃO.....01

INTRODUÇÃO.....12

CAPÍTULO 1

ORIGENS HISTÓRICAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO BRASIL

1.1 - A GERÊNCIA COMO PARTE INTEGRANTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO.....036

1.2 - ORIGENS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....061

1.3 - A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE.....068

1.4 - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.....071

CAPÍTULO 2

A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE NA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

2.1- DE 1889 A 1925: A CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO SANITÁRIO E O PERÍODO "EMÍLIO RIBAS".....076

2.2 - DE 1925 A 1947: O PROCESSO DE EXTENSÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA: A REFORMA ADMINISTRATIVA DE PAULA SOUZA E A CONTRA-REFORMA DE WALDOMIRO DE OLIVEIRA.....101

2.2 - DE 1947 A 1967: DA CONSTITUIÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA SOCIAL À SUA IMPLANTAÇÃO COM A REFORMA "WALTER LESER".....153

2.3 A REFORMA DE 1969 E A EMERGÊNCIA DA GERÊNCIA LOCAL NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....169

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....185

BIBLIOGRAFIA.....188

LEIS E DECRETOS.....198

SUMMARY.....187

RELAÇÃO DE ORGANOGRAMAS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, EM DIFERENTES PERÍODOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

ORGANOGRAMA 1 (1891).....081

ORGANOGRAMA 2 (1925).....109

ORGANOGRAMA 3 (1931).....122

ORGANOGRAMA 4 (1938).....128

ORGANOGRAMA 5 (1948).....159

ORGANOGRAMA 6 (1961).....163

ORGANOGRAMA 7 (1969).....174

QUADRO I - NORMAS PARA ATIVIDADES DOS CENTROS DE SAÚDE, DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE, MES, 1943.....137

QUADRO II - CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS PRINCIPAIS MODELOS TECNOLÓGICOS E OS MODELOS ADMINISTRATIVOS PREDOMINANTES NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS, NO PERÍODO DE 1892 A 1947, ESTADO DE SÃO PAULO.....151

QUADRO III - DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO.....184

TABELA I - TOTAL DE EQUIPAMENTOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, SEGUNDO SEUS DEPARTAMENTOS E UNIDADES DO INTERIOR E CAPITAL, SÃO PAULO, 1965.....162

FIGURA 1 - O CICLO ECONÔMICO DA DOENÇA.....157

FIGURA 2 - POSTOS DE PUERICULTURA DA SES EXISTENTES EM 1965.....165

RESUMO

Este é um estudo sobre o processo histórico de constituição e desenvolvimento da gerência de serviços públicos estaduais, não hospitalares, no Estado de São Paulo. A partir da análise de documentos e da legislação pertinente, procura-se reconhecer as diferentes propostas de organização administrativa e gerencial, formuladas no interior do aparato público estadual, em relação às tecnologias de atenção à saúde hegemônicas nestes serviços ao longo do período histórico estudado. Discute-se a ação gerencial enquanto atividade instrumental inserida no processo de organização do trabalho em saúde. O período analisado vai do início da institucionalização das ações públicas de saúde neste Estado, em 1892, à consolidação da gerência de nível local, enquanto ação de coordenação do trabalho coletivo em unidades de saúde, sob responsabilidade estadual, entre o final da década de 70 e o início dos anos 80.

Apresentação

A opção em desenvolver um projeto de pesquisa que toma como objeto a gerência de serviços de saúde se deu a partir da experiência de trabalho junto à equipe técnica do Centro de Saúde-Escola "Samuel B. Pessoa" do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, particularmente nestes últimos 5 anos em que venho desenvolvendo atividades administrativas na qualidade de diretora técnica desse serviço.

O trabalho no CSE, enquanto serviço onde se desenvolvem programas docente-assistenciais, consegue aliar à riqueza de interação entre o trabalho assistencial e o de ensino e pesquisa a proximidade com a dinâmica dos serviços da rede básica do Estado e do conjunto das transformações pelas quais estes vêm passando, especialmente nos últimos dez anos. Muitas das inquietações aqui colocadas advêm do exercício cotidiano da atividade gerencial nessa unidade, onde se enfrenta, tal como em outros serviços, a tarefa e o desafio de articular as diferentes ações que compõem a operação da rotina de trabalho numa unidade de saúde e que precisam contemplar necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e do próprio projeto institucional.

O privilégio de compor a equipe de trabalho do CSE encontra-se na possibilidade de participar de um serviço onde intencionalmente o diálogo se estabelece em múltiplos espaços de organização do trabalho, ou "espaços de gerência", dentro de uma interlocução mediada por uma escala de valores coletivamente acordada e construída a partir do compromisso ético com o desenvolvimento de práticas emancipadoras. No presente estudo, dentro dos limites da autora, procura-se enfrentar algumas das questões levantadas na vivência dessa rica experiência.

As questões mais gerais que inicialmente suscitaram este trabalho podem ser assim condensadas:

- *a partir do reconhecimento das práticas de saúde enquanto trabalho, como a ação gerencial participa da composição do trabalhador coletivo em saúde?*

- *em relação ao modelo de organização de serviços hoje hegemônico, qual o potencial transformador da gerência enquanto ação imediatamente vinculada ao controle e organização do trabalho?*

A partir destas questões, o primeiro passo foi o de *conceitualizar a gerência*, ou seja, de reconhecer qual o significado histórico que essa prática assume no processo de organização do trabalho, no sentido de reconstituí-la como um conceito a ser demarcado no interior das práticas de saúde. Nesse sentido, optou-se inicialmente por resgatar as características principais que *a gerência* assume no interior dos *processos de trabalho onde emerge*, ou seja, na produção industrial, e no *campo onde se torna objeto de conhecimento*, a Administração.

Este caminho é trilhado ao longo do Capítulo I, onde procuramos reconhecer as *necessidades sociais que historicamente incitaram o desenvolvimento da gerência,* como atividade que assume conteúdos e técnicas próprias no processo de reorganização do trabalho que se dá com a chamada revolução "técnico-científica" no final do século XIX. A grande marca desse momento é a *incorporação da racionalidade e do conhecimento científico ao processo de produção*, representando uma nova interação da ciência com o processo de reprodução social.

A gerência, enquanto ação direcionada ao momento de operação do trabalho, emerge como uma atividade que busca *desenvolver e aplicar instrumentos científicos* como *uma nova "metodologia" de organização do trabalho*, cuja finalidade central é contornar o acirramento das contradições sociais entre capital e trabalho, no sentido de fazer com que se amplie o processo de acumulação com base em mecanismos que aumentem a produtividade e diminuam o custo. As características mais

gerais inicialmente identificadas na ação gerencial foram: seu caráter instrumental na organização do trabalho, portanto *de "subordinação" às finalidades* socialmente definidas para os diferentes processos de trabalho; e seu necessário *comprometimento, no plano técnico e no plano político, com o projeto institucional* que dá sustentação ao desenvolvimento de um determinado trabalho.

Aproximamo-nos assim de uma primeira caracterização da gerência, a partir de sua especificidade no interior de mudanças ocorridas na organização do processo de produção industrial, *marcada pelos compromissos históricos com esse processo.*

Mas como estas características se refazem no interior dos serviços de saúde? Ou qualquer analogia neste sentido representaria um artifício, dada as diferenças que se colocam para os processos de produção nos *serviços*, especialmente quando estes são *serviços públicos*, e que têm como produto algo tão *imaterial* como a "*saúde*"?

Ainda no Capítulo I, redirecionamos nossas preocupações para a organização das práticas de saúde, no sentido de entender como nesse setor específico desenvolve-se a gerência. Partindo da caracterização do trabalho em saúde enquanto prática social, e das marcas definidoras da gerência no processo de produção capitalista, procuramos identificar os marcos de emergência dessa atividade e suas especificidades no trabalho em saúde.

Os condicionantes históricos e metodológicos que nos permitem transpor uma conceituação de gerência construída a partir de seu significado na organização do *trabalho na linha de produção*, para o *trabalho em serviços de saúde*, assentam-se basicamente na demonstração e reconhecimento deste último como prática social, que assim se insere nos processos mais amplos de produção e reprodução da sociedade, interagindo abstratamente com as mesmas injunções de todo trabalho social historicamente ocorrido num determinado período e lugar. Ao ser incorporada ao

processo de trabalho em saúde, que tem na autonomia técnica de seus agentes uma das características essenciais ao seu exercício, a gerência redefine-se adquirindo novos significados a partir de suas marcas originais.

As transformações que ocorrem na produção de ações de saúde com a *transição do trabalho médico como prática liberal para sua organização como prática institucionalizada,* determinam importantes reordenações na organização interna do trabalho em saúde e tornam *a ação gerencial uma necessidade dessa nova organização.*

Sem dúvida, o médico e o hospital são, respectivamente, o agente e o instrumento nucleares do trabalho em saúde. No processo de constituição do trabalhador coletivo em saúde, ao qual posteriormente se integra também a gerência, o hospital representa o primeiro espaço onde se dá a divisão do trabalho médico e a institucionalização de seu exercício. No entanto, ao nos aproximarmos das especificidades de nosso objeto, qual seja *a gerência de serviços públicos de saúde,* deparamo-nos com o antecedente histórico de práticas de assistência direta assumidas pelo Estado, consolidadas na área de *Administração Sanitária,* que antecedem a sistematização do trabalho em moldes mais tipicamente capitalistas no interior do hospital. Embora as transformações sociais e técnico-científicas do trabalho médico tenham tornado o hospital um elemento essencial na assistência à saúde e uma estrutura nuclear do desenvolvimento da medicina científica, pode-se reconhecer na história da organização de ações de saúde pelo Estado um conjunto diversificado de instituições de assistência direta nem sempre centrado no hospital. Desde sua constituição, o Estado moderno assumiu, a partir de diferentes matrizes tecnológicas, os cuidados com as dimensões coletivas da vida social, especialmente aquelas relacionadas à saúde, sem que, durante um longo período, tivessem o hospital como um instrumento privilegiado de intervenção.

A sistematização dos conhecimentos administrativos em saúde se dá originalmente no interior da Saúde Pública, onde a área de Administração Sanitária se

constitui a partir das experiências e necessidades identificadas no exercício da organização pública de ações de saúde, antecedendo assim a própria emergência da Administração Científica. Com o desenvolvimento desta última, e com as mudanças ocorridas no interior das práticas de saúde, há um intercâmbio de conceitos e procedimentos que definem marcas específicas à formação contemporânea da área de Administração Hospitalar.

Além disso, devemos assinalar que, particularmente no Brasil - mas também em outros países ocidentais - os serviços hospitalares foram tradicionalmente organizados pela iniciativa privada ou por entidades filantrópicas ligadas à Igreja. Ainda que muitas vezes com suporte financeiro do Estado, essas instituições não integravam inicialmente as ações de assistência organizadas pelo poder público.

Dentro dos limites do recorte proposto para este estudo, qual seja, ***a caracterização histórica dos processos de emergência e desenvolvimento da gerência de serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo***, estaremos privilegiando o desenvolvimento das práticas e proposições mais imediatamente vinculadas à rede de serviços públicos essencialmente não hospitalares, e à área de Administração Sanitária.

Observando a organização concreta de ações públicas de saúde pelo Estado, a partir de diferentes trabalhos que versam sobre o tema, pudemos identificar dois grandes períodos em sua história. O primeiro, onde as ações de saúde participam enquanto práticas que compõem a própria constituição dos Estados nacionais e tomam como objeto 'o coletivo', sendo organizadas, grosso modo, por ações públicas de administração centralizada. E o segundo período, no qual as ações de saúde são centralmente operadas em serviços, a partir de práticas de saúde organizadas enquanto trabalho cooperado que exige gerenciamento local. As ações públicas de saúde atendem, agora, a necessidades sociais distintas daquelas do momento anterior, e são orientadas por novos padrões tecnológicos, com maior espaço de legitimação

institucional para as práticas voltadas ao cuidado individual. Este percurso histórico será trabalhado ao longo do Capítulo II, a partir do enfoque da organização das ações de saúde realizadas pelo Estado de São Paulo.

O espaço de tempo trabalhado na pesquisa abrange os dois grandes períodos citados. Indo da instituição da organização das ações de saúde como uma prática de Estado - o que acontece em São Paulo com o início da República Velha - até a consolidação da ação gerencial nos serviços públicos de assistência direta - entre o final dos anos 70 e início dos anos 80.

Considerando-se os últimos dez anos como o período onde a temática do gerenciamento de serviços públicos de saúde ganha maior destaque - em função das características assumidas pelo processo de organização desses serviços - e com o auxílio da "Bibliografia comentada da produção brasileira" sobre SILOS (Moraes & Kalil, 1993) referente ao período de 1986 a 1992, podemos dizer que a abordagem da gerência na produção nacional relativa a sistemas locais de saúde tem se dado principalmente a partir do enfoque dos seguintes subtemas:

1. quanto às diretrizes para elaboração de novos modelos gerenciais a partir da incorporação de técnicas de organização de serviços, com destaque para: planejamento estratégico situacional, desenvolvimento de recursos humanos, mecanismos de informação com vistas a avaliação e controle, administração de qualidade e satisfação da clientela;
2. quanto à importância dos processos de descentralização político-financeira dos centros decisórios, com destaque para a municipalização e a definição de mecanismos de participação da comunidade na gestão e controle social dos serviços;
3. quanto ao papel dos processos de gestão na constituição de sujeitos sociais através da construção de instrumentos participativos de eleição de problemas e planejamento das ações.

Essa categorização de enfoques não traduz necessariamente abordagens excludentes entre si mas procura destacar seus principais conteúdos e tendências de análise. O relativo privilégio com que o planejamento tem sido abordado no estudo e desenvolvimento da gestão de serviços representa a valorização da abordagem dos espaços de poder institucional e das alternativas de controle social, tendo como pano de fundo a relação entre Estado e sociedade, referenciando a maior parte destes trabalhos no campo das políticas públicas.

Dentro do enfoque proposto no presente estudo, ao tomarmos a gerência como atividade vinculada à organização do trabalho buscaremos apoio principalmente nas áreas da Administração e da Saúde Pública, conformando como área específica a Administração em Saúde, tendo como referenciais teóricos mais amplos os estudos sobre os processos de produção e organização social do trabalho.

Este recorte específico tem sido pouco explorado na maior parte da produção que toma a gerência como objeto central. Estaremos privilegiando a análise da gerência em saúde enquanto atividade formalmente responsável pela operacionalização de tecnologias de trabalho de assistência direta e que representa perante usuários e trabalhadores a ação concreta das políticas de Estado, trazendo o estudo da gerência para o campo de estudo das práticas de assistência à saúde.

No Brasil, estudos com esse enfoque têm se pautado por problematizar o trabalho em saúde como trabalho social, e o sentido histórico das tecnologias que utiliza no processo de produção, valendo-se para isso de referências teóricas centradas nos saberes da epidemiologia, da clínica e das ciências sociais. Este enfrentamento teórico do núcleo técnico do trabalho em saúde não tem abordado a atividade gerencial, ainda que discuta a organização do trabalho a partir da caracterização de seus objetos, agentes e instrumentos. Coerentemente com esse referencial, a gerência pode ser colocada em si como um instrumento para a organização do trabalho, uma "atividade-meio" no jargão administrativo. Ainda assim, uma atividade-meio que concentra

formalmente o poder técnico e burocrático da instituição ao viabilizar e controlar as atividades assistenciais, o que lhe dá características peculiares que merecem uma análise mais detalhada.

A riqueza em se explorar melhor este particular enfoque nos estudos sobre organização de serviços vem sendo apontada por alguns trabalhos como os de Paim (1988, 1994a) e Teixeira (1995). Schraiber, em recente ensaio, assinala que já se reconhece que "*...as práticas de saúde enquanto intervenção sobre os que sofrem ou adoecem, sejam o momento social último de realização do conhecimento científico e de suas tecnologias, (e) agora sabemos que representam também e simultaneamente o momento social último da política e do planejamento. As ações em saúde são, pois, na vida social, também a dimensão mais concreta e específica de realização quer da política de saúde, quer de seus planos.*" (Schraiber, 1995a).

Assumindo essa perspectiva, é que optamos por analisar a gerência pública das ações de saúde como uma atividade para a qual confluem determinantes políticos e técnicos, passíveis de serem apreendidos pelo estudo da relação entre a gerência e a organização tecnológica do trabalho nos serviços de saúde. Nesse sentido, procuramos realizar uma reconstituição histórica que busca qualificar a gerência em relação ao trabalho-fim, ou seja, em relação às tecnologias de intervenção propostas pelo Estado, procurando correlacionar os diferentes modelos assistenciais e gerenciais, demarcando-os em relação aos padrões tecnológicos hegemônicos em cada período estudado.

O **objetivo geral** desta pesquisa pode então ser definido como sendo: **caracterizar a emergência e a constituição histórica da gerência de serviços públicos de saúde, enquanto prática social que responde a necessidades advindas do processo de divisão social do trabalho em saúde e de sua institucionalização.**

Para explorá-lo estaremos interrogando em diferentes períodos históricos do desenvolvimento das ações públicas de saúde: *Como se dá a relação entre a gerência e o trabalho-fim de assistência nas propostas de organização de ações públicas de saúde? Quais os principais instrumentos de organização e controle do trabalho de assistência direta? Como se caracteriza a estrutura organizacional que dá sustentação à execução dessas atividades?*

As questões apresentadas podem ser traduzidas nos seguintes **objetivos específicos:**

1- Caracterizar e analisar a emergência e o desenvolvimento histórico da gerência de serviços públicos de saúde no interior da administração pública no Estado de São Paulo, de acordo com as concepções utilizadas nas proposições de reformulação da estrutura estadual de prestação de serviços apresentadas em diferentes fóruns institucionais;

2- Caracterizar e analisar a relação entre as ações de administração e gerência de unidades de prestação de serviços e as atividades de assistência direta, em nível não-hospitalar, de acordo com os principais conceitos e instrumentos utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

De acordo com os objetivos propostos, o material a ser analisado deve ser indicativo do desenvolvimento histórico do pensamento sanitário no Estado de São Paulo na área de administração em saúde, o que será feito a partir de documentos primários e secundários. Neste sentido, optou-se por proceder à análise por meio de dois tipos de documentação:

a) a partir do tratamento dado a estas questões pela bibliografia de referência da área de Administração em Saúde e por trabalhos de análise e revisão da administração pública em saúde no Estado de São Paulo; e,

b) a partir do enfoque destas questões registrado em documentos, públicos ou internos, e na legislação dos órgãos públicos responsáveis pela administração das ações de saúde no Estado de São Paulo.

Conforme já assinalamos, o período analisado situa-se entre a constituição de uma estrutura pública de administração das ações de saúde no Estado - com o início da Primeira República em 1892 - até a instauração do processo de unificação dos serviços públicos de assistência à saúde com a implantação das AIS, em 1983 - um marco importante na transformação da estrutura administrativa de prestação de serviços públicos de saúde. Ao se precisar as questões a serem trabalhadas na análise bibliográfica e documental, restringindo-as a duas grandes questões, optou-se por definir um período longo de tempo que permitisse observar e correlacionar mudanças qualitativas em seu tratamento.

O material analisado constitui-se de textos e documentos representativos do pensamento da área de Administração em Saúde, a partir da revisão dos principais títulos e publicações que têm orientado a formação e a prática administrativa do pessoal técnico na estrutura pública de prestação de serviços; incluem-se aqui aqueles trabalhos que, ao analisar a experiência administrativa de um determinado período e/ou local, sejam representativos de uma determinada linha de abordagem gerencial.

Um outro conjunto de documentos e textos de referência diz respeito aos registros, inclusive legais, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que estabeleçam diretrizes e normas gerenciais, ou ainda, que tematizem as mudanças previstas para estes níveis nos diferentes momentos de reforma administrativa por que passou a Secretaria no período analisado.

Ainda de forma inicial, propomos a seguir uma segunda caracterização geral do objeto *gerência de serviços públicos de saúde*, cuja demonstração

procuraremos desenvolver nos capítulos seguintes. A título de premissas iniciais podemos sinteticamente apontar que:

• a gerência caracteriza-se como atividade intelectual de projeção e controle de processos de trabalho originada na indústria e estendida ao setor de serviços através de uma organização racional do trabalho com base em parâmetros científicos que visam, à princípio, alcançar maior produtividade e rendimento no processo de acumulação de capital;

• para a gerência de serviços de saúde, abre-se um espaço específico de conflito com o trabalho médico por este se constituir num trabalho intelectual com autonomia técnica e socialmente legitimadas;

• mesmo considerando as áreas de conflito entre gerência e trabalho médico, observa-se que com a fragmentação do trabalho em saúde e sua institucionalização em múltiplos serviços, característicos da medicina tecnológica, as ações gerenciais tendem a assumir um novo conteúdo e perfil, que as aproxima da gerência de outros trabalhos;

• a relação Estado - organização de ações de saúde sobre o coletivo - imprime características especificas aos serviços de saúde, apontando para a importância do resgate da administração pública em seu estudo e do reconhecimento do modo como foram historicamente operadas diferentes tecnologias de assistência à saúde.

Na *Introdução* que se segue, estaremos situando nosso objeto em relação ao processo de organização das ações de saúde no Brasil, como mote inicial que permitirá um maior aprofundamento das questões aqui levantadas ao longo dos *Capítulos I e II*, e que serão sinteticamente comentadas nas *Considerações Finais*.

Introdução

O objetivo central deste trabalho é estudar o processo de constituição da gerência de serviços públicos de saúde como atividade intrinsecamente vinculada à organização social do trabalho em saúde e ao processo de produção no qual este se integra.

Privilegiando a dimensão em que a gerência refere-se mais diretamente ao processo de produção das ações de saúde, podemos defini-la como um conjunto de atividades de organização, supervisão e controle do trabalho, realizadas a partir de preceitos técnicos, e orientadas pelas políticas públicas de saúde. Sua execução é levada a cabo por agentes que têm como responsabilidade a coordenação geral de trabalhos parcelares orientados pelos mesmos fins. Neste enfoque, a gerência insere-se no conjunto das medidas de administração sanitária executadas pelo Estado e representa o momento do processo administrativo que faz interface mais imediata com o atendimento direto à população, caracterizando-se como uma atividade de interface entre dois momentos: o da definição de políticas e o da implementação de ações de saúde (Meana, Guimarães & Foccoli, 1995).

Esta posição intermediária fica melhor caracterizada quando referida à "gerência de nível local", por ser o espaço institucional onde se dá a concretização das políticas de saúde em práticas de assistência direta à população. Neste espaço, a gerência assume claramente o papel intermediário entre as estruturas centrais, com poder formal de definição de diretrizes políticas, e a prestação direta de serviços, onde está imediatamente em contato com o processo de produção das ações de saúde e com seus usuários. A gerência é composta por um conjunto de ações dirigidas à organização do trabalho-fim de assistência à saúde, que representam, em última instância, a tradução operativa de diretrizes definidas politicamente. É este papel institucional que a

caracteriza como uma atividade com conteúdo de intersecção entre o âmbito da política e o da técnica. Esta característica pode ser observada não apenas em relação à gerência de unidades de saúde, como centros de saúde, ambulatórios ou hospitais, mas também no gerenciamento regional de um conjunto de unidades integradas e responsáveis por uma determinada área e população, correspondendo ao que a literatura latino-americana define como Distrito Sanitário ou SILOS (Sistema Local de Saúde) (Paim, 1994).

A presença da ação gerencial na organização de ações públicas de saúde nem sempre se deu nos moldes nos quais é hoje problematizada. Enquanto processo histórico, a presença da atividade gerencial só ganha importância para a organização técnica do trabalho em saúde com o processo de extensão de serviços que se dá no Ocidente a partir da Segunda Guerra Mundial. Isto porque, até então, a organização das ações de saúde dava-se segundo uma outra lógica. Quando referida ao trabalho médico, as ações eram realizadas predominantemente nos consultórios, nas residências das famílias consultadas e nos hospitais, em geral limitados aos grandes centros. Quando referida às práticas sanitárias, seus agentes tinham ações de controle direto sobre situações endêmicas ou epidêmicas e sobre o meio ambiente, centralmente coordenadas pelo governo, organizando-se serviços muitas vezes temporários e de administração centralizada. Nesse sentido, a gerência de serviços públicos de saúde, em sua interface com as ações de assistência direta, não só tinha originalmente um sentido muito mais restrito enquanto atividade de apoio, como possuía substancialmente outro significado, já que inserida num outro processo de organização do trabalho (Donnangelo & Pereira, 1979; Braga & Paula, 1981; Mascarenhas, 1973).

Às transformações nas práticas de saúde, que se consolidam através da extensão de serviços ocorrida entre as décadas de 30 e 50 nos países centrais, correspondem mudanças na estrutura organizacional que marcam a transformação do trabalho médico de prática liberal em ação essencialmente institucionalizada, definindo-

se um novo modo de organização onde a gerência torna-se um instrumento necessário à nova dinâmica dos processos de trabalho em saúde. Ao viabilizar a penetração e validação deste novo padrão de práticas entre diferentes segmentos sociais - inclusive entre aqueles com inserção marginal à estrutura produtiva - a extensão de serviços contribui para consolidar a hegemonia da medicina tecnológica[1] entre as práticas de saúde, ampliando e atualizando as bases de interação da medicina com os processos de reprodução social.

O conceito de *medicalização*, conforme trabalhado por Donnangelo, traduz este processo de extensão da prática médica tanto no sentido de "*...ampliação quantitativa dos serviços e (...) incorporação crescente das populações ao cuidado médico...*", como no sentido de "*...extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Ambos os aspectos manifestam-se quer através do cuidado médico individual, quer através das chamadas "ações coletivas" em saúde, tais como medidas de saneamento do meio, esquemas de imunizações, programas de educação para a saúde, entre outros.*" Representando, portanto, o particular modo de participação da medicina no processo de produção e reprodução contemporânea do capitalismo (Donnangelo, 1979, p.31).

Nesse sentido, os processos de extensão dos serviços correspondem à necessidade de se estabelecer novos modelos de assistência à saúde que possam ser econômica e operacionalmente viáveis. Vive-se entre as décadas de 30 e 50, em países como Inglaterra e Estados Unidos, o enfrentamento da tensão em se aumentar o desempenho da medicina frente às demandas sociais permitindo um aumento da

[1] O termo medicina tecnológica refere-se ao novo conteúdo técnico adquirido pela prática médica com a incorporação de instrumentos de trabalho e de recursos de capital que alteram tanto o ato médico como o processo de produção no qual este se insere, e que se processa a partir da 3a. década deste século nos países de economia central. Cf. discutido por Donnangelo, M.C.F. e Pereira, Medicina e Sociedade, Duas Cidades, São Paulo, 1979 e por Schraiber, L.B., O médico e seu trabalho - Limites da liberdade, Hucitec, Saõ Paulo, 1993.

acumulação de capital nesse setor e, ao mesmo tempo, viabilizar o financiamento dos crescentes custos dos serviços médicos, reconhecidamente um dos impedimentos à sua maior penetração social.

A organização liberal do trabalho médico tornou-se incapaz de cumprir com sua função social diante das transformações trazidas pela medicina tecnológica, o que se traduziu inicialmente em tentativas de reformar o conteúdo do trabalho médico sem que se questionasse o processo de produção de serviços. Nesse sentido, os movimentos da Medicina Integral e da Medicina Preventiva representaram originalmente proposições de reforma médica nucleadas em mudanças na percepção e intervenção dos médicos através da revisão dos mecanismos de formação profissional. Suas proposições "prometiam" corrigir simultaneamente as deficiências técnicas de abordagens muito fragmentadas, incorporar as dimensões sociais ao cuidado médico e encontrar alternativas para a superação dos confrontos trazidos pelas múltiplas especialidades e por seus altos custos (Donnangelo & Pereira, 1979).

As primeiras propostas de reformulação procuravam então imprimir uma nova postura ao profissional médico, a quem deveria ser dada uma formação que privilegiasse a atenção integral à saúde, no sentido de redimensionar a relação médico-paciente, através de uma abordagem global que apreendesse a complexidade bio-psico-social de cada indivíduo. O ensino médico centrado no hospital e "excessivamente" tecnificado estaria, nesta concepção, formando profissionais que deixaram de reconhecer os pacientes como "indivíduos, membros de uma família e de uma comunidade". Em sua concepção original, a "integração" proposta pela Medicina Integral chama a atenção para a execução do ato médico e para a postura de seu agente, apontando a necessidade da "integralidade" da abordagem médica na relação com o paciente. Neste enfoque, dever-se-ia passar a formar profissionais capazes de resgatar a "integralidade" da prática liberal ameaçada pela fragmentação e pelas transformações que então ocorriam na organização do trabalho médico. "*Como projeto de adaptação, a*

medicina integral busca a suavização de tensões em torno das instituições médicas, inadequadas para atender às necessidades de uma sociedade em rápida transformação, e representa um esforço para preservar a medicina liberal como instituição social. Reflete, assim, muito menos uma tentativa de mudança do que de preservação da ordem existente nos campos da atenção médica e da organização profissional." (Silva, 1973, p. 94).

Deste modo, o movimento da Medicina Integral representou uma reação às alterações ocorridas no processo de produção e consumo das ações de saúde que se deram com o avanço da divisão do trabalho médico e de sua institucionalização. A crescente intervenção estatal desencadeada pela elevação dos custos da assistência médica levou, particularmente nos Estados Unidos dos anos 30, a um enfrentamento entre o setor privado e o setor público pelo controle dos serviços médicos. No contexto americano, o setor privado detinha maior poder institucional e político e não tinha interesse em promover mudanças de fundo num sistema de produção em pleno crescimento econômico, mas, ao contrário, tentava superar as contradições que se mostravam como obstáculos ao seu maior desenvolvimento. Nesse sentido, não introduz propostas de mudanças na organização do trabalho em saúde, dada sua filiação à ideologia "liberal" clássica da medicina (Donnangelo, 1979, Cyrino, 1993).

Nas escolas de medicina esse movimento correspondeu à formação da área de Medicina Preventiva - inicialmente na Inglaterra, seguida pelo Canadá e Estados Unidos - orientada no início por este mesmo ideário, mas buscando traduzi-lo em propostas operacionais sintetizadas no conceito de "integração". Nesta concepção, a Medicina Preventiva norte-americana propunha a integração como forma de superar a divisão das ações sob responsabilidade do "*administrador de saúde pública*", um especialista em Medicina Preventiva que desenvolvia ações de saneamento e educação sanitária dirigidas à comunidade, através do trabalho conjunto de vários indivíduos e

instituições com financiamento público; e aquelas de responsabilidade do "*profissional privado*", um prestador individual de serviços que tratava das doenças e suas seqüelas nos indivíduos e nas famílias, através de remuneração acertada diretamente com sua clientela. Reconhecia-se como determinantes da necessidade de unificação destas práticas as mudanças que já vinham ocorrendo ao nível dos serviços, entre as quais se destacavam: a incorporação do tratamento médico nos serviços públicos através do controle de doenças infecto-contagiosas pelos centros de saúde, até então da esfera exclusiva dos médicos liberais; o encarecimento e complexização dos métodos diagnósticos e terapêuticos, dificultando as possibilidades de oferta de serviços por produtores isolados e o acesso de grande parte da clientela potencial; e o "*novo valor*" assumido pela saúde dos indivíduos, "*...seja como um direito, dentro de um Estado democrático, seja como um meio de aumentar a produtividade, em um regime ditatorial.*" (Leavell & Clark, 19).

Como já assinalamos, este ideário restringia-se, originalmente, à formulação de uma "nova postura" para os profissionais liberais, instituições públicas e privadas, preservando a mesma lógica de produção social e de divisão de mercados já consagrados, procurando contornar os conflitos emergentes. No entanto, a difusão desta proposição na América Latina, a partir dos anos 50, ultrapassa esses limites. As contradições impostas pelo contraste entre as demandas sociais por melhores condições de saúde e o padrão de intervenção oferecido pelo sistema público nesses países tensionam o sistema de atenção à saúde. O confronto desta proposta com a organização das ações de saúde põe em cheque o próprio modelo organizacional e as formas de financiamento necessárias à integração, redefinindo as questões a serem enfrentadas.

A proposição de uma integração "bio-psico-social" no ato médico é retraduzida para a integração "médico-sanitária" dos serviços, onde as dimensões que se integram não dizem mais respeito unicamente à superação da fragmentação do corpo

individual, mas sim à articulação entre as necessidades individuais e coletivas, redefinidas a partir de um "diagnóstico de saúde" e da priorização de medidas de intervenção com impacto populacional. Esta releitura traz a integração para o nível do planejamento estatal, onde a articulação entre níveis diferenciados de atuação, das medidas "preventivas" às "curativas", tende a se tornar uma questão centralmente organizacional. Neste sentido é que, a expressão "ações integradas de saúde" passa a representar a necessidade de articulação entre a assistência médica individual e as ações de saúde pública, buscando dar conta da dicotomia entre ações "preventivas" e "curativas", ou, em outras palavras, da relativa ineficácia da prática médica quando organizada unicamente sob a lógica do atendimento individual sem tomar como referência os padrões de ocorrência populacional das doenças (Mendes-Gonçalves, s.d.).

A necessidade de retradução do sentido original das propostas de reforma médica quando transpostas para outros contextos sociais pode ser observada também em relação a outras proposições, como no caso da Medicina Comunitária. Originária dos EUA enquanto movimento vinculado à luta pelos direitos civis, representa uma política social contra a pobreza que atinge principalmente comunidades negras e tem pouca repercussão na alteração do processo global de produção de ações de saúde naquele país. Difunde-se para os países da América Latina, na década de 70, com o apoio das agências internacionais de saúde não apenas como proposição política, mas também enquanto modelo de práticas de saúde, resultando em programas que se propõem a desenvolver alternativas que garantam a extensão da assistência a populações carentes, diluindo-se a questão dos direitos sociais nas necessidades de desenvolvimento dos Estados e na otimização de seus recursos. Sem entrar no mérito da efetividade alcançada por essa proposta em relação à alteração dos padrões de produção das ações de saúde, importa assinalar o quanto ela se refaz em sua difusão entre os países latino-americanos, apresentando-se como alternativa tecnológica de

extensão das práticas de saúde, com implicações técnicas e organizacionais para as ações de assistência (Donnangelo, 1979).

No momento inicial de questionamento do trabalho médico pela Medicina Integral, a gerência de serviços não se colocava como ação estratégica porque o núcleo central de problematização estava posto sobre o médico, como agente do trabalho e componente central a ser alterado, secundarizando-se os aspectos relacionados a alterações na organização dos serviços. No entanto, com as dimensões organizacionais incorporadas à idéia de "integração", a gerência, ainda que não como mote central, torna-se também uma questão a ser equacionada. Seu enfrentamento passa, naquele momento, muito mais pela necessidade de definição de políticas de governo que representassem propostas de organização dos serviços públicos de saúde, como compromisso e viabilização da extensão do acesso, como política social do Estado, do que pela organização gerencial de novas práticas nos serviços. Neste sentido, a partir dos anos 60 o planejamento, e não a gerência, passa a ser considerado como instrumento estratégico para a formulação de políticas públicas.

Pode-se localizar na proposta de organização de serviços definida pelo documento conhecido como "técnica CENDES-OPS" (OPS/OMS, 1965), a primeira proposição latino-americana de planejamento local de ações de saúde que toma a integração e a hierarquização das ações como um de seus pressupostos. Esta técnica baseava-se numa concepção racionalizadora de fundo economicista, voltada para o aumento da eficácia e eficiência das ações a partir da otimização do uso dos recursos existentes. Nesse sentido, a integração era abordada principalmente em sua dimensão organizacional, em relação à necessidade de articulação entre os serviços locais e regionais como forma de racionalização dos equipamentos disponíveis. Enquanto técnica de planejamento, sua principal contribuição refere-se à introdução do diagnóstico de saúde de bases populacionais como forma de identificação de necessidades; e de sua análise econômica, em termos da relação custo-benefício entre os danos de saúde e

seu ônus econômico e social, como critério discriminatório para o estabelecimento de metas e eleição de prioridades, não se problematizando, no entanto, o conteúdo tecnológico das práticas envolvidas.

Outra característica que se destaca na dimensão gerencial desta proposta é a valorização da participação direta dos executores dos planos locais em sua formulação, ainda que restrita aos técnicos dos serviços e a representantes formais da comunidade, como padres, delegados e outras autoridades. Dessa forma punha em cena a necessidade da participação dos agentes locais no planejamento descentralizado, tanto por seu conhecimento da realidade local como por seu maior poder de intervenção junto à comunidade em função desta proximidade. A tematização do conteúdo da ação gerencial é centrada no planejamento, não se abordando o conteúdo técnico, a supervisão e a coordenação das ações de assistência sob sua "direção". As críticas mais freqüentemente feitas a essa proposta referem-se à desconsideração das dimensões políticas necessariamente envolvidas no planejamento, além das limitações impostas por uma análise restrita aos aspectos econômicos e que se transforma em normas de organização de serviços, ou melhor, de planejamento dos recursos necessários à execução das ações eleitas (Rivera, 1989).

No final dos anos 70 há uma proposta internacional de extensão das ações de saúde para os países em desenvolvimento através da atenção primária, acordada em 1978 na Conferência de Alma-Ata. Propõe-se o desenvolvimento de modalidades simplificadas e de baixo custo como alternativa de atenção às populações excluídas de mecanismos de proteção social. "*La atención primaria de salud es um medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación....Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrolo y si se aplica de manera apropiada influirá en el*

resto del sistema de salud." (OMS, 1978 p.8). Em outras palavras, representa não só um mecanismo de extensão de direitos sociais, mas é apontada como uma estratégia de desenvolvimento social e de racionalização de custos com os serviços de saúde[2].

Nesta perspectiva, a gerência é tomada como uma dimensão do processo de organização dos serviços que pode contribuir para o processo de sua transformação, na esteira do movimento de extensão dos serviços de saúde.

As necessidades emergentes no Brasil do final dos anos 70 de redemocratização das instituições públicas e abertura dos espaços de participação da sociedade civil, instrumentalizadas pelas contribuições trazidas pela técnica "CENDES-OPS" de planejamento local e pelo impulso dado à atenção primária pela Conferência de Alma-Ata, são os determinantes básicos das primeiras experiências de integração ao nível dos serviços no Estado de São Paulo que ocorrem nesse período (Nemes Filho, 1992). Sob a tônica da extensão dos serviços e da incorporação de diferentes segmentos da população às práticas institucionalizadas de saúde, os serviços públicos de saúde ganham uma nova importância. Nesse contexto, a gerência passa a ser tomada como um instrumento estratégico de transformação dos serviços, assumindo um novo estatuto no conjunto das ações de saúde.

Enquanto momento diretamente vinculado à organização do trabalho, a gerência ganha nova qualidade com as alterações trazidas com as experiências de integração, tanto por suas implicações organizacionais, em relação à necessidade de interrelação entre diferentes serviços, como em relação às modificações que introduz no conteúdo técnico do trabalho. Este conjunto de alterações responde a necessidades

---

[2] Neste espírito, a atenção primária é incorporada às políticas de saúde no Brasil, "...procurando resolver com recursos mais baratos e simples a maioria dos problemas ocorridos, e, tentando diminuir a pressão pelo consumo dos recursos mais caros e mais complexos. Subentende-se que por causa do baixo custo e da baixa incorporação tecnológica, esse tipo de cuidado seja necessariamente de baixa qualidade. Toda a ênfase é portanto colocada na questão dos recursos, que ao serem simples são supostamente pouco eficazes e definem uma atenção necessariamente paliativa, limitada aos problemas considerados mais elementares, como as verminoses, por exemplo." (Mendes-Gonçalves, s.d.).

originadas no interior do processo de trabalho que, ao modificar-se, "exige" novos modelos gerenciais que possam instrumentalizar sua operação. Há, conforme assinalado por Campos, um movimento de "dupla mão", no qual a gerência, ao se constituir num "instrumento de efetivação de políticas", como um elemento estratégico ao processo de transformação dos serviços, é, ao mesmo tempo, uma ação que "resulta" de alterações definidas desde o interior do processo de trabalho, "subordinando-se" a suas finalidades (Campos, 1989).

O processo de integração de práticas médico-sanitárias nos serviços públicos acompanha transformações internas à própria constituição do trabalho em saúde, cuja divisão se amplia e se diversifica, criando novas necessidades de organização institucional na estrutura de prestação de serviços para além do hospital e dos tradicionais consultórios privados. Esta maior complexidade na organização do trabalho, sua institucionalização e, fundamentalmente, as alterações sofridas na lógica interna de operação da prática médica, levam, dentro das específicas características assumidas no caso brasileiro, à constituição de uma "nova" ação gerencial, conforme analisaremos nos capítulos seguintes.

No sentido de situarmos melhor a constituição da gerência de serviços públicos de saúde como objeto de estudo referido a uma sociedade concreta, abordaremos a seguir, em linhas gerais, as principais características do processo de organização das ações públicas de saúde no Brasil e o modo como a gerência nele tem expressão, para a seguir caracterizarmos o recorte analítico do presente trabalho e sua inserção em relação às abordagens desta temática no campo da Saúde Coletiva.

Como resultado das políticas públicas de saúde efetivadas desde o início deste século, construíram-se no Brasil duas histórias paralelas de práticas institucionais: as de assistência médica, vinculadas ao atendimento de segmentos progressivamente ampliados da população economicamente ativa e de seus

dependentes, e as de saúde pública, dirigidas à assistência da população socialmente marginalizada e ao controle de processos endêmicos ou epidêmicos que pudessem representar riscos econômicos e/ou sociais relevantes. Será apenas a partir da segunda metade dos anos 80 que esta cisão será parcialmente superada na estrutura pública de prestação de serviços (Braga & Paula, 1981; Oliveira & Teixeira, 1986; Iyda, 1994).

Esta histórica dicotomia institucional tem como traço comum o controle estatal definido pelas formas de financiamento, realizado através de tributação específica da massa salarial, no caso da assistência médica como parte do seguro previdenciário, ou através de recursos do orçamento fiscal da União destinados à saúde, no caso da realização de ações sanitárias (Cohn, 1995). Esta constante presença do Estado nas formas de financiamento não representou a garantia de nenhum grau de articulação na prestação de serviços mas, ao contrário, estabeleceu responsabilidades institucionais diferentes entre a oferta de assistência médica, quase integralmente comprada do setor privado com recursos previdenciários, e as ações de saúde pública, realizadas diretamente por serviços próprios.

Nesse processo, a estrutura de prestação de serviços organizou-se segundo uma lógica de incorporação seletiva de grupos sociais, de acordo com seu significado político e econômico, definindo-se um acesso também seletivo a instituições de saúde voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientelas (Donnangelo, 1979). Assim é que a extensão do cuidado médico individual se deu a partir da década de 20 na forma de direito previdenciário progressivamente estendido a diferentes categorias de trabalhadores, de acordo com sua importância no cenário político e econômico, num processo de estratificação ocupacional de direitos sociais definido por Santos como constituindo uma "cidadania regulada". No período que vai até o início dos anos 60, "*a cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo tal como reconhecido em lei.*

Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece." (Santos, 1987, p.68).

Os que não se enquadravam nas categorias de trabalhadores com direitos previdenciários tinham um acesso limitado às formas de atenção oferecidas pela iniciativa privada, por serviços filantrópicos e pelos serviços públicos. Estes últimos, por sua vez, também atendiam seletivamente a partir de critérios sanitários de cunho desenvolvimentista, de modo coerente com o ideário que majoritariamente orientou as políticas sociais do Estado brasileiro pelo menos até a década de 60. Dentro desta concepção, as ações dos serviços públicos historicamente priorizaram os grupos ou patologias que pudessem comprometer a constituição da mão-de-obra futura ou o desempenho imediato de alguns setores produtivos, organizando-se programas dirigidos a crianças e gestantes e ao combate a grupos específicos de doenças. Estes últimos desenvolviam ações voltadas principalmente para trabalhadores do campo e periferias dos centros urbanos, em geral sem acesso a nenhuma outra alternativa de assistência que não aquela oferecida diretamente pelo Estado (Iyda, 1994; Labra, 1985; Ribeiro, 1993).

Com a substituição dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), organizados por categorias profissionais, pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, dá-se a extensão da cobertura previdenciária a toda a população com vínculo empregatício formal. Nesse processo, financiado pela tributação da massa salarial, ocorre a ampliação do acesso a serviços médicos através da compra de serviços privados, desenvolvendo-se um modelo de atenção à saúde centrado na assistência médica individual de base hospitalar. Entre as décadas de 60 e 70 diferentes mecanismos de compra de serviços através de recursos previdenciários garantem o crescimento, a incorporação de novas tecnologias e a capitalização do setor privado. Em 1975, com a promulgação da Lei 6229, institucionaliza-se o modelo médico assistencial privatista, consolidando-se a separação entre ações de saúde coletiva, de competência

pública, e ações de assistência médica, de competência do setor privado. (Cohn, 1995; Oliveira & Teixeira, 1986).

Até o início dos anos 60, a gerência de serviços públicos de saúde não se colocava como uma temática posta para o sanitarismo. As questões relativas à organização dos serviços giravam em torno de questões macroinstitucionais, apontando-se a necessidade de constituição de um sistema nacional de saúde e de mecanismos de superação da dicotomia entre práticas "curativas" e práticas "preventivas".

Em meados dos anos 70, o fim do chamado "milagre econômico" ocasionou o aumento do desemprego, subemprego e crescimento do mercado informal, abalando as bases do sistema de financiamento previdenciário. Além disso, os custos crescentes da assistência médica, ao lado da recessão econômica e da crise fiscal do Estado, desestabilizam política e administrativamente a Previdência Social, e trazem a público as insuficiências desse modelo como alternativa de atenção à saúde. A crise abre espaço para o desenvolvimento de alternativas tanto privadas, com o crescimento da atenção médica supletiva dos convênios-empresas ou dos seguros-saúde, quanto públicas, com questionamentos sobre a necessidade de melhor utilização e de crescimento da estrutura pública de serviços (Buss,1995).

É nesse período que se realizam nos serviços públicos as primeiras experiências de reorganização para o desenvolvimento de ações de integração da assistência médica individual aos serviços sanitários, como forma de ampliação do acesso ao atendimento médico para a população não inserida no mercado formal. Esse processo tem lugar num contexto de recomposição das forças civis pela democratização política do país e reflete a organização de um conjunto de iniciativas pela conquista da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, e que determinam uma reordenação das políticas sociais.

Na perspectiva da construção de um projeto público para a saúde, setores comprometidos com esse projeto acreditam que a unificação institucional dos

serviços permita avanços administrativos e organizacionais, como a otimização do uso dos equipamentos públicos e a unificação do controle dos recursos financeiros, e, principalmente, viabilize a universalização do acesso aos serviços de saúde. Nesse momento, a integração é valorizada em sua dimensão política e representa a defesa da extensão das práticas de saúde para o conjunto da população, sob a égide do setor público, recolocando o direito aos serviços de saúde como um direito social garantido pelo Estado (Campos, 1992).

Procurando avançar na construção de alternativas concretas, que não se restrinjam ao debate dos mecanismos de organização macro-institucionais, realizam-se algumas experiências em serviços públicos de saúde que buscam desenvolver modelos assistenciais que representem uma tradução tecnológica da proposta integradora. É o caso, por exemplo, do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e da experiência com Programas de Saúde feita pela Secretaria de Estado da Saúde em São Paulo, ambas da segunda metade da década de 70 (Rosas, 1981; Nemes, 1989). Entretanto, um maior investimento na proposição de alternativas tecnológicas de integração médico-sanitária adquire maior expressão somente a partir das mudanças institucionais que ocorrem nos anos 80. Será nessa década, com o desenvolvimento de experiências institucionais concretas de integração entre equipamentos públicos de assistência médica e de saúde pública, que a convivência entre práticas originalmente estruturadas com finalidades distintas recolocará a abordagem da integração sobre as dimensões assistenciais, passando-se a explorar suas potencialidades técnicas como estratégia de intervenção e não só de organização de serviços (Nemes, 1995; Schraiber, 1993a).

Todos esses processos fazem parte de um movimento mais amplo de extensão de direitos sociais mínimos através do desenvolvimento de estratégias de maior acesso a bens e serviços, que se iniciam no segundo pós-guerra nos países desenvolvidos, com a ampliação das políticas de Estado de proteção social e a

implantação de diversos modelos de *welfare state*. Nos países periféricos, as políticas sociais tiveram comparativamente um avanço bem menor nos mecanismos de proteção social e de promoção da cidadania. As análises desses modelos buscam definir-lhes uma conceituação teórica mais fina que permita avaliar seus avanços como mecanismos de desmercadorização do trabalho humano e o seu significado como resultante tanto de conquistas sociais como da implementação de mecanismos de renovação da ordem capitalista, sendo necessário avaliar cada situação histórica concreta de acordo com as características econômicas e de composição das forças sociais das sociedades em estudo (Esping-Andersen, 1991).

No Brasil, os períodos nos quais se puderam observar "*...efetivos progressos na legislação social coincidem com a existência de governos autoritários. Os dois períodos notáveis da política social brasileira identificam-se, sem dúvida, ao governo revolucionário de Vargas e à década pós-1966....Igualmente importante, o preço político pago pela sociedade, em seu conjunto, foi, nos dois períodos, bastante elevado. No primeiro momento, caracterizou-se a relação entre o poder e o público pela extensão regulada da cidadania. Caracteriza-se o segundo pelo recesso da cidadania política, isto é, pelo não reconhecimento do direito ou da capacidade de a sociedade governar-se a si própria.*" (Santos, 1987, p. 89). Na década de 70 cresce a resistência social ao regime militar e o questionamento em diferentes frentes de um Estado que ameaça seus cidadãos, para entrarmos nos anos 80 e 90 no embate entre duas concepções sobre o Estado: a de sua minimização diante da supremacia do mercado "como principal agente regulador da ordem econômica e social", e a do "Estado democrático forte", responsável pelo ajuste estrutural das desigualdades sociais (Cohn, 1995).

Durante a década de 80, a progressiva integração das instituições públicas responsáveis pelos serviços de saúde ampliou de maneira significativa a responsabilidade direta do Estado no atendimento médico, ampliando em contrapartida

as contradições e áreas de tensão com setores interessados em manter essa atividade sob o controle da iniciativa privada.

Articula-se um movimento em defesa de um projeto público para a saúde, aglutinado em torno de um projeto com pontos mínimos para execução de uma reforma sanitária, que tem repercussões importantes nas mudanças da organização dos serviços de saúde que se iniciam nesse período. Seu ideário baseia-se na luta pela universalidade e eqüidade da atenção à saúde, e pode ser definido como um movimento que se refere "... *a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.*" (Teixeira, 1989, p.39). O sistema único coloca a integração como uma alternativa ao modelo excludente e dicotomizado, caracterizado pela organização "em paralelo" de serviços de assistência médica previdenciária e de serviços de saúde pública, e como uma alternativa estratégica para superá-lo (Cohn, 1995).

Na dimensão político-organizacional, imediatamente mais restrita à reforma institucional, a proposta de integração médico-sanitária começa a adquirir viabilidade com a assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), firmado a partir de 1983 entre a União e os estados. Este movimento de ampliação do acesso à saúde por meio do fortalecimento do setor público desdobra-se na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, contemplando, ao menos em parte, os objetivos do movimento da Reforma Sanitária (Cohn,1989).

Com o SUS, regulamentado pela Lei 8080/90, o processo de municipalização amplia e diversifica a quantidade e a qualidade das experiências de organização de serviços em municípios de diversos estados brasileiros. Desde a

implantação do SUDS, o processo de descentralização dá maior autonomia a estados e municípios, possibilitando uma melhor exploração, neste segundo momento, de questões relativas às dimensões técnico-operativas trazidas com a integração, conforme pode-se observar em diferentes localidades (Teixeira & Paim, 1990; Campos, 1991a; Cecílio,1993; Teixeira & Melo, 1995).

A nova qualidade da gerência é dada mais imediatamente pela importância que os serviços de assistência direta passam a ter no processo de extensão da atenção à saúde. O grau de penetração social alcançado por esses serviços, especialmente os "não-hospitalares", representa a efetivação desse processo. Dentro da perspectiva de racionalização dos equipamentos disponíveis, a extensão da assistência médica, particularmente em estados como São Paulo, dá-se a partir dos postos e centros de saúde. Mas que tipo de "ações integradas" deverão agora ser realizadas? A tradição desse tipo de equipamento no Brasil não é a de ambulatórios médicos mas, antes, a de instrumentos de ações sanitárias, por isso descentralizados e próximos à comunidade para a qual se dirigem suas ações-fim. Em outras palavras, mesmo a integração estritamente organizacional leva à convivência institucional de práticas com distintas tecnologias de intervenção, nem que apenas pela tradição dos equipamentos nos quais se instalam.

Até o início dos anos 80, predominavam na assistência médica o setor privado credenciado que tinha o Estado como um comprador garantido de serviços, com baixos riscos de investimento para os produtores e sem as exigências de competitividade e eficiência que orientam o mercado (Cohn, 1995).

Desde a implantação do plano CONASP, e particularmente a partir das AIS (Ações Integradas de Saúde), estabelecem-se mecanismos de controle maior sobre as contas hospitalares, com uma pressão crescente sobre a lucratividade do setor contratado e sua capacidade de investimento. O papel central assumido pelo Ministério da Previdência Social, através do INAMPS, na implementação desta nova política

introduz "*...nas instituições públicas, através de mecanismos de compra e venda de serviços, a cultura da atenção médica, reconhecendo o setor estatal como mais um prestador de serviços em condições semelhantes aos prestadores privados.*" (Mendes, 1994a, p. 38).

No final dos anos 70 e início dos 80, enfrenta-se uma crise econômica de abrangência mundial que marca a ascensão do projeto neoliberal em todo o mundo ocidental. Os setores que defendem a falência do Estado de "bem-estar social", tanto nos moldes capitalistas do *welfare state* como no modelo socialista, advogam um projeto neoliberal que recoloca o mercado como o único regulador possível para a adequada oferta de serviços. Nesta visão, "*...a solução da crise consiste em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo. Isto significa de um lado, eliminar a intervenção do Estado na economia, tanto nas funções de planejamento e condução como enquanto agente econômico direto, através da privatização e desregulamentação das atividades econômicas. Por outro lado, as funções relacionadas com o bem-estar social devem ser reduzidas.*" (Laurell, p. 162, 1995).

Ainda nesta perspectiva, os mecanismos necessários e suficientes para a organização de serviços médicos de qualidade e com acesso facultado à maioria da população estariam postos na concorrência e nas leis de mercado, o que poderia ser garantido pela multiplicação das empresas médicas, seguros-saúde ou outras formas empresariais de prestação de serviços. Os serviços públicos continuariam a se responsabilizar por aquela parcela economicamente marginalizada da população e pela oferta limitada de serviços de tecnologia de ponta, em geral muito onerosos e de risco para aplicações de capital privado (Campos, 1992). Consoante com esta perspectiva, de 1985 a 1987 implementa-se no Brasil uma política de privilegiamento de instituições filantrópicas e aumento de gastos com o setor público, especialmente com serviços de tecnologia de ponta, ao lado da manutenção de uma grande flexibilidade com as demandas clientelistas (Mendes,1994a).

A incompetência demonstrada pelos serviços públicos no atendimento às demandas sociais por serviços de saúde, especialmente de segmentos das classes médias urbanas, aumenta a procura e a aceitação social por outras modalidades de assistência[3]. Esta "incompetência", muitas vezes explorada como sendo quase inerente ao serviço público, fica caracterizada pela baixa eficiência e qualidade dos serviços oferecidos. Análises sobre a ineficiência do setor público na saúde e em áreas relativas a políticas sociais têm apontado como fatores determinantes a opção, reiterada por diferentes governos, em combinar características tais como: a superposição de competências e clientelas, a manutenção das tarifas relativas à massa salarial como principal fonte de recursos para a assistência médica, o gigantismo da máquina estatal, permeada por práticas burocráticas e clientelistas, e a privatização da esfera pública (Cohn, 1989). Destacam-se ainda outros fatores como a centralização decisória, os baixos níveis de investimento financeiro e a ausência de uma política de recursos humanos, refletida nos baixos salários e no baixo grau de profissionalização dos servidores, que se desdobram numa cultura organizacional que estabelece como padrão de desempenho a falta de compromisso e motivação, e o apego à burocracia como fim em si mesma (Malik & Vecina Neto, 1993).

É também no interior do movimento de expansão e descentralização dos serviços de saúde ocorrido na década de 80 que o setor privado redefine seu

---

[3] "*...a universalização excludente pôde alcançar na prática a sua função redistributiva à medida em que a resistência que os grupos de cima poderiam opor à atenuação das barreiras à entrada no sistema são contornadas pela viabilização do acesso destes segmentos ao subsistema privado de saúde. Estes segmentos reduzem cada vez mais suas expectativas quanto ao atendimento público, passando a ter como referencial efetivo o subsistema privado. É neste momento que o sistema finalmente se acomoda: a expulsão provocada pelo racionamento no subsistema público é contrarrestada pela absorção destes segmentos no subsistema privado.*" Faveret Filho e Oliveira, "A universalização excludente - reflexões sobre as tendências do sistema de saúde", UFRJ/IEI, Rio de Janeiro, 1989, Cf. citado por Mendes, E.V., "As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal", p. 53, in Mendes, E.V. (org.), Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, Hucitec/Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1994.

modelo e se firma como opção para segmentos da classe média urbana. Mantendo-se como principal prestador de assistência médico-hospitalar, o capital privado diversifica seus investimentos em saúde abrindo novas formas de captação que independam da intermediação estatal, como parte de uma nova estratégia de ampliação do projeto neoliberal[4]. Isto é visível na importância assumida pela assistência médica supletiva. Em suas diversas modalidades, medicinas de grupo, sistemas próprios de empresas, seguros-saúde, cooperativas médicas e planos de administração, ou seja, empresas que administram planos de saúde, estes sistemas assistenciais cobriam, em 1989, em torno de 31 milhões de brasileiros, ou 22% da população do país (Mendes, 1994a).

Para o setor público, o repasse financeiro entre União e Estados e/ou Municípios proporcionalmente à produção de serviços, de modo semelhante aos prestadores contratados, abre espaço para o avanço de proposições que defendem um padrão de "modernização" onde os serviços públicos se colocam, aparentemente, em condições de participar da "livre" concorrência com os serviços privados. Nesta concepção, a questão da eficiência pública é remetida para a exclusiva esfera da gerência, que potencialmente teria a possibilidade de transformar o perfil de desempenho dos serviços através da incorporação de técnicas gerenciais e mecanismos de organização do setor privado, ou, no limite, através da concessão dos equipamentos públicos para a administração privada. O embate político com o movimento sanitário é evidente. "*Nota-se que a crítica neoliberal ao Estado de bem-estar é centrada em oposição àqueles elementos da política social que implicam desmercantilização, solidariedade social e coletivismo. Esta crítica condena os direitos sociais, o*

---

[4] "*As estratégias concretas idealizadas pelos governos neoliberais para reduzir a ação estatal no terreno do bem-estar social são: a privatização do financiamento e da produção de serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; canalização dos gastos para grupos carentes; e a descentralização em nível local*" Laurell, A.C. , "Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo", p. 163, in Laurell, A.C. (org.) Estado e políticas sociais no neoliberalismo, Cortez, São Paulo, 1995.

universalismo, a dissociação entre benefícios e contribuição trabalhista, além da administração-produção pública de serviços..." (Laurell, p.163, 1995).

Para a discussão de nossa temática, interessa assinalar as potencialidades instrumentais que ficam apontadas para a ação gerencial por propostas de conteúdo ético e político tão divergentes, caracterizando o grau de vinculação que necessariamente a gerência guarda em relação ao projeto político-institucional que operacionaliza.

A unificação dos serviços públicos de assistência à saúde através do SUS, e seu grau de penetração, coloca em evidência a ação gerencial e traz o debate essencialmente para o plano político, ao colocar em cheque o projeto público da Reforma Sanitária. A não ser pelas questões relativas ao financiamento, cuja importância tende a ser diluída ideologicamente, a oposição política entre o projeto da Reforma Sanitária e as propostas de cunho neoliberal pode não demonstrar diferenças imediatamente perceptíveis se o destaque for dado ao enfoque gerencial, tendendo a se equivaler enquanto propostas técnicas centradas na garantia de extensão da assistência médico-hospitalar, para as quais se busca desenvolver alternativas gerenciais que promovam uma maior eficiência. As diferenças éticas polarizam o debate entre a necessária mercantilização da saúde numa economia de mercado, como a única forma de conquistar maior efetividade, ou o desenvolvimento de mecanismos públicos que possam garantir a saúde enquanto direito social (Cohn,1995; Buss, 1995).

Sem que esteja havendo um debate público mais cuidadoso, a legitimidade junto à população do modelo neoliberal se constrói através da garantia de acesso a serviços médicos. Não se coloca mais o debate em torno da velha dicotomia entre ações "preventivas" ou "curativas", mas sim na positivação de dois subsistemas, o público, financiado pelo conjunto da população e dirigido à população carente, e o privado, para aqueles que podem pagar, cuja qualidade e cobertura fica definida pelos

critérios de mercado, através da variabilidade de planos, dos *standards* aos *masters* (Mendes, 1994a).

O subsistema público mantém-se como responsável pela incorporação de tecnologias de ponta e pelas ações coletivas, enquanto investimentos de maior risco financeiro no mercado. No espírito da Reforma Sanitária, a administração pública tem na qualidade da assistência médica um dos desafios em desenvolver alternativas eficazes e efetivas de atenção à saúde que componham uma "cesta básica" de cidadania, que não podem ser atendidas por um sistema orientado pelas regras de mercado (Dalmaso, 1994).

Neste cenário, a gerência de serviços públicos de saúde muitas vezes é considerada estratégica, por estar vinculada tanto à esfera institucional de definição das políticas de governo, como a seus desdobramentos organizacionais na prestação direta de serviços à população. Compete à administração pública, como gestora do SUS, responder pelo funcionamento dos serviços de saúde, inclusive no que se refere à eficácia e efetividade de suas ações, e a seu conteúdo técnico. O grau de competência com que esta responsabilidade é assumida tem sido analisado predominantemente a partir de dois ângulos: de um lado, como correspondendo às opções políticas realizadas pelo poder público; de outro, como resultado de sua capacidade em organizar e administrar as instituições prestadoras de serviços. A questão política remete à análise das arenas de disputa de poder no interior do Estado, e/ou no mercado, e à identificação de estratégias que interfiram em seus resultados, sempre dinâmicos e provisórios. A capacidade administrativa, *stricto sensu*, reconhecidamente um campo mais estável e refratário a mudanças, desloca o foco para o estudo da burocracia e de técnicas gerenciais, ampliado mais recentemente pelo reconhecimento das dimensões políticas internas a este mesmo campo.

Ainda que nos aproximando mais deste segundo caminho, iremos inverter a questão que mais freqüentemente os estudos sobre esta temática tendem a

explorar, qual seja, a identificação dos instrumentos e mecanismos gerenciais mais eficazes à transformação dos serviços públicos dentro de um determinado projeto de políticas de saúde. A inversão proposta é analisar os diferentes modelos de organização de serviços definidos pelo Estado a partir de suas correlações com as atividades-fim de assistência historicamente definidas para os equipamentos públicos. Em outras palavras, analisar a administração pública de serviços interrogando suas mudanças em relação às práticas de saúde assumidas como de sua responsabilidade. A citada inversão está em reconstituir como, em determinados períodos históricos, modificações nas ações de saúde redefiniram as necessidades organizacionais para sua execução. Neste recorte, estaremos privilegiando os conteúdos técnico-administrativos em relação aos políticos, recorrendo basicamente à análise das normas, legislações e documentos que tratem da organização, avaliação e controle das ações públicas de saúde.

A opção em separar, para efeito de análise, o "político" do "administrativo" não significa destituir este último de sua dimensão política, como é usual em grande parte da bibliografia relativa à administração, mas representa uma opção de estudo "por dentro" das dimensões organizativas e gerenciais dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 1 - ORIGENS HISTÓRICAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE NO BRASIL

1.1 A gerência como parte integrante da organização social do trabalho

A gerência emerge como prática com o desenvolvimento de novas formas de organização do trabalho industrial no final do século XIX. Nesse período, teve início, com a chamada Segunda Revolução Industrial[1], a adoção de um novo padrão tecnológico de produção, com um aumento da concentração técnica e financeira e o desenvolvimento de novas formas de gestão do trabalho. As inovações introduzidas visavam diminuir os gastos com salários e centralizar o controle sobre as técnicas de produção, desqualificando os ofícios através de uma nova composição entre o *trabalho vivo* e o *trabalho morto*, na qual cada trabalhador passa a operar máquinas e ferramentas desenhadas e organizadas com o objetivo de serem mais produtivas (Heloani, 1994).

"Com a cooperação de muitos assalariados, o domínio do capital torna-se uma exigência para a execução do próprio processo de trabalho, numa condição necessária da produção. O comando do capitalista no campo da produção torna-se então tão necessário quanto o comando de um general no campo de batalha. Todo trabalho diretamente social ou coletivo, executado em grande escala, exige com maior

[1] O processo de transformações históricas e sociais no modo de produção ocidental nominado como Revolução Industrial ocupou aproximadamente a metade do século XVIII e o primeiro terço do século XIX. O marco histórico da Segunda Revolução Industrial, que então se iniciou, é dado pelas importantes mudanças que ocorreram na relação entre ciência e trabalho social. *"O contraste entre ciência como uma propriedade generalizada ocasional na produção e ciência como propriedade capitalista no pleno centro da produção é o contraste entre a Revolução Industrial, (...),e a revolução técnico- científica..."* (Braverman, p.138, 1987).

ou menor intensidade uma direção que harmonize as atividades individuais e preencha as funções gerais ligadas ao movimento de todo o organismo produtivo , que difere do movimento de seus órgãos isoladamente considerados. Um violinista isolado comanda a si mesmo, uma orquestra exige um maestro. Essa função de dirigir, superintender e mediar assume-a o capital logo que o trabalho a ele subordinado se toma cooperativo. Enquanto função específica do capital, adquire a função de dirigir caracteres especiais." (Marx, L.1-V.I p. 379 e 380, 1984).

No decorrer do século XX, a gerência diversifica-se desenvolvendo um campo próprio de conhecimentos que busca instrumentalizar a organização de diferentes processos de produção, não mais restritos ao trabalho nas indústrias. Da origem da ação gerencial, como instrumento de controle e organização do trabalho na linha de produção, à sua atual incorporação na organização do trabalho em serviços públicos de saúde há um conjunto de diferenças e mediações que precisam ser consideradas. Ao mesmo tempo, não podemos deixar de reconhecer que há um fio condutor comum na definição histórica do significado social da gerência na organização do trabalho nas sociedades capitalistas contemporâneas, bem caracterizado pelo desenvolvimento da Administração[2] como uma área específica de conhecimentos aplicáveis à organização de diferentes práticas sociais. Reunidos na Teoria Geral da Administração (TGA) e, mais

[2] Enquanto área de conhecimento e práticas a *Administração* está vinculada ao processo mais global de racionalização do trabalho que se inicia nos países de economia central no último quarto do século XIX. Autores clássicos neste campo, definem-na como área de fundamental importância para organização do trabalho nas sociedades modernas. *"Vivemos em uma civilização onde o esforço cooperativo do homem é a base fundamental da sociedade. A tarefa básica da Administração é a de fazer as coisas através das pessoas. Seja nas indústrias, no comércio, nas organizações de serviços públicos , nos hospitais, nas universidades, nas instituições militares ou em qualquer outra forma de empreendimento humano a eficácia com que as pessoas trabalham em conjunto para conseguir objetivos comuns depende principalmente da capacidade daqueles que exercem função administrativa. O avanço tecnológico e o desenvolvimento do conhecimento humano, por si apenas, não produzirão efeitos se a qualidade da administração efetuada sob os grupos organizados de pessoas não permitir uma aplicação efetiva desses recursos humanos."* (Chiavenato, p.6, 1987).

recentemente, em diversas linhas de estudos e práticas estes enfoques possuem, em geral, traduções específicas para o campo da produção de serviços de saúde.

Para uma aproximação progressiva com a *gerência de serviços públicos de saúde*, de modo a construí-la como um objeto de análise, desenvolveremos a seguir quatro níveis progressivos de aproximação: a) quanto às características da *gerência* em sua emergência *no trabalho industrial*; b) quanto a existência ou não de diferenças significativas quando se refere à *organização do trabalho em serviços*; c) quanto à sua emergência e características em relação ao trabalho nos *serviços de saúde* e d) quanto às especificidades que assume quando referida à produção de *serviços públicos de saúde*.

Na primeira fase do capitalismo industrial, o processo de trabalho continuou a ser executado basicamente através do contrato de diaristas e artesãos independentes, permanecendo sob o controle imediato dos produtores, que mantinham o domínio sobre o conhecimento e a habilidade técnica necessárias ao desempenho de seus ofícios. Tão logo os trabalhadores passam a ser reunidos num mesmo espaço de trabalho, novas atividades passam a ser necessárias à sua organização: como a coordenação das diferentes operações executadas simultaneamente por um coletivo de trabalhadores; a centralização do suprimento de materiais; o escalonamento de prioridades; a confecção de folhas de pagamento; cálculos de lucros e perdas; a coordenação das vendas; e outras ações relativas à garantia de controle sobre o processo produtivo (Braverman, 1987).

"De início, o capitalista em germe liberta-se do trabalho manual quando seu capital atinge aquela magnitude mínima em que começa a produção capitalista propriamente dita. Com o desenvolvimento, o capitalista se desfaz da função de supervisão direta e contínua dos trabalhadores isolados e dos grupos de trabalhadores, entregando-a a um tipo especial de assalariados. Do mesmo modo que um exército, a

massa de trabalhadores que trabalha em conjunto sob o comando do mesmo capital precisa de oficiais superiores (dirigentes, gerentes) e suboficiais (contramestres, inspetores, capatazes, feitores), que, durante o processo de trabalho, comandam em nome do capital. O trabalho de supervisão torna-se sua função exclusiva. ...identifica(-se) a função de direção que deriva da natureza do processo de trabalho coletivo com a que deriva do caráter capitalista do processo produtivo, do antagonismo entre patrão e trabalhador." (Marx, L.1-V.I, p. 381, 1984).

A progressiva complexização dos processos de trabalho nas fábricas, exige a interação de diferentes tipos de trabalho e a busca por novas técnicas que "modernizem" os processos tradicionais de produção, com o intuito de torná-los mais produtivos. Nesse sentido, a gerência surge como uma necessidade histórica do capitalismo em controlar o conjunto do processo de trabalho para impulsionar seu desenvolvimento, ou seja, ampliar os mecanismos de acumulação (Marglin, 1980).

A adoção de maquinário pesado, sua concentração e o maior parcelamento do trabalho, com a cisão entre os momentos de concepção e execução, são mudanças que exigem a incorporação de uma atividade que reuna o conhecimento do processo global de produção. É este o espaço que passa a ser ocupado pela gerência. É o domínio deste conhecimento que permitirá o desenvolvimento de técnicas de controle e a redefinição do modo de operar cada uma das etapas do processo de trabalho, no sentido de aprimorar sua divisão, permitir um maior controle e otimizar sua capacidade de produção (Heloani, 1994).

Até o advento da grande indústria, os trabalhadores detinham o saber sobre suas atividades mantendo, neste sentido, controle sobre o processo de trabalho ainda que não fossem mais os donos dos meios de produção. A emergência do gerente faz parte de uma modificação na base tecnológica de organização do trabalho por representar um novo modo de operá-lo, ou seja, um novo modo de articular saber e prática no trabalho. Esta nova base tecnológica caracteriza-se essencialmente pela

incorporação do conhecimento científico ao processo de trabalho. Até as últimas décadas do século XIX as técnicas desenvolvidas na produção contribuíram muito mais para a pesquisa científica do que o oposto, ou nas palavras de Braverman: "... *a técnica desenvolveu-se antes e como um requisito prévio para a ciência...em contraste com a prática moderna, a ciência não tomou sistematicamente a dianteira da indústria, mas frequentemente ficou para trás das artes industriais e surgiu delas*" (Braverman, 1987).

É nesse contexto histórico, com o estabelecimento de uma verdadeira "simbiose" entre a ciência e a produção industrial, base de seu deslocamento tecnológico, que emerge a administração científica, articulada a um mesmo movimento histórico que busca desenvolver mecanismos que promovam uma maior eficiência econômica para o processo produtivo.

Há um período de transição, entre o início da industrialização e o desenvolvimento das grandes indústrias de capital monopolista, no qual persistem temporariamente as regras do aprendizado e os estatutos legais comuns ao modo feudal e corporativo de produção, ainda que os trabalhadores já fossem contratados por um mesmo patrão. O trabalho era comprado do mesmo modo que a matéria prima, ou seja, como uma quantidade de trabalho completa e incorporada ao produto. Isto se refletia numa grande variedade de sistemas de subcontratação e desligamento, tais como: subcontratação de trabalhos domiciliares (tecelagem, relojoaria, confecção de roupas, objetos de metal), nos quais a distribuição de materiais era feita na base de empreitadas contratadas; contratos em turmas ou isoladamente, muitas vezes com a mediação de um subcontratador (indústria de minérios, como zinco, cobre ou carvão), sendo comum a ocorrência de diferentes formas de contrato numa mesma indústria; a definição de "responsáveis pelas máquinas", frequente nas primeiras fábricas (como na de fiação), e que correspondia à subcontratação feita por um operário de familiares e conhecidos em seu auxílio; a responsabilização de capatazes de turmas por algumas máquinas, que subcontratavam quem as operasse. O subcontratador intermediário era ao mesmo tempo

empregado e pequeno empregador. Muitos trabalhadores não vendiam diretamente seu trabalho ao capitalista, dando margem ao pagamento em gêneros ou através do repasse de dívidas com terceiros, negociadas com os intermediários (Marglin, 1980).

Com o processo de expansão do capital, passam a prevalecer os contratos "livres" entre empregados e empregadores, passando a ser da competência dos últimos o controle do tempo dos assalariados, incorporado como sua propriedade tanto quanto a matéria prima e os produtos saídos das oficinas. Além do controle sobre o tempo, diferentemente do período anterior, o capitalista tem agora "*...o poder virtualmente irrestrito de determinar os modos técnicos do trabalho.*" (Braverman, p.62, 1987).

"*À gerência é atribuída...a função de reunir os conhecimentos tradicionais que no passado possuíram os trabalhadores e então classificá-los, tabulá-los, reduzi-los a normas, leis ou fórmulas, grandemente úteis ao operário para execução do seu trabalho diário.*" (Taylor, p.49, 1970) . A prevalência de contratos de trabalho e o estabelecimento de formas definidas de organização e coordenação do processo de trabalho através da *gerência*, assinala, portanto, um modo especificamente capitalista de controle da produção que só se difunde no século XX.

"*...de acordo com leis científicas, (...) a administração deve planejar e executar muitos trabalhos de que até agora têm sido encarregados os operários; quase todos os atos dos trabalhadores devem ser precedidos de atividades preparatórias da direção, que habilitam os operários a fazerem seu trabalho mais rápido e melhor do que em qualquer outro caso. E cada homem será instruído diariamente e receberá auxílio cordial de seus superiores, em lugar de ser, de um lado, coagido por seu capataz, ou, em situação oposta, entregue à sua própria inspiração. Esta cooperação estreita, íntima*

e pessoal, entre a direção e o trabalhador, é parte essencial da administração científica ou administração das tarefas.[3] " (Taylor, p.41, 1970).

Os estudos desenvolvidos e sistematizados por Frederic Taylor, nos EUA, as teorias organizacionais de Fayol[4], na França, e a organização da linha de montagem "fordista"[5], foram práticas e proposições que muito contribuíram para o aprimoramento do trabalho industrial, aumentando sua produtividade e garantindo o sucesso financeiro da chamada Segunda Revolução Industrial ou Revolução Técnico-Científica. Muitas outras abordagens, com enfoques diversos, desenvolveram-se desde então, introduzindo e respondendo a mudanças no interior do processo produtivo.

Nos limites deste estudo, interessa-nos destacar o movimento de constituição da *gerência* como prática social nas sociedades capitalistas ocidentais, que a define como prática originalmente vinculada a um processo de inflexão na forma de organizar o trabalho fabril, do qual participa de modo atuante e decisivo. Suas principais características, neste processo, podem ser sintetizadas como se segue:

---

[3] A expressão original é *task management*, que transmite a idéia de administração de acordo com tarefas individuais e previamente determinadas; diferenciando-se da concepção de *administração por tarefas*, que remete à forma de pagamento por tarefas. (Cf. "Nota do tradutor", Taylor, p. 42, 1970).

[4] Enquanto Taylor dirigia seus estudos fundamentalmente à mensuração e otimização dos tempos e movimentos gastos em cada tarefa do processo de trabalho, Fayol, ainda na década de 10, dava "*...ênfase à estrutura que a organização deveria possuir para ser eficiente. ...inaugurando uma abordagem anatômica e estrutural ...*". Fayol desenvolveu a primeira teoria sobre organização à compor a TGA. Sua *Teoria Clássica "...caracterizou-se basicamente pelo seu enfoque prescritivo e normativo: quais os elementos da administração (funções da administração) e quais os princípios gerais que o administrador deveria seguir na sua atividade,..."* (Chiavenato, p. 103 e 108, 1987).

[5] Em 1913, a *Ford Motor Company*, fundada dez anos antes, inicia a aplicação dos princípios da linha de montagem. A simplificação e parcelamento extremos do trabalho, diminuiu as exigências de qualificação e treinamento, aprimorou o tempo gasto na produção, estandartizou máquinas e operações, barateando os custos da indústria com a mão de obra e aumentando a produtividade (e o desemprego). As inovações introduzidas por Ford *"...permitiram a introdução da produção maciça por meio da linha de montagem,..., (e) teve como resultado, portanto a desqualificação do operário e a intensificação do trabalho."* O que, ao lado de outras mudanças, permitiu *"...o barateamento do automóvel e a transformação dele em um bem de consumo de massa."* (Fleury e Vargas, pp. 23-28, 1994).

a) "ter sua emergência histórica em necessidades estruturadas no interior do processo de trabalho industrial, participando de sua redefinição como um novo instrumento de organização;

b) organizar-se como prática social a partir da consolidação da divisão do trabalho manual e intelectual, identificando-se a este último;

c) caracterizar-se como uma atividade que detém domínio intelectual sobre o processo de trabalho, mas que, não executa nenhuma etapa deste processo, participando assim de uma forma muito particular do trabalhador coletivo;

d) constituir-se essencialmente como uma atividade de controle do processo de trabalho, no sentido de ter como atribuição o desenvolvimento de medidas que garantam sua execução de acordo com um determinado projeto;

e) encontrar-se, originalmente, numa posição institucional intermediária entre trabalhadores e proprietários, servindo de anteparo aos conflitos oriundos dos interesses antagônicos dessas duas classes;

f) identificar-se, em sua emergência, com o projeto social dos detentores dos meios de produção ." (Castanheira, 1996).

A segunda aproximação necessária à caracterização do objeto "*gerência de serviços públicos de saúde*" diz respeito ao reconhecimento do tipo de mudanças que ocorrem em relação à gerência quando esta se refere não mais ao trabalho industrial mas ao *setor de serviços*.

O processo de acelerada urbanização vivido pelas sociedades industrializadas desde o século passado, trouxe consigo um conjunto diversificado de mudanças na organização social, inclusive para o interior da vida privada. Na fase do capitalismo monopolista estas mudanças se aceleram e se consolidam. A família deixa de ser uma unidade de trabalho cooperado na produção e consumo de mercadorias que suprem suas próprias necessidades de alimentação, vestuário e produtos para uso

doméstico, para se tornar essencialmente uma unidade consumidora. Nas cidades, o conjunto de necessidades "primárias" de subsistência passa a ser suprido pelo mercado, ao mesmo tempo, multiplicam-se e diversificam-se as necessidades socialmente reconhecidas como legítimas e cuja transformação inicial em demanda e busca por satisfação também tende a ser orientada pelo mercado.

Além disso, estabelecem-se novas relações interpessoais que modificam os vínculos e compromissos dos cuidados de uns com os outros, principalmente em relação àqueles grupos afastados do processo produtivo, como crianças, velhos e pessoas doentes, transferindo-se progressivamente as responsabilidades para o plano institucional. Neste processo, de profundas modificações de valores e modos de viver a vida em sociedade, os serviços adquirem importância crescente, alimentando o mercado na circulação e distribuição de mercadorias, desenvolvendo e ampliando as atividades bancárias e financeiras, suprindo as novas necessidades de consumo privado, individual ou coletivo, e ainda, respondendo pela extensão dos cuidados diretos às pessoas através do trabalho nas instituições (Braverman, 1987).

O crescimento deste setor é tão significativo que em termos de oferta de trabalho supera a capacidade de incorporação de mão de obra do setor industrial, que, ao contrário, tende inicialmente a estagnar e mais recentemente a diminuir sua oferta. Este acelerado desenvolvimento corresponde ao processo de formação de um "mercado universal", onde se oferecem um conjunto de "bens-mercadoria" e "serviços-mercadoria", que possam satisfazer toda e qualquer necessidade, em substituição às antigas formas de cooperação mútua social, comunitária e familiar (Braverman, 1987).

Os serviços caracterizam-se por sua *utilidade imediata* relacionando-se com o usuário tanto de um modo mais "externo", ao produzir ou recuperar um bem através do movimento de produção e circulação de mercadorias (como no caso do comércio, transporte ou oficinas de reparos diversos), como de um modo mais "direto",

onde o sentido da utilidade está relacionado a produção e reprodução de valores e comportamentos socialmente legitimados (Nogueira, 1994).

O setor de serviços se organiza sob a lógica da produção capitalista e passa por transformações até certo ponto similares às ocorridas com a produção de mercadorias: coletivização do trabalho, com ampliação da divisão interna ao trabalho cooperado, crescente incorporação de máquinas e novas tecnologias, e assalariamento dos trabalhadores. Nessa aproximação, os "serviços em geral" também se caracterizam no processo de produção como trabalho assalariado capaz de gerar lucro através da produção e circulação de mercadorias, tanto na forma de bens como na forma de serviços.

"*O que vale ...não é a determinada forma de trabalho, mas se foi obtido na rede de relações sociais capitalistas, se o trabalhador que o executa foi transformado em homem pago e se o trabalho assim feito foi transformado em trabalho produtivo - isto é, trabalho que produz lucro para o capital (...). E isto só começou em larga escala com a era do capitalismo monopolista que criou o mercado universal e transformou em mercadoria toda a forma de atividade do ser humano, inclusive o que até então as pessoas faziam para si mesmas e não para as outras.*" (Braverman, pp. 305 -306, 1987).

Um primeiro aspecto a destacar é que o setor de produção de serviços desenvolve-se e ganha importância econômica no presente século em função das transformações havidas no processo social de produção e satisfação de necessidades humanas, e que sua organização obedece, em linhas gerais, aos mesmos determinantes macroestruturais que caracterizam a produção industrial. Por outro lado, faz-se necessário uma segunda aproximação no sentido de reconhecer quais as especificidades do processo de trabalho que se desenvolve nos serviços.

Offe[6], considera que o trabalho em serviços está sempre situado na intersecção de duas racionalidades: "*1- a racionalidade da "economia industrial" baseada no emprego contratual, que impõe a especificação detalhada dos meios e dos fins, o controle vertical direto sobre a atividade laboral, o pequeno campo de manobra e os altos níveis de estandardização; 2- a racionalidade da " mediação e conciliação" típicas das atividades de serviços, que requerem espaço de manobra justamente com o objetivo de responder como serviços a situações específicas."* (Offe, p.138, 1995).

Essa "dupla racionalidade", apontada como característica à organização do trabalho em serviços, apoia-se numa tentativa de conceitualizar esse trabalho de um modo positivo, a partir do reconhecimento de suas funções sociais e não pela explicitação do que ele "não é" em relação ao trabalho fabril. Esta conceituação dos serviços baseia-se *"...na idéia de que essas atividades são sempre orientadas para a manutenção das "condições normais" em uma sociedade ou entre suas partes, isto é para a tarefa de defender e preservar os elementos diferenciados da estrutura social, e para mediá-los. Portanto, o problema da "normalidade" que o trabalho em serviços pretende resolver tem dois aspectos. De um lado, a particularidade, a individualidade, a contingência e a variabilidade (das situações e necessidades de clientes, estudantes, pacientes, passageiros) devem ser preservadas, respeitadas e reconhecidas. Por outro lado, o trabalho em serviços deve originar fundamentalmente um estado de coisas que esteja de acordo com certas regras, regulamentações e valores gerais....Esta incumbência característica dos trabalhadores de serviços talvez seja melhor*

[6] Tomaremos deste autor as questões que levanta quanto às transformações na estrutura de produção relacionadas ao crescimento e importância assumidos pelo setor terciário neste século. Não estaremos contudo, incorporando a problematização do deslocamento da centralidade da categoria *trabalho* na pesquisa sociológica para dimensões da vida cotidiana, como família, gênero, etc. Para nosso específico recorte da *gerência em saúde*, enquanto ação de *organização do trabalho nos serviços*, interessa o resgate das especificidades assumidas pelos serviços em relação ao trabalho industrial, como estratégia de aproximação das características da *gerência do trabalho em serviços de saúde*, partindo-se da conceituação das práticas de saúde como trabalho social, conforme vimos discutindo.

compreendida através de conceitos como trabalho de 'sintetização' de 'mediação' ou de 'normalização' (...) É preciso sempre normalizar simultaneamente "o caso" e individualizar a norma." (Offe, pp. 136-137, 1995). Essa definição ressalta que para haver um "adequado" funcionamento dos serviços, há necessidade de se estabelecerem mecanismos de articulação e equilíbrio no trato simultâneo da "especificidade do caso" e da "generalidade da norma". *"É preciso sempre normalizar simultaneamente "o caso" e individualizar a norma"*, aspectos de especial relevância para a organização e gerência do trabalho em serviços de saúde, como retomaremos mais adiante.

Ainda segundo esse autor, *"...as atividades em serviços devem lidar com o dilema entre a norma e o caso, que não pode ser resolvido nem através da estandardização completa nem através da individualização completa, se a função sintetizante desses serviços de fato deve ser levada a cabo. Os serviços são "adequados" à medida que consideram adequadamente ambos os componentes, cuja relação é mais ou menos indefinida e, portanto, cada caso deve ser decidido através de interpretações ad hoc "responsáveis". Este primeiro dilema ocorre ao nível individual de prestações de serviços e deve ser resolvido através da subordinação a orientações normativas, à experiência, à ética profissional, às capacidades de interação específica e às qualificações sociais. Por outro lado, há um segundo dilema, que resulta do fato de as atividades em serviços serem desempenhadas como trabalho (work) contratual. Quando de fato isto acontece (como no caso da educação através de uma organização baseada no trabalho (work),...), os critérios de racionalidade da organização (eficácia, eficiência, controle, padronização de suas relações com o ambiente, etc.) chocam-se com as necessidades de autonomia e flexibilidade engendradas pelo primeiro dilema colocado."* (Offe, pp.138-139, 1995).

A gerência, caracteriza-se como instrumento que responde a necessidades originadas em transformações do processo de trabalho. Podemos dizer pelo exposto que o crescimento e ampliação do setor de serviços passa, ao longo desse

século, por alterações estruturais que o aproximam até certo ponto das formas de organização consagradas na indústria, o que corresponde, *latu sensu*, ao desenvolvimento de práticas gerências também similares. Por outro lado, o dilema apontado para os serviços, relacionado à natureza de seu processo de trabalho e às necessidades sociais a que responde, colocam para a dimensão gerencial a organização de processos de trabalho cujo controle dos resultados, ou a "qualidade" ou mesmo a "quantidade" dos produtos, não podem ser controladas e avaliadas com os mesmos parâmetros utilizados na produção fabril. Aqui, de um modo qualitativamente distinto, o "bom" desempenho dos agentes exige autonomia e coresponsabilidade na execução do 'produto', características que encontram eco ao particularizarmos estas questões para a organização dos serviços de saúde.

Para discutirmos a *gerência de serviços de saúde,* nos aproximaremos das práticas de saúde enquanto trabalho social. Nesta perspectiva , as ações de saúde são tomadas enquanto processos de trabalho que operam uma determinada tecnologia, ou seja, como práticas que apreendem 'necessidades de saúde' a partir de um conjunto de conhecimentos, cientificamente elaborados e sistematizados, e que intervêm sobre estas necessidades através de instrumentos projetados com a finalidade de alterar a situação inicialmente identificada. O "novo estado de saúde" alcançado representa o produto desse processo (Mendes-Gonçalves, 1992).

Pode-se falar mais propriamente de gerenciamento do trabalho em saúde a partir do momento em que este altera sua base tecnológica, institucionalizando-se como trabalho coletivo cujo parcelamento passa a exigir coordenação. Em outras palavras, quando assume características de trabalho cooperado[7] para produção da

[7] *"A cooperação capitalista, ..., pressupõe, de início, o assalariado livre que vende sua força de trabalho ao capital. Historicamente, desenvolve-se em oposição à economia camponesa e ao exercício independente dos ofícios, possuam estes ou não a forma gremial. Neste confronto, a*

"saúde", como seu produto final. Nesse processo, ocorre uma reordenação dos serviços, um deslocamento tecnológico que cria as condições históricas necessárias para a emergência da gerência em serviços de saúde com os atributos "próprios" a esta atividade, quais sejam, trabalho intelectual, que coordena trabalhos parcelares articulados segundo um projeto que define suas finalidades, e que apresenta uma tradução operativa para uma proposta técnico-política de bases institucionais (Castanheira, 1996).

A partir desse enfoque, baseado na teoria do trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1984, 1992 e 1994), destacam-se na formação da gerência: a divisão do trabalho e a constituição do trabalhador coletivo em saúde, as novas características assumidas pelo trabalho médico neste processo e a própria emergência da ação gerencial, atividade incorporada a partir de mudanças ocorridas na organização de um de trabalho no qual a prática médica tem papel determinante.

"*... o hospital levou ao aparecimento de toda uma coleção de trabalhos "infra-estruturais", sem os quais não pode funcionar, e que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo. O mais importante desses trabalhos foi o do enfermeiro, encarregado sobretudo de funções relativamente "mais manuais", associadas ao processo terapêutico, e de funções complementares, não obstante essenciais à realização do processo como um todo. A preservação do núcleo "mais intelectual" (diagnóstico e prescrição, além de certas técnicas privilegiadas) manteve o médico como dominante e determinante do processo. Mais tarde, o trabalho do*

---

cooperação capitalista não se manifesta como forma histórica especial de cooperação, mas a cooperação é que se manifesta como forma histórica peculiar do processo de produção capitalista, como forma histórica que o distingue especificamente. Se a força produtiva social desenvolvida pela cooperação aparece como força produtiva do capital, a cooperação aparece como forma específica do processo de produção capitalista, em contraste com o processo de produção de trabalhadores isolados independentes ou mesmo pequenos patrões. A transformação que torna cooperativo o processo de trabalho é a primeira que esse processo experimenta realmente ao subordinar-se ao capital. Essa transformação se opera naturalmente. Seu pressuposto, emprego simultâneo de numerosos assalariados no mesmo processo de trabalho, constitui o ponto de partida da produção capitalista." (Marx, L.1-V.I, p. 384,1984).

enfermeiro também se dividiu (...). Do ponto de vista exclusivamente e abstratamente técnico, nenhum desses postos de trabalho do trabalhador médico coletivo é dispensável, e portanto naturalmente subalternos seus agentes, mas a técnica não existe isolada de sua apropriação diferenciada na reprodução das diferenças de classe, e o controle dos momentos "mais intelectuais" do trabalho garante o poder sobre o conjunto do processo (...)" (Mendes-Gonçalves, p.72, 1992).

As transformações ocorridas na organização do trabalho médico correspondem a um "deslocamento tecnológico" que se dá através de processos de extensão (numérica) e diversificação (qualitativa) das ações de saúde, e que resultam na institucionalização desse conjunto em diferentes serviços. Inicialmente estabelece-se uma "*divisão técnica vertical do trabalho*", através da constituição de equipes que desempenham um conjunto de tarefas integradas hierarquicamente numa *mesma* "*subunidade*", ou seja, através da mesma finalidade técnica na produção de um determinado "*produto*". Posteriormente, há uma "*divisão horizontal do trabalho*", que exige a *integração de diferentes "subunidades"* ou mesmo diversos serviços, que congregam profissionais médicos especializados e profissionais de áreas de atuação complementares.

Nesse processo ocorrem alterações tanto no conteúdo técnico do trabalho médico como em sua base organizacional. Em linhas gerais, as características que o trabalho médico assume na medicina tecnológica, ou seja, na medicina institucionalizada e empresarial, podem ser sinteticamente expressas pelas seguintes alterações:

a) rompe-se a relação direta e imediata do médico com seus instrumentos e seu objeto de trabalho, a partir da interposição de um conjunto de recursos materiais que substituem etapas antes inerentes ao ato clínico;

b) o consultório privado é substituído pela formação de unidades de serviço, do tipo hospitalar ou ambulatorial, apoiadas no trabalho coletivo;

c) o trabalho médico desdobra-se em diferentes especialidades e diversifica-se em outras inúmeras áreas ("paramédicas"), e que se tornam então complementares aos cuidados com a saúde;

d) multiplicam-se as interfaces do trabalho em saúde com outros setores, cujos produtos 'escoam' através deste trabalho, ao fazer uso de inúmeros medicamentos e priorizar a adoção da diagnose e da terapêutica "armadas" (Schraiber, 1989; Donnangelo, 1975).

O advento da medicina tecnológica representa para o trabalho médico um processo de transformação que redefine, por referência à medicina liberal, as relações entre o médico e alguns dos principais elementos constitutivos de sua prática. Identificáveis nas modificações ocorridas na posse dos instrumentos de trabalho, na possibilidade de "livre escolha" por parte da clientela, e no preço dos serviços. O médico ganha "amarras" antes impensáveis: torna-se progressivamente um trabalhador assalariado, neste sentido, subordinado ao vínculo institucional; executa um trabalho parcelar que necessariamente se completa com outros trabalhos também parcelares; e atende a uma clientela definida pelo crivo institucional (Schraiber, 1989; Donnangelo, 1975 ; Nogueira, 1994).

No processo de reorganização do trabalho na linha de produção, o aprofundamento na divisão do trabalho significou para os antigos trabalhadores de ofício uma transformação qualitativa em sua inserção: de artesãos, autônomos no desempenho de suas práticas, passam a ser trabalhadores parciais, assalariados sem domínio sobre o processo de trabalho. Estes trabalhadores perderam, progressivamente, não só a posse dos meios de produção, mas também a posse de seu saber-fazer, do domínio tecnológico sobre a produção. Para estes trabalhadores a 'nova' divisão do trabalho representou a perda do controle sobre o projeto intelectual que orienta a produção, da concepção à obtenção do produto final, deslocando este controle para o domínio da gerência.

Não há uma correspondência direta entre esta reorganização e o que ocorreu com o trabalho médico em seu processo de institucionalização. Os médicos construíram historicamente sua "marca peculiar": o exercício da técnica tem qualidade de trabalho intelectual que se realiza no interior do próprio ato médico, e dá a seu agente poder de controle sobre a concepção e execução do processo de trabalho (Schraiber, 1993a).

A constituição de *unidades de serviço* que congregam inúmeros trabalhadores, com tarefas diversificadas e bem definidas, equivale a formação de organizações complexas, que passam a exigir um suporte administrativo e gerencial que responda às necessidades de seu particular processo de produção. Organizam-se um conjunto diversificado de instituições de saúde, que variam de acordo com a natureza de suas ações e com as características jurídico-empresariais que apresentam, e que demandam o gerenciamento de atividades compostas por diferentes trabalhos institucionalmente ordenados.

A progressiva especialização e incorporação de equipamentos, ao lado da constituição de "equipes" de saúde, como condições necessárias à realização do trabalho, configuram condições restritivas ao exercício da autonomia, por definirem duas ordens de dependência - a de tecnologia material e a de recursos humanos especializados. Por outro lado, a medicina moderna construiu em torno de si um consenso social que a legitima como única detentora do saber sobre a saúde e a doença, o que amplia seu campo de competência, e seu poder de medicalização, ao mesmo tempo que garante a seus agentes um elevado grau de autonomia (Schraiber & Nemes, 1996).

De um modo geral, as novas características assumidas pelo trabalho na estrutura de produção dos serviços, conforme assinalado por Offe, explicitam a necessidade da manutenção de um certo grau de autonomia na prática de seus agentes, que é mantida em tenso equilíbrio com as restrições impostas pelas normas sociais e

institucionais. Para este autor, os serviços desempenham em suas ações um papel de "síntese" entre a reprodução de valores e normas e o reconhecimento da singularidade de cada caso (Offe, 1989, 1995).

Os processos de trabalho em serviços, especialmente no caso da saúde e da educação, lidam com a articulação entre "produção social" e estrutura "ético-normativa", o que lhes dá uma qualificação diversa em relação ao trabalho industrial. "(...) *destinam-se à produção continuada de meios para que os membros da sociedade articulem-se à reprodução social, possibilitando a ida ao trabalho e o atendimento às normas e expectativas construídas na esfera produtiva. Mais ainda, atuam para que o trabalhador seja "mercantilizado", através da venda de sua força de trabalho enquanto mercadoria. ...O trabalho médico (enquanto serviço) reveste-se de características específicas que, por um lado o distancia do padrão industrial, mas por outro, incorpora progressivamente um grande volume de inovações tecnológicas. Estas inovações (...) interferem no próprio processo de trabalho, ameaçando, em determinado nível, alguns parâmetros tradicionais da autonomia.....*" (Ribeiro, 1995).

Estas complexas características do trabalho nas instituições médicas contemporâneas indicam modificações importantes nas bases tradicionalmente admitidas da autonomia profissional do médico, o que exigiria uma abordagem mais aprofundada, incompatível com os objetivos e limites deste estudo. Interessa, contudo, salientar a importância da especial situação do trabalhador médico para o exercício da gerência.

Em que pesem as grandes modificações sofridas pela articulação técnica do trabalho médico, determinadas, sobretudo, pela grande incorporação de inovações tecnológicas, "(...) *parece difícil imaginar uma modificação radical (...) que prescindisse do ajuizamento e decisão pessoal do médico e, pois, da autonomia.*" (Schraiber & Nemes, p. 119, 1996). Isto está na base do que Schraiber (1993a)

denomina de *dimensão técnica* da autonomia, enquanto *necessidade substantiva* do trabalho médico e que denota sua forte base intelectual e subjetiva.

Esta conformação intelectual e subjetiva tem sido, por outro lado, acompanhada de uma correspondente elitização dos médicos, que se traduz na organização corporativa, na detenção do monopólio do saber e do fazer e que, nas situações de trabalho, autoriza o médico a situar-se simultaneamente como mentor, organizador, operador e avaliador do ato técnico (Schraiber & Peduzzi, 1993). Esta é a base do que Schraiber (1993a) chama de dimensão hierárquica da autonomia médica e que mais nos interessa salientar, uma vez que implica imediatos constrangimentos para o exercício da gerência [8].

É possível identificar na esfera de atuação da gerência duas grandes dimensões de controle: a que diz respeito a operação administrativa da "máquina", da estrutura organizacional que dá sustentação ao trabalho, e aquela mais intimamente relacionada ao controle da execução do produto final, tradutor último do projeto institucional. É nesta segunda dimensão que se dão as áreas de maior tensão da gerência do trabalho em saúde: a posição hierarquicamente superior do trabalho médico implica autonomia quanto ao poder da gerência do trabalho coletivo em submeter à supervisão e ao controle cada trabalhador individual[9].

Esta, que tem sido uma marca na institucionalização da medicina, coloca a gerência numa posição de necessária negociação e confronto, quando não de subordinação, em um evidente contraste com o que ocorre no setor industrial ou mesmo em outras áreas de serviços, constituindo-se para o estudo da gerência em saúde num aspecto de especial interesse.

---

[8] Schraiber afirma ainda um outro aspecto da autonomia: a dimensão mercantil, decorrente do modo liberal de organização da assistência médica (Schraiber, 1993; Ribeiro e Schraiber, 1994). Como este estudo trata de outra forma de organização da assit~encia, não nos interessa particularmente este aspecto.

[9] Ressalte-se que o exercício desta autonomia não é exclusivo dos médicos e, embora em menor grau, se estende diferencialmente aos demais agentes técnicos do trabalho em saúde (Schraiber & Peduzzi, 1993).

Outra questão de especial relevo para a organização de serviços de saúde, diz respeito à presença e participação de um outro sujeito, além daqueles representados pelos agentes diretos do trabalho e dos que representam a instituição, na figura da gerência, e que é o próprio usuário. A análise de diferentes enfoques e experiências de interação e intervenção da população usuária no controle das ações dos serviços de saúde, colocam em destaque um aspecto especialmente importante no caso de serviços públicos de saúde, pelas dimensões de controle social sobre o Estado que evidenciam. No entanto, optamos por privilegiar em nossa discussão o momento mais 'interno' de organização do processo de trabalho em saúde, conforme vimos procedendo, sem enfocarmos a gerência pelo ângulo da participação e controle social.

A última aproximação a que tínhamos nos proposto, diz respeito às características assumidas pela *gerência de serviços públicos de saúde*.

O papel central assumido pelo Estado na expansão dos serviços de saúde e em sua extensão a camadas crescentes da população, é uma característica própria à articulação do Estado à produção destes serviços no século XX (Donnangelo & Pereira, 1979). A compreensão das raízes históricas deste processo nos coloca a necessidade de enfrentar algumas outras questões: a particular relação que se estabelece entre as práticas de saúde e o Estado no desenvolvimento do modo de produção capitalista, as novas características que assume o trabalho em saúde nesse processo, e, finalmente, o modo como se redefine a relação deste trabalho com o Estado capitalista no período contemporâneo. Sem pretender esgotá-las, tentaremos circunstancia-las de modo a que contribuam na construção de nosso objeto.

As práticas de saúde cujo desenvolvimento histórico nos interessa inicialmente recuperar são as que se ocupam com a saúde da vida comunitária. Isto

porque, é a história da medicina social, que se inicia no nascedouro da medicina moderna, que retrata as novas relações que se estabelecem entre as práticas de saúde e o Estado na transição para o capitalismo.

Para a formação de um Estado nacional forte, fez-se necessário investir no crescimento e controle populacional como base para a organização de grandes exércitos e para o acúmulo de riquezas nacionais. A instalação desordenada de núcleos urbanos passa a exigir o estabelecimento de normas de controle do uso social do próprio espaço urbano, ameaçado de dizimação por doenças e males que proliferavam a partir do modo como se dava esta ocupação. É neste contexto que, com formas de expressão peculiares à formação histórica de cada Estado, a medicina moderna, científica, que nasce no fim do século XVIII, encontra sua primeira expressão como medicina de Estado, a seguir como medicina urbana, para depois tornar-se uma medicina da força de trabalho (Foucault, 1982).

A medicina de Estado, que se desenvolveu de modo mais explícito com a "polícia médica" alemã, era formada por um conjunto de ações dirigidas ao corpo dos indivíduos enquanto conformavam uma "força do Estado", antes do que propriamente força de trabalho. Constituía-se basicamente por um sistema de contabilidade que incluía dados não só de nascimentos e mortes, mas também de morbidade; pela normalização da prática e do saber médico, através do controle dos programas de ensino e da atribuição de diplomas; pela subordinação do exercício das atividades médicas à administração do Estado; e pela instituição de médicos como "*administradores de saúde*", constituindo uma verdadeira "(...) *pirâmide de médicos, desde médicos de distrito que (tinham) a responsabilidade por uma população entre seis e dez mil habitantes, até oficiais médicos, responsáveis por uma região muito maior e uma população entre trinta e cinco e cinquenta mil habitantes.(...) O que se encontra antes da grande medicina clínica do século XIX é uma medicina estatizada ao máximo*" (Foucault, 1982). É uma medicina que normatiza e controla informações sobre dados

vitais da população, intervém sobre as condições do meio urbano, como por exemplo através da inspeção de alimentos e água, e controla as práticas de saúde.

A medicina urbana, que pode ser exemplificada pela França nos fins do século XVIII, tinha três objetos básicos: observar e intervir sobre todos os lugares da cidade onde houvesse acúmulos, de lixos, detritos ou cadáveres, que pudessem causar endemias ou epidemias; controlar e garantir uma adequada circulação de ar e água, então relacionados ao fluir dos miasmas; e organizar um sistema seqüencial de coleta e distribuição de água que garantisse a separação das águas poluídas por esgotos das utilizadas para beber. A medicina urbana cuida, portanto, das condições de vida, do espaço de convivência coletiva e não dos corpos e seu funcionamento (Foucault, 1982).

É no século XIX, principalmente na Inglaterra que aparece *"(...) uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para tomá-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas."* (Foucault, 1982). Embora na Inglaterra já houvessem ações de saúde desencadeadas pelo Estado, como os projetos de Chadwick inspirados na polícia médica alemã e publicados em torno de 1840, é somente na segunda metade daquele século que uma parcela específica da população, os pobres, passam a se beneficiar de um sistema de assistência. Por volta de 1870, uma revisão da legislação médica contida na Lei dos Pobres passa a organizar um sistema autoritário de controle médico da população, que mantém como grupo alvo "*os pobres*", a plebe urbana proletarizada. O sistema de *health service*, que então se cria, tinha por função: "(...) *o controle da vacinação, obrigando os diferentes elementos da população a se vacinarem; a organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas, obrigando as pessoas à declaração de doenças perigosas; a localização de lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade.*" Mais do que isso a *medicina social* inglesa permitiu "(...) *a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa*

encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios de pagá-la." (Foucault, 1982).

Este breve panorama histórico da medicina social até as últimas décadas do século XIX, retrata um progressivo avanço do Estado na instituição de ações de saúde que atingem o meio urbano e suas formas de organização, sem que houvesse expressão, ao nível do Estado, de ações de assistência médica individual. Estas desenvolviam-se como prática liberal de acesso restrito, salvo espaços específicos de assistência aos mais pobres conforme citado no sistema inglês, e concorriam com outras práticas populares de cuidados com a saúde.

Com o processo de industrialização, as mudanças na organização do modo de produção e da vida em sociedade necessitaram, para o seu desenvolvimento, tanto da constituição de Estados fortes que garantissem a transição de um modo de produção para outro, como, progressivamente, de força de trabalho livre e disponível em quantidades e qualidades adequadas. O trabalho em saúde interagiu com este processo, reorganizando-se a partir de dois eixos complementares de atuação: através do controle das doenças em escala social e da recuperação da força de trabalho incapacitada para a produção, e através de sua incorporação como direito social e como forma de ampliação de consumo para as classes despossuidas (Mendes Gonçalves, 1989).

Na constituição das novas práticas de saúde que se fundam neste processo, a Medicina opera uma primeira ruptura tecnológica ao tomar o corpo como seu objeto de trabalho, rompendo com a Medicina das espécies e com as concepções prevalentes sobre a doença no período medieval. O indivíduo torna-se o novo objeto deste campo de saber e práticas. O processo de uniformização do trabalho médico, aqui exemplificado pelo que ocorreu no Estado alemão, une físicos e cirurgiões-práticos a partir da base comum de conhecimentos desenvolvida pela Clínica, e abre espaço social para seu exercício como prática hegemônica, cada vez mais legitimada por seus fundamentos científicos. Os novos médicos passam a utilizar o hospital como um

espaço comum de trabalho, como local eleito para o exercício de práticas de saúde, que passam a se configurar como trabalho cooperado. O hospital transforma-se, de reduto onde se abrigam os pobres que vão morrer, em um local de cura dos que estão doentes. O Estado faz-se presente retirando da Igreja a responsabilidade pela organização dos hospitais e passando a reconhecer nos médicos a autoridade técnica que deve responder tanto pela organização dos hospitais como pelo único conhecimento sobre a saúde que passa a ser validado (Foucault, 1982a).

Conforme já assinalamos, nos serviços de saúde contemporâneos opera-se uma nova transformação do trabalho médico que caracteriza uma segunda ruptura tecnológica na organização deste trabalho, e do conjunto do trabalho em saúde, a partir dos anos 50. A partir das características assumidas sob o capitalismo, e de sua experiência como trabalho liberal desenvolvida pelo menos desde o final do século XIX, o trabalho médico redefine seu objeto, que deixa de ser único para o conjunto da prática médica; desenvolve novos processos de intervenção, superando a Clínica como meio básico de trabalho; e desloca a consulta médica de sua centralidade como unidade de produção (Schraiber, 1992).

A gerência, tal como a vimos concebendo, considerando-a fundamentalmente como originária da organização no trabalho industrial e inserida no movimento de "revolução técnico-científica" observado na transição entre os séculos XIX e XX, só assume características propriamente gerenciais nos serviços de saúde a partir desta segunda ruptura tecnológica.

Por outro lado, ao focalizarmos nosso estudo na gerência pública de serviços, devemos considerar que no processo de incorporação da saúde como necessidade social ao conjunto das atribuições do Estado, desenvolve-se um aparato público de cuidados com a saúde que emerge praticamente com o próprio Estado capitalista, nos moldes da polícia médica alemã do século XVII, num movimento histórico que antecede as práticas gerenciais conforme as vimos considerando. Parece-nos

ilustrativo da relação entre o desenvolvimento do Estado nacional e as ações de saúde, e da interrelação de suas 'necessidades', o pensamento do mercantilismo alemão, que pode ser exemplificado neste excerto: "*Segundo Seckendorff, a finalidade própria do governo seria a de estabelecer ordenações capazes de assegurar o bem-estar da terra e do povo; como a prosperidade e o bem-estar se manifestam através do crescimento da população, é necessário tomar medidas para resguardar a saúde do povo, para o número das pessoas aumentar. Um programa de saúde do governo deve manter e supervisionar as parteiras, cuidar dos órfãos, nomear médicos e cirurgiões, oferecer proteção contra a peste e outras doenças contagiosas e contra o uso excessivo de tabaco e de bebidas alcoólicas, inspecionar os alimentos e a água, fazer limpar as cidades e garantir sua drenagem, manter os hospitais e dar assistência aos pobres.*" (Rosen, 1994). Nesse sentido, ao estudo da particular história da organização de serviços públicos de saúde e de seu gerenciamento, interessa proceder a um duplo resgate: o da emergência da administração pública de ações de saúde, vinculadas ao desenvolvimento do próprio Estado, e o do aparecimento da gerência de serviços públicos, que se constitui no equacionamento contemporâneo do processo de reprodução das relações capitalistas nas práticas de saúde.

Em outras palavras, podemos dizer que a vinculação do Estado à organização de ações de saúde acompanha o próprio desenvolvimento do modo de produção capitalista, ocorrendo nesta interação um duplo movimento: o que coloca a 'exigência' de que estas ações respondam a necessidades definidas segundo "*razões de Estado*", e, simultaneamente, outro que 'impõe' ao Estado a priorização de alternativas tecnológicas que correspondam às de maior impacto social, conforme demonstre seu exercício enquanto prática na sociedade, ainda que se secundarize neste processo àquelas de maior eficácia técnica em relação às de maior impacto social, interligando-se a constituição do Estado e das práticas de saúde num mesmo processo histórico de reprodução das relações capitalistas. As ações concretas desencadeadas

pelo poder público objetivam sempre efetivar ações de impacto, não apenas técnico mas também político e ideológico, sobre o coletivo; mesmo quando o conhecimento que venha a orientá-las sustente-se em parte em construções teóricas feitas a partir do corpo como organismo individual.

1.2- Origens da Administração Pública

Ao buscarmos caracterizar as particularidades da administração pública em saúde no interior do campo da Administração, deparamo-nos com a necessidade de situar em linhas gerais como se dá o desenvolvimento desta área. Este caminho justifica-se como uma forma de reconhecer as necessidades histórico-sociais que permitiram que a Administração tenha se estabelecido contemporaneamente como uma específica área de conhecimentos, que instrumentaliza a organização de diferentes trabalhos sociais, para em seguida particularizarmos este processo por referência à saúde. Nosso interesse é procurar reconhecer o processo de articulação entre o desenvolvimento das práticas administrativas no interior do Estado, e a incorporação a estas práticas de técnicas desenvolvidas na organização do trabalho nas grandes indústrias, experiências que hoje são reunidas na Administração, ainda que a Administração Pública e a Administração de Empresas mantenham-se como especialidades referidas a um mesmo campo.

A prática administrativa tem seu desenvolvimento inicial através do acúmulo de experiências ocorridas originalmente na administração pública, mas que, pelo menos desde o início deste século, incorporam um saber de grande poder operativo sistematizado a partir de experiências de organização do trabalho na produção industrial do setor privado. As "escolas de administração", como ficaram conhecidas as diferentes abordagens e técnicas inicialmente desenvolvidas neste setor, passam a influenciar e

instrumentalizar não só a organização do trabalho em amplos setores da indústria como também naquele desenvolvido pelo setor público.

Como área de conhecimento, o estudo da administração pública foi originalmente vinculado ao Direito Administrativo, e é incluído pela primeira vez no ensino de uma cátedra universitária, na França, no século XVIII. No Brasil, por decreto imperial de 1851, foram criadas as cadeiras de "Direito Administrativo e Ciência da Administração" nas Faculdades de Direito de São Paulo e Recife, iniciando-se seu ensino em 1855 (Mascarenhas, 1949).

As preocupações que orientaram o desenvolvimento desta área entre nós podem ser depreendidos de dois excertos citados por Mascarenhas:

"*A sciencia administrativa, (...) , na sua generalidade, tem por fim perscrutar na propria fonte das necessidades públicas as regras da vida prática das nações e os princípios sociais que devem regê-las nas relações dos administradores com os administrados*" (Rego, Vicente Pereira, Compêndio de Direito Administrativo e Ciência da Administração, 3a. ed., 1877, apud Mascarenhas, 1949, p.3).

"*Ha em todas as sociedades um numero de necessidades communs, maior ou menor segundo o seu desenvolvimento e civilisação, as quaes o Poder publico deve satisfazer. He o fim da administração prover a essas necessidades colletivas, e dirigir os interesses sociais, quer geraes quer locaes. A Sociedade administrativa he a Sciencia dessas necessidades e interesses, e do modo de os satisfazer convenientemente.*" (Visconde do Uruguay, 1862, apud Mascarenhas, 1949, p.4).

Sem pretender uma incursão ao interior do pensamento desses autores, estas citações denotam uma visão semelhante da administração pública, no que diz respeito a seu papel na relação entre o Estado e a sociedade, e ilustram as concepções que orientaram o início do ensino da Administração Pública entre nós, antes mesmo dela haver se conformado como uma área de especialização.

Uma primeira concepção genérica que podemos reter da Administração pública é seu caráter de instrumento de intermediação entre o Estado e a sociedade no enfrentamento das necessidades que se transformam em demandas para o Estado, organizando modos mais adequados de lhes dar respostas, o que qualifica a administração pública como um instrumento de racionalização das ações do Estado.

No Brasil, pelo menos desde a primeira metade deste século pode-se observar, ao lado do crescimento do aparato público, a preocupação de diversos estados da federação em desenvolver padrões de racionalização do trabalho no exercício das funções públicas, particularmente através da incorporação dos princípios da escola clássica de Fayol e da escola de Relações Humanas, entre outras, havendo uma aproximação entre a administração pública e a administração privada, tanto no campo das práticas como ao nível do conhecimento.

Pode-se observar desde o início da década de 30, um movimento do Estado brasileiro em buscar mecanismos de modernização da máquina pública. No Estado de São Paulo, é criado em 1931, o Instituto de Racionalização do Trabalho, um centro de estudos de administração, que a partir da análise de um levantamento dos serviços públicos do Estado de São Paulo, propôs medidas de racionalização das normas administrativas, durante o governo de Armando Sales de Oliveira (Mascarenhas, 1949).

A primeira cátedra brasileira exclusiva para Administração Pública foi criada em 1933, na Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Já como uma área com um campo próprio de conhecimentos, o ensino da Administração Pública em nível de graduação inicia-se em 1952, no Rio de Janeiro, na Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (EBAP) e em Minas Gerais, no mesmo ano, na Faculdade de Ciências Econômicas, esta com cursos para Administração Pública e Privada. Se ao setor privado interessava dispor de quadros executivos formados num padrão internacional, na área pública, buscava-se preparar

"*executores de políticas públicas*", especialmente preparados para esta função, no sentido de mais eficientes através do domínio de técnicas e conhecimentos científicos. "(...) *a administração pública não exprime um fim, mas um meio para a realização dos objetivos de ordem social, econômica e política da coletividade. Assim, cabe ao administrador público colimar não só as técnicas da atividade administrativa, mas também ter uma ampla visão do escopo e dos objetivos finais desta atividade.*" (Machado, 1966, p. 80). As preocupações assinaladas por Mascarenhas, através das citações que reproduzimos de Vidente Rego e do Visconde do Uruguay, repetem-se aqui ganhando expressão normativa clara através da "ordem social".

Ao nível federal, o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), criado pela Constituição de 1937 e estabelecido em 1938, demonstrava o interesse crescente do governo em adotar medidas racionalizadoras no serviço público nacional, especialmente por referência à administração de pessoal, simplificação e padronização de material, e implantação de técnicas orçamentarias (Machado, 1966). O DASP assume inicialmente a tarefa de formar pessoal de nível médio, e empenha-se em conseguir recursos internacionais para implantação no país de cursos de nível superior, obtendo junto à ONU e à UNESCO convênios que resultaram no curso da Escola Brasileira de Administração Pública, no Rio de Janeiro. Este órgão destaca-se como órgão público que deflagra um movimento nacional de incentivo a aplicação de métodos científicos na administração pública, organizando a partir de 1940 diversos cursos de Administração.

Este mesmo caminho foi seguido pelo Departamento do Serviço Público do Estado de São Paulo, criado em 1942, e que ministrava cursos através de sua Divisão de Seleção e Aperfeiçoamento. Somente em 1946 é criada a Faculdade de Ciências Econômicas e Administrativas, com um Instituto de Administração, que assim se torna uma área oferecida ao nível da graduação e não mais apenas como especialização.

Assim, a Administração Pública mantém-se como área especificamente relacionada à organização das ações públicas, indicando *"(...) todo o conjunto de atividades envolvidas no estabelecimento e na implementação de políticas públicas"* (Graham & Hays, 1994), constituindo-se como um campo específico de práticas, cujos determinantes históricos e sociais não permitem a simples transposição das experiências e concepções desenvolvidas no setor privado. As necessidades e as contradições que se reproduzem pela ação do Estado, têm qualidades distintas das observadas no processo produtivo regido pelas leis de mercado, ainda que possam obedecer a uma mesma ordem de questões postas para o desenvolvimento capitalista.

Esta interpenetrabilidade de saberes que originariamente advêm de experiências históricas distintas, da organização do Estado e do setor privado de produção, reflete-se na terminologia empregada na caracterização da Administração como campo de conhecimento. O uso indiscriminado dos termos administração e gerência, e mais recentemente gestão, correntes no Brasil e na América do Norte, contribui para um tratamento indiferenciado e equivalente de seus sentidos, ignorando-se as diferenças históricas de seus significados originais, que foram assim anulando-se mesmo na linguagem especializada.

Enquanto prática de organização de ações do Estado, a administração pública é anterior ao advento da chamada "administração científica", e desenvolve-se no interior dos Estados nacionais desde sua constituição no século XVII, onde expressava o desempenho de uma função subordinada ao poder político, aos conselhos ou assembléias do parlamento. A expressão administração, do inglês "administration", origina-se da institucionalização do cargo de ministro; do latim "minus" (menos), que se contrapõe a "magis" (mais), de "magister" ou magistrado, e significa aquele que executa, que ministra as leis e faz respeitar as ordens do Estado (Motta, 1991).

Já gerência, "management", vem de "manus" do latim, que significa mãos, termo antigamente utilizado para o trabalho de adestrar cavalos em praticar o "manège"

(diferentes andaduras), e passa a ser empregado por referência às atividades de controle e organização do trabalho na indústria a partir do século XIX (Braverman, 1982). Ainda hoje, ingleses e franceses, mantém o uso de "management", ao se referirem à gerência do trabalho no setor produtivo privado, reservando o termo "administration" para a administração do trabalho público. Já os americanos, cuja produção tem grande penetração nesta área, não fazem esta distinção, no que são seguidos pelos autores nacionais, uma vez que a formação em Administração em nosso país segue centralmente a escola americana.

Motta chama atenção para um outro aspecto, o fato de que a variabilidade do uso desta terminologia na produção nacional encontra correspondência em sua utilização valorativa na designação de funções dirigentes. Segundo este autor, até a década de 70, a palavra administrador, no Brasil, denotava uma maior importância do cargo, discriminando basicamente a função de altos dirigentes, enquanto que o termo gerente era reservado para os que exerciam funções de hierarquia mais baixa, como em pequenos comércios, ou no máximo como responsáveis por agências bancárias. Acredita que o termo administração desgastou-se ao longo destes anos, e que a "nobreza" dos termos praticamente inverteu-se. Hoje o termo gerente serve para designar a função de executivos de grandes empresas, ficando a administração reservada para a discriminação das atividades intermediárias de apoio. Uma outra interpretação possível ao valor adquirido pela 'gerência' em relação à administração', é relativa ao processo de crescente desvalorização das funções do Estado no mundo ocidental, quando contraposto ao status social de dirigentes do setor empresarial ou financeiro.

Nos últimos 10 anos, o termo gestão vem sendo utilizado no Brasil de modo aproximado ao do seu emprego na terminologia européia, qual seja, como termo genérico que engloba o campo da administração e da gerência, que se preservam como áreas com conteúdos técnicos específicos, o que se mostra incoerente com o uso

intercambiável de cada um deles. Rigorosamente deveríamos utilizar gerência pública ou administração privada, ou vice-versa, como forma de discriminar adequadamente as atividades a que queremos nos referir (Motta, 1994).

Essas considerações, foram feitas com o intuito de orientar nossa opção quanto a terminologia que melhor expressa o objeto que queremos tratar. Do conjunto de questões levantadas queremos destacar quatro aspectos. O primeiro, é que a maior valorização da terminologia originária no processo de trabalho industrial, *gerência*, em relação a do setor público, *administração*, encontra referência na valorização/desvalorização social destes trabalhos. Por outro lado, de acordo com a literatura nacional que versa sobre a organização do trabalho em saúde, não há necessidade de um rigor maior na preferência em empregar um ou outro termo, ambos sendo utilizados para caracterizar a função de organização e controle do trabalho em unidades públicas de saúde. Entretanto, devemos reconhecer que neste campo é corrente o uso do termo gerência para o trabalho da administração local, reservando-se gestão, para os níveis centrais de decisão, e administração, mais propriamente para as atividades de apoio intermediário, ou ainda, como referência às áreas de conhecimento, como administração sanitária ou administração hospitalar. Estamos autorizados assim, a manter neste trabalho a utilização que vem sendo feita com maior frequência na produção relativa ao campo da saúde. Entretanto, cabe ainda assinalar que o uso atual assumido pela literatura sanitária traduz, como queremos demonstrar, a inflexão sofrida pela organização do trabalho em saúde nos serviços públicos ao transitar da administração centralizada de ações diretas de agentes do governo, para a coordenação do trabalho cooperado em serviços complexos, quando então passa a exigir a ação gerencial. Mudanças estas que correspondem à transição do trabalho médico do modelo liberal para a medicina tecnológica, refletindo alterações no processo de produção das ações em saúde.

1.3- A Administração Pública em Saúde

A história da organização de ações públicas de saúde, da realização de ações assumidas como de competência do Estado, confunde-se com a própria história da Medicina Social, ou seja, com a história da organização de ações dirigidas ao coletivo pelo poder público instituído. Ainda que se possa falar em "administração" de ações de saúde pelo Estado desde este período, não há equivalência com as funções contemporâneas da mesma atividade. Tanto por não haver correspondência com a estrutura estatal burocrático-administrativa de nossos dias, como pelo uso distinto que se fazia da estrutura pública, que então se formava, e ainda, pela insipiência da administração como atividade que só muito mais tarde vem a tornar-se uma área de conhecimentos específicos, orientados por uma racionalidade de bases científicas.

Marcadas as diferenças de sentido, podemos dizer que as práticas de administração pública de ações de saúde tem início com o advento do Estado moderno e respondem a necessidades "organizacionais" próprias a este período, sem que se configurem neste momento como uma área dotada de um saber próprio, equivalendo muito mais a modos de responder às necessidades que se constituíam em demandas para o Estado, e ordená-las em leis e regras para a sociedade. Este é então, originalmente, o sentido definidor desta atividade e que permite identificá-la como tal ainda nos dias de hoje.

Ao Estado burguês, que emerge em substituição ao poder da aristocracia feudal, coube, num primeiro momento, viabilizar o novo espaço público das cidades, que se redefine com as mudanças no processo de produção. Garantir o crescimento demográfico das populações, criar condições concretas de sobrevivência através de cuidados sobre o meio ambiente, controlar o fluir das águas e do ar, o destino dos dejetos e o enterro dos mortos, foram atribuições que, não sem resistência popular,

o Estado tomou para si e sobre as quais agiu de maneira eficaz para os fins pretendidos. As concepções miasmáticas sobre as doenças que orientavam as primeiras ações foram sendo substituídas pelas teorias de contágio, que tanto mostravam-se mais eficazes como superavam as demais por suportarem uma legitimação científica, de bases microbiológicas. Dispor quantitativamente de mão de obra livre para vender sua força de trabalho, evitar ou controlar epidemias que colocavam em risco a vida do conjunto das classes sociais, garantir a circulação de mercadorias através dos portos, e legitimar os valores e necessidades da nova classe dominante como sendo os de toda a sociedade, foram durante os séculos XVIII e XIX algumas dos principais objetivos das ações de saúde dos Estados que lideraram o desenvolvimento do capitalismo no mundo ocidental.

Os cuidados individuais com a saúde eram atribuições das famílias, que contavam com o apoio de práticas populares de assistência, entre benzedeiras, parteiras e outros, restando aos sem amparo familiar os cuidados caritativos do hospital, como lugar que acolhia aos miseráveis e desassistidos. Com o desenvolvimento da Clínica e a transformação dos hospitais em unidades de assistência médica, a prática liberal da Medicina ganha gradativamente maior legitimidade social, embora mantenha-se ainda durante muito tempo como alternativa de acesso praticamente restrito às classes mais abastadas. A assistência médica individual só adquire contornos de um problema de Estado, quando a garantia de um acesso extensivo passa a ser uma questão social, um direito que deve ser universalmente garantido a todos os cidadãos, o que só acontecerá na segunda metade do século XX. A medicina social, do fim do século XVIII ao início deste século, foi capaz de "(...) *criar condições de salubridade adequadas à nova sociedade, e de abrir espaço para que a prática médica individual viesse gradativamente ocupar o lugar de juiz, promotor e executor das práticas de saúde.*" (Mendes-Gonçalves, 1994).

Podemos reconhecer aqui uma primeira grande divisão da história das ações públicas de saúde. Considerando as características das práticas protagonizadas

pelo Estado, e dos objetos de intervenção em saúde, podemos separar sua organização em dois grandes "períodos": o primeiro ligado à constituição do Estado e das relações de produção capitalista, caracterizando-se pelo desenvolvimento de um aparato administrativo centralizado, onde predominam ações de intervenção sobre a saúde coletiva; e o segundo, vinculado ao desenvolvimento e extensão das relações capitalistas de produção, onde as ações públicas de saúde reproduzem a ordem social através da constituição e extensão de serviços que desenvolvem um modelo de práticas, centralizado na atenção médica individual.

Quando consideramos a história das ações públicas de saúde no Brasil, podemos observar que as ações coletivas mantém-se historicamente como sendo de responsabilidade do Estado, enquanto a assistência médica individual desenvolve-se inicialmente como prática liberal, no espírito do livre acesso mediado pelas leis de mercado, passando neste século a ser progressivamente complementada pelo atendimento aos que trabalham, como direito previdenciário cofinanciado pelo Estado, empregadores e empregados, e mais recentemente, pelo atendimento público individual aos que se encontram à margem do mercado, estendendo-se como direito social para o conjunto da população, e tornando-se então também uma atribuição do Estado.

Essa divisão traduz-se no tratamento de nossa temática, em dois momentos: o primeiro representado pela ação centralizada do Estado como interventor direto no espaço social através da administração de ações globalizantes, de organização campanhista e/ou vertical, que tem os seus agentes como "um braço" do Estado; e o segundo sendo o da extensão das ações de saúde, realizada através da organização de serviços polivalentes e especializados, que necessitam de uma direção local, de um gerenciamento que responda às novas necessidades colocadas pelo parcelamento, institucionalização e especialização do trabalho de seu principal agente, o médico.

A história da administração pública em saúde, constrói-se na articulação entre o desenvolvimento do Estado e das práticas de saúde sob o

capitalismo, correspondendo ao processo de incorporação de mecanismos de racionalização nas formas de relação entre o Estado e a sociedade. Sem que possua uma "história própria" antes do século XX, seu significado histórico deve ser buscado no resgate não apenas da história dos meios empregados, mas antes, dos fins a que se destinam, implicando tanto no reconhecimento dos modelos tecnológicos utilizados na tradução das necessidades de saúde, como também, dos modelos de Estado que se constróem ao longo deste processo, e que transparecem na forma e tipos de ações efetivadas.

1.4- Administração em Saúde no Estado de São Paulo

O desenvolvimento da Administração em Saúde no Brasil, assim como de todo o campo originalmente denominado de "Higiene e Saúde Pública", deu-se basicamente sob a influência norte-americana a partir da década de 20. No entanto, ao contrário do que ocorreu naquele país onde a administração sanitária teve um desenvolvimento paralelo ao da administração hospitalar, entre os países latino-americanos a formação na área de administração em saúde foi, durante muito tempo, parte integrante do perfil dos sanitaristas, só mais recentemente diferenciando-se a formação do administrador sanitário da do administrador hospitalar (Kisil, 1994).

No Brasil, o ensino de administração em saúde ocorreu, durante quase 40 anos, apenas no interior de Escolas de Saúde Pública e nas Faculdades de Medicina, em seus departamentos de Medicina Preventiva e Social, que formavam sanitaristas que tinham como perspectiva de trabalho basicamente, dar assessoria técnica ou gerir diretamente serviços públicos de saúde, especialmente os de atenção primária. A habilitação em administração hospitalar foi aprovada pelo Conselho Federal de Educação em junho de 1973 e as experiências dos PROASAs (Programas de

Administração em Saúde), com ênfase na administração hospitalar, só tiveram início em 1976, vinculados a Escolas de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (Gonçalves, 1977).

No Estado de São Paulo, a proximidade entre a instituição formadora de quadros para a administração pública na saúde e os órgãos públicos de execução é reconhecidamente muito grande (Labra, 1985). A Faculdade de Saúde Pública da USP, o mais tradicional centro formador de sanitaristas do Estado e o mais antigo do Brasil, sempre teve como política formar recursos humanos como resposta às necessidades da estrutura de prestação de serviços. Isto pode ser observado nas alterações de seus cursos de especialização em Saúde Pública, em termos de mudanças no conteúdo, tempo de duração e número de vagas. Neste mesmo sentido é que o curso de especialização em administração hospitalar desta instituição, criado em 1951, é realizado num contexto de absorção imediata destes recursos pelo Hospital das Clínicas, construído neste período, antecipando-se inclusive à existência legal dessa especialidade.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem promovido, ao longo de sua existência institucional, diversas experiências racionalizadoras na organização dos serviços, a partir de concepções desenvolvidas nas áreas de administração e planejamento. Nesse sentido, além da legislação sobre organização e gerência de serviços, há um grande número de documentos de circulação "interna", utilizados em debates e treinamentos, onde estão registrados o "pensamento" deste órgão sobre as questões que queremos investigar. Por outro lado, há também inúmeros trabalhos que expõem e analisam algumas experiências locais e regionais de organização de serviços estaduais de saúde, e que representam o "pensamento" gerencial de outros atores envolvidos neste processo, e que constituem também um importante material onde deveremos buscar respostas às nossas questões.

No desenvolvimento da Administração em Saúde como campo organizado de práticas em São Paulo, pode-se observar um estreito vínculo entre a formação de quadros especializados e a formulação de projetos específicos de reorganização dos serviços públicos de saúde. Neste sentido, pretendemos recuperar a trajetória desta articulação, que se inicia com a constituição do Instituto de Higiene.

O ensino de administração sanitária tem início no interior dos cursos de especialização em Saúde Pública, organizados em São Paulo, a partir de 1918, no Instituto de Higiene, oficializado por lei estadual em dezembro de 1924. Segundo esta lei, foram previstas como finalidades desta instituição (apud Mascarenhas, 1949):

•*"realizar o curso de higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de acordo com as exigências do ensino dessa cadeira, e bem assim os cursos de aperfeiçoamento técnico para os funcionários do Serviço Sanitário de habilitação profissional para enfermeiras e visitadoras de saúde pública e outros especiais que venham a ser instituídos por lei ou que o Governo repute necessário;"*

•*"efectuar pesquisas científicas de carácter geral ou local, e nas matérias de atribuição e competência, prestar inteira colaboração com o Serviço Sanitário;"*

•*"verificar os soros e vacinas expostos à venda e estabelecer a padronagem destes;"*

•*"orientar o ensino popular de higiene e a propaganda sanitária em geral."*

Ficou ainda estabelecido que os diplomados neste Instituto teriam preferência para o provimento de cargos técnicos no Serviço Sanitário, o que não é respeitado num primeiro momento. Em 1931, como parte de um conjunto de reformas administrativas, o Instituto de Higiene é reorganizado, passando a denominar-se "Escola de Higiene de São Paulo", subordinando-se à Secretaria de Educação e Saúde Pública, sendo reafirmado neste momento a "(...)*preferência, em igualdade de condições, para o*

provimento nas Repartições do Estado, nos cargos técnicos iniciais de suas especialidades." Esta mesma orientação é reafirmada com maior ênfase em 1934, "*(...) terão preferência, nas repartições Públicas do Estado, no provimento de cargos públicos relacionados a assuntos de higiene e saúde pública.*" (Cf. Mascarenhas, 1949, p.122 e 136). Em 1938 o Instituto de Higiene é incorporado à Universidade de São Paulo e subordinado à cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina.

Inspirado no sucesso e importância adquiridos pela administração nos Estados Unidos, Mascarenhas, em 1949, atribuía parte de nossa pobreza real, em face de nossa riqueza potencial, à "(...) *falta, em todos os sectores, principalmente nos serviços governamentais, da aplicação científica da Administração. Somos pobres, ninguém o nega, mas nos damos ao luxo de sermos pobres perdulários. Gastamos em demasia, principalmente nos serviços públicos, e colhemos migalhas ínfimas em comparação com o dinheiro dispendido.*" (Mascarenhas, 1949, p.5). Nesta linha de argumentação, o autor assinala o "atraso" brasileiro na incorporação de conhecimentos da área de Administração Sanitária nas ações governamentais.

O Instituto de Higiene, foi o primeiro a possuir uma disciplina de Administração Sanitária em seus cursos para médicos sanitaristas, desde sua criação em 1918. A partir de 1945, com a transformação do Instituto na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Prof. Geraldo de Paula Souza forma um grupo de estudo de Administração Sanitária, na cadeira de Técnica de Saúde Pública.

Apesar da relativa precocidade com que foi implantado o ensino de Administração Sanitária, até 1949, as publicações sobre esta temática restringiam-se aos relatórios de diretores do Departamento de Saúde, em sua maioria arquivados sem publicação (Mascarenhas, 1949).

Os cursos de Saúde Pública, inicialmente dirigidos para formação de médicos sanitaristas e depois aberto como especialização para o conjunto das

profissões ligadas à saúde, multiplicam-se, estendendo-se a instituições públicas e privadas, que somam ao seu conjunto de egressos aqueles formados pelos cursos de residência médica em Medicina Preventiva, a partir da equivalência entre essas áreas de especialização. Durante muitos anos o ensino de Administração em Saúde limitou-se ao espaço de uma disciplina no interior da formação de sanitaristas. Relativamente em paralelo desenvolveu-se o ensino de Administração Hospitalar, que vem a caracterizar-se como especialização apenas na década de 70.

A gerência, como prática organizacional típica, só se efetiva nos serviços públicos de São Paulo, quando estes alteram as bases tecnológicas em que se organiza o trabalho em saúde, através da montagem de equipes multiprofissionais, que traduzem uma divisão havida desde o interior do trabalho médico, e que passam a exigir uma coordenação gerencial. As bases institucionais para a ocorrência desse processo, em suas dimensões internas ao aparato público, podem ser reconhecidas no desenvolvimento administrativo da Secretaria de Estado da Saúde, cuja construção iremos percorrer no capítulo seguinte, interrogando-lhes quanto aos mecanismos de organização do trabalho e dos processos de tomada de decisão na prestação de serviços, além de reconhecermos a estrutura organizacional, o perfil dos recursos humanos e dos equipamentos disponíveis em cada período, como um conjunto de características que definem a execução institucional de diferentes modelos tecnológicos.

CAPÍTULO 2 - A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE NA SES DE SÃO PAULO

2.1 - De 1889 a 1925: A constituição do Serviço Sanitário e o período "Emílio Ribas"

A criação do Serviço Sanitário no Estado de São Paulo fez parte do processo de intensas mudanças sociais que se iniciam no Brasil no final do século XIX. Como país colonizado, de tradição extrativista e agrária, é só na segunda metade do século passado que passam a ocorrer no país as principais transformações que possibilitarão que as relações capitalistas de produção se tornem centrais na organização social e econômica a partir do século seguinte. Predominam, até então, relações de trabalho escravo ou semi-escravo, que se traduzem na hegemonia de uma ideologia agrária e conservadora, resistente à industrialização e às inovações representadas pelos novos empreendimentos que ocorriam na indústria internacional de capital monopolista. Nesse período, ocorrem mudanças básicas para o desenvolvimento do processo de industrialização, que possibilitarão a criação de um mercado interno e a formação de um proletariado nacional, impulsionadas em São Paulo pela substituição da mão-de-obra escrava pela imigração em massa subsidiada pelo Estado para as lavouras de café (Furtado, 1980).

A primeira Constituição republicana de 1894 toma como modelo a Constituição norte-americana, definindo para o Brasil um regime federativo que delega grande autonomia aos estados-membros. Sem que houvesse correspondência histórico-social com o processo de formação dos estados americanos, apenas as antigas províncias com importância econômica constituem-se, de fato, em estados fortes com uma significativa autonomia em relação ao governo federal, inclusive em termos de recursos orçamentários (Faoro, 1979).

A província de São Paulo praticamente não contava com um aparato público institucionalizado até meados do século passado. Desse período em diante, cresce sua importância econômica como um centro de produção cafeeira, tornando-se, ao final do século, nuclear à política agro-exportadora do país. Essa condição reforça sua autonomia como membro da federação e define um novo conjunto de necessidades que passam a requerer a intervenção do Estado, que, nesse movimento, amplia seu aparato administrativo como parte dos mecanismos que respondem às novas demandas sociais.

As finalidades que orientam a montagem da máquina estatal em São Paulo podem ser assim sintetizadas: a) constituir um mercado de trabalho livre, onde a organização do Serviço Sanitário se integra como parte da montagem de uma infra-estrutura institucional que atende aos problemas do rápido crescimento demográfico desencadeado pela política de subsídios à imigração (Ribeiro, 1993); b) viabilizar a circulação e distribuição de mercadorias, incluindo-se aqui a força de trabalho dos imigrantes estrangeiros; e c) dar sustentação política à constituição do Estado republicano na instalação de relações capitalistas de produção, garantindo-lhe legitimidade social através da utilização de meios racionais e científicos na execução de ações públicas de saúde (Iyda, 1994)[1].

[1] Há diferenças no modo como as autoras citadas tratam este processo em relação às finalidades que reconhecem como centrais ao desenvolvimento das ações estatais no período. Entretanto, acreditamos que a integração de suas perspectivas de análise possa ser feita uma vez que não partem de pressupostos teóricos antagônicos, e podem, ao contrário, ser vistas como complementares, desde que referidas ao processo global que se desenvolve em escala histórica. Para Maria Alice Ribeiro, as políticas de subsidio à imigração, adotadas desde o final do século, compõem um cenário de organização do mercado interno de trabalho que permite que, no momento seguinte, se inicie o processo de industrialização e que se reformulem as relações de produção em bases capitalistas. Em um contexto de pressões externas do mercado internacional, o "inflacionamento" local por excesso de mão de obra, é apontado como um fator que viabiliza estas mudanças. Para Massako Iyda, as transformações que ocorrerão a partir da década de 20, encontram sustentação em modificações na área da saúde que passam a ocorrer neste mesmo período, considerando que no período anterior a finalidade central das ações de saúde do Estado era a busca por se estabelecer um consenso nacional que legitimasse a ação estatal enquanto ação racional apoiada em instrumentos científicos.

O primeiro órgão estadual de saúde em São Paulo foi a "Inspectoria de Higiene da Província", que existiu entre 1886 e 1889, com as seguintes atribuições: organizar a estatística demógrafo-sanitária do estado, fiscalizar as profissões médica e farmacêutica e as condições sanitárias das cidades e ainda, combater as epidemias, ações que se davam principalmente na capital da província, e que tinham no controle da varíola sua atribuição mais importante (Mascarenhas, 1949). Sua atuação era extremamente limitada, pois além de não possuir pessoal suficiente, não tinha orçamento próprio, dependendo de verbas da Inspetoria Geral de Higiene do Rio de Janeiro, que priorizava a liberação de recursos para a capital (Ribeiro, 1993).

A ação dos fiscais ligados à Inspetoria de Saúde, no fim do período imperial, contemplava interesses pessoais de compadrio com vereadores, e de proteção ao próprio emprego. Nesse contexto, as questões sanitárias apontadas pelas Câmaras Municipais, como as relativas a fiscalização de cortiços, tinham poucas condições objetivas de serem postas em prática, o que era reforçado pela ausência de uma estrutura institucional bem definida. Desse modo, "*a existência de uma legislação sanitária não efetiva(va) sua aplicação* (...)", pois além das pressões pessoais, "*a normatização não se efetiva(va), também, porque a expedição de leis e normas para o estabelecimento de uma organização sanitária ocorr(ia) sem a implantação de uma estrutura administrativa sanitária adequada...*" (Iyda, 1994, p.31).

Nos dois primeiros anos da República, esse orgão foi mantido como "Inspectoria de Higiene de São Paulo", praticamente com a mesma estrutura do Império, ou seja, um médico como inspetor sanitário e outros dois médicos como auxiliares, que dividiam entre si o conjunto das responsabilidades descritas. Em 1886, a Inspetoria foi incorporada à estrutura pública em constituição, passando a funcionar em uma sala do palácio do governo e podendo contar com o auxílio de um secretário. Essas modificações ganham importância institucional, se considerarmos que dois anos antes da instalação da "Inspectoria", o Dr. Marcos de Oliveira Arruda fora nomeado para o

cargo de "Inspector de Higiene", exercendo suas funções públicas em seu próprio consultório e sem remuneração. Mesmo com essas modificações, as ações da Inspetoria enfrentavam enormes limites, agravados pelas dimensões geográficas da província, que incluía também o atual estado do Paraná, e acabavam por priorizar a capital em sua execução (Mascarenhas, 1949).

Com a República, o país é federalizado e os estados ganham maior autonomia e responsabilidade pelas ações de saúde pública. A antiga Inspetoria é extinta em 1892, com a criação do Serviço Sanitário do Estado. O novo orgão é subordinado à Secretaria do Interior e dotado de uma estrutura organizacional que dará sustentação técnico-administrativa às ações de saúde do estado. Pode-se dizer, assim, que a organização institucional de ações públicas de saúde em São Paulo se inicia no período republicano com o desenvolvimento de práticas de Saúde Pública, passando a integrar, desde então, as pautas governamentais como parte das políticas de Estado (Merhy, 1992). A nova estrutura, conforme mostra o organograma 1, foi definida pela Lei no. 43, de 18 de julho de 1892, e era constituída por:

- um *Conselho de Saúde Pública*, encarregado de assessorar o governo nos assuntos de higiene e salubridade pública, e de administrar os recursos das multas impostas pelos delegados de saúde. Era composto pelo diretor do Departamento de Higiene, pelos chefes dos laboratórios, e pelo engenheiro sanitário, sendo presidido pelo Secretário do Interior;

- uma *Diretoria de Higiene*, que, com o apoio de *três laboratórios*, o *Farmacêutico*, o *Bacteriológico*, e o de *Análises Químicas*, e do *Instituto Vacinogênico*, era responsável pela execução do regulamento sanitário, pelas ações de assistência pública da capital e pela vigilância das enfermarias e hospitais a cargo do governo;

- um *engenheiro sanitário*, responsável por coordenar comissões de trabalho para o melhoramento sanitário;

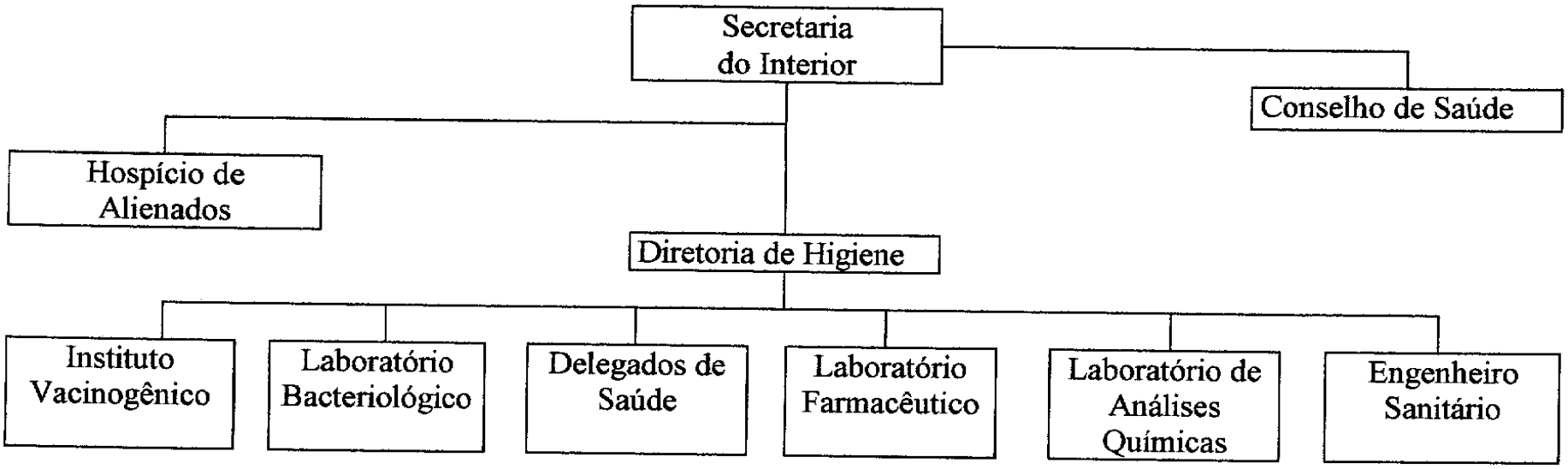
• foram previstos 158 *delegados de saúde* que, com o auxílio de fiscais desinfectores, deveriam dar cobertura ao total de municípios e vilas do estado de São Paulo, distribuindo-se pelo menos um delegado para cada município ou vila, e concentrando-se oito na capital, dois em Santos e dois em Campinas. Essa ambiciosa cobertura não foi de fato implantada, ainda que se tenha conseguido, nesse mesmo ano de 1892, nomear 37 inspetores sanitários para o interior e seis para a capital.

• o *Hospício de Alienados*, estrutura diretamente vinculada à Secretaria do Interior, tal como o próprio Serviço Sanitário. Mantém-se com esta inserção praticamente durante todo o período considerado, com exceção das mudanças previstas na reforma administrativa de 38, retoma este vínculo direto com a formação da Secretaria de Estado da Saúde em 1948 (Mascarenhas, 1949).

Havia ainda, diretamente subordinado ao Diretor de Higiene, dois auxiliares diretos, sendo um deles responsável pelas estatísticas demógrafo-sanitárias. Chama atenção que todos os inspetores de saúde eram médicos, pois embora não houvesse uma exigência legal nesse sentido, suas atribuições assim o exigiam. "*As atividades de saúde pública não eram apenas preventivas ou preventivo-curativas: afecto aos orgãos de saúde pública estava um grande número de atividades de assistência médica pura e outras somente sociais, tais como a hospitalização de indigentes, encargos de expostos, asilados, etc.. As atividades eram pois de saúde pública, de medicina puramente curativa e de assistência social.*" (Mascarenhas, 1949, p. 42).

Embora a legislação sanitária vigente desde o Império refletisse ainda "*...uma mentalidade de saneamento do meio físico, resultado das lutas contra os "miasmas", que caracterizavam as campanhas de saúde pública antes de Pasteur.*" (Mascarenhas, 1949, p.44), é de se notar que, diferentemente do período anterior, o Serviço Sanitário passa a congregar quatro institutos ou laboratórios, encarregados de

ORGANOGRAMA Nº 1 - ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO (LEI Nº 37, DE JULHO DE 1891)



Fonte: Cf. apresentado por Mascarenhas, 1949

dar suporte às ações de controle. Esses equipamentos representam a incorporação de um novo instrumental, que redefine as concepções de doença utilizadas para intervenção no meio através da pesquisa laboratorial de seus agentes causadores. Além disso, houve um aumento significativo no número de delegados ou inspetores de higiene, de três no período anterior, para 43 neste, o que possibilitava ações de intervenção sobre o meio qualitativamente distintas das até então realizadas. Assim, ainda que o Serviço Sanitário do Estado continuasse a ter relativamente as mesmas atribuições da antiga Inspetoria de Higiene, quais sejam, o combate às epidemias, o saneamento do meio físico, a fiscalização da alimentação e do exercício das profissões médica e afins, os instrumentos de intervenção tornam-se mais complexos e incorporam novos conhecimentos, que os diferenciam em relação ao período imperial.

A organização da primeira estrutura pública de saúde do estado reflete as concepções que, a partir do movimento sanitário inglês, assumem hegemonia na orientação das ações coletivas de saúde. Se podemos estabelecer uma analogia entre este período da saúde pública paulista com o processo de desenvolvimento da medicina social na Europa, ela se restringe à segunda metade do século XIX, quando as novas bases científicas da ciência epidemiológica já estavam estabelecidas. Não houve na São Paulo do Brasil-colônia ou do período imperial movimentos relativos à saúde que interrogassem o social como categoria com uma substância distinta da concepção bacteriológica que o caracteriza essencialmente como meio de transmissão. A ação pública sobre a saúde até então limitava-se praticamente à capital do país e seu processo de extensão a outras províncias já nasce com uma orientação epidemiológica calcada nas explicações causais de bases microbiológicas (Merhy, 1987). É com esse mesmo sentido que as inúmeras mudanças que ocorrerão desse período até a década de 20 representam ampliações e diversificações das ações do Estado, que se mantém num mesmo movimento tecnológico de uso privilegiado da epidemiologia como saber que orienta as ações de saneamento do meio e de controle das epidemias,

desvinculando as causas das doenças transmissíveis de seus determinantes de natureza social (Mendes-Gonçalves, 1994). O crescimento das cidades e o processo de industrialização e transformação das relações de produção definiram novas necessidades sociais para as práticas de saúde, que encontram respostas na importação de modelos de intervenção já definidos como hegemônicos no processo de desenvolvimento dos países ocidentais que lideram as tranformações capitalistas nesse período.

Com poucos dias de diferença da publicação da lei que cria o Serviço Sanitário, é aprovada a lei que *"torna obrigatorias a vaccinação e revaccinação em todo o Estado"*, com a previsão de instalação pelo governo de postos de vacinação gratuitos, que após seis meses de instalação considerariam os não vacinados de cada localidade como infratores sujeitos a multas ou à prisão de 1 a 3 dias, na falta de pagamento (Lei no. 13, de 7 de novembro de 1891).

Uma outra função do Estado que é reforçada na nova estrutura é a normatização e controle do exercício profissional, inicialmente dos médicos, e gradativamente também de outras profissões da saúde, como condição de legitimação do processo social de reconhecimento desses profissionais como os únicos autorizados a cuidar da saúde ao nível individual.

A estrutura organizacional do Serviço Sanitário passa por inúmeras reformas até a década de 20 (1893, 1896, 1906, 1911, 1917 e 1925), refletindo um período de turbulência das políticas de Estado, extremamente suscetíveis à pressão dos grupos econômicos com maior poder, centrados nos grandes produtores de café. Um dos motivos de divergência política situava-se na definição de responsabilidades pelas ações sanitárias entre estado e municípios. Desde a Constituição republicana, o governo federal delegou aos estados a responsabilidade pela saúde pública terrestre, dando-lhes autoridade para atuar junto aos municípios. Em São Paulo, em função da importância política e econômica dos "barões" do café espalhados pelas principais regiões

produtoras do interior, é grande a disputa entre o poder político dos municípios e o governo estadual. No entanto, este último busca sempre alcançar um meio termo conciliatório entre os poderes municipais e estaduais, mantendo-se como representante dos interesses da oligarquia cafeeira durante todo o período. Nessa disputa, a responsabilidade imediata sobre as ações de saúde pública foi ora estadual, ora municipal, ainda que tenha sido concretamente ao nível do estado que tenham se desenvolvido os principais equipamentos (Mehry, 1987).

O jogo de interesses regionais fez com que em sua primeira reforma, já em 1893, fosse aprovada uma municipalização das ações de saúde, que transferia para os municípios a responsabilidade pelo saneamento, pela polícia sanitária, pela fiscalização da alimentação pública, e ainda pela organização da assistência e da vacinação. Este grau de descentralização das ações sanitárias, de fato não foi alcançado em face da precariedade de recursos e organização institucional de grande parte dos municípios (Mascarenhas, 1949).

Por outro lado, essa reforma modifica a estrutura organizacional inicialmente proposta. Extingue o Conselho de Saúde, regulamenta o Laboratório Farmacêutico do Estado vinculando-o diretamente ao Secretário do Interior e cria três novas estruturas: o Serviço Geral de Desinfecções, a Secção de Estatísticas Demógrafo-sanitárias e os Hospitais de Isolamento, todos subordinados à diretoria do Serviço Sanitário, que passa a ter doze inspetores sanitários, dois farmacêuticos, um secretário e funcionários administrativos.

Os principais organismos que compunham o Serviço Sanitário denotavam sua função central de controle das epidemias. O Serviço Geral de Desinfecção e o Hospital de Isolamento[2] prestavam assistência direta, principalmente à população pobre dos núcleos urbanos mais importantes, enquanto o Laboratório Farmacêutico e o Instituto Bacteriológico e Vacinogênico, forneciam medicamentos e

[2] Atual Hospital "Emílio Ribas".

substâncias químicas para hospitais e desinfectórios, e desenvolviam pesquisas sobre as principais endemias (Ribeiro, 1993).

O Serviço Geral de Desinfecção logo se firma como um dos equipamentos mais importantes na execução das ações sanitárias junto à população. Isso fica demonstrado por seu orçamento, em 1896 o segundo do Serviço Sanitário, secundário apenas ao da Diretoria. O contínuo aumento de recursos se deve às periódicas ampliações no número de desinfectores e equipamentos que ocorriam a cada surto epidêmico, e à centralidade de suas atividades no controle das epidemias. As práticas de desinfecção consistiam basicamente na pulverização de diferentes substâncias químicas nas habitações ou locais públicos considerados contaminados, e na utilização de estufas e câmaras de enxofre para desinfecção de roupas e objetos. Os desinfectores atendiam a qualquer solicitação que visasse combater "o mal" invisível que podia estar presente até nas escavações e remoções de terra realizadas em obras de saneamento, pulverizando-se, neste caso, as terras removidas. Na importância dessa prática, reafirma-se a confluência de parâmetros distintos, baseados nas concepções miasmáticas e de contágio, especialmente no combate às epidemias que ainda não possuíam uma etiologia, um agente causal identificado pelas pesquisas bacteriológicas, como no caso da febre amarela (Ribeiro, 1993).

Embora essa primeira reforma objetivasse descentralizar as ações, ela implica num crescimento da estrutura técnica e administrativa do Serviço Sanitário. Os inspetores sanitários caracterizam-se principalmente como executores diretos de ações técnicas, e não como coordenadores administrativos, distanciando-se ainda dos futuros gerentes de serviços locais. As funções previstas para esses agentes sanitários do poder público, em suas ações, inclusive de apoio aos municípios, eram:

- "*comparecer diariamente aos laboratórios, institutos ou estabelecimentos dependentes da directoria sanitária que lhes forem designados,*

cumprindo-lhes executar os serviços técnicos que lhes forem distribuídos pelos respectivos directores"

- *"estar sempre prontos para partir em comissões, desde que para elas fossem designados";*
- *"dirigir as comissões de socorros destacadas para prestar serviços aos municípios, quando houver requisição das municipalidades";*
- *"estudar as condições sanitárias das localidades para onde forem destacados e apresentar relatório detalhado das observações feitas, indicando medidas que lhes parecerem necessárias, a bem da saúde local";*
- *"colher todos os elementos e dados necessários que devam servir de estudo ao Instituto Bacteriológico e Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas";*
- *"elaborar pareceres sobre assuntos referentes à saúde pública e que lhes forem propostos pelo diretor do Serviço Sanitário";*
- *"rubricar os livros das farmácias, quando para isso forem designados pelo diretor do Serviço Sanitário";*
- *"cumprir todas as determinações do diretor do Serviço Sanitário, executando os trabalhos que para isso lhes forem ordenados*" (Lei no.240 de 4/9/1893, *apud* Mascarenhas,1949).

Como agentes das ações de saúde, os inspetores não possuiam nenhum grau de autonomia em relação ao governo central, e, embora exercessem funções fiscalizadoras, não se pode dizer que tivessem uma atividade "gerencial", antes eram agentes do governo no cumprimento de suas políticas, ao mesmo tempo em que agentes diretos das ações de assistência à saúde.

O primeiro Código Sanitário do Estado é de 1894, e só foi substituído e "modernizado" em 1911, constituindo-se no principal guia das ações que delegados e inspetores médicos desempenham até então. Esse código, de inspiração francesa, em muitos pontos não foi cumprido pelo Estado, mas é representativo das concepções

hegemônicas desse período, tanto em relação aos instrumentos de leitura e intervenção sobre as necessidades de saúde, quanto em relação ao tipo de estrutura técnico-administrativa necessária ao cumprimento das ações.

Resumidamente, suas normas regulamentavam as seguintes ações e logradouros: "*das ruas e praças; das habitações em geral; das habitações coletivas; dos hotéis e casas de pensão; das habitações das classes pobres; das habitações insalubres; das fábricas e oficinas; das escolas; dos teatros; da alimentação pública; das padarias, botequins e restaurantes; dos açougues; dos mercados; do abastecimento de água; das cachoeiras e estábulos; das casas de banho, barbeiros e cabelereiros; das lavanderias públicas; das latrinas e mictórios públicos; dos hospitais e maternidades; dos esgotos; dos necrotérios; dos acidentes na rua; dos enterramentos; dos cemitérios; das preocupações imediatas contra moléstias epidêmicas e transmissíveis; da vacinação e revacinação.*" (Mascarenhas , 1949, p.48).

Como bem expressam as atividades que deveriam se subordinar às normas impostas pelo Código Sanitário, competia à administração pública estabelecer novas regras de convívio social, ancoradas em concepções higienistas de proteção à saúde coletiva, segundo as quais encontrar as causas "do mal" e exterminá-las era a finalidade última das ações, devendo-se para tanto suplantar quaisquer barreiras. Em seu processo de constituição, o Estado encontra nas ações de higienização e saneamento do meio importantes instrumentos de normatização do espaço social, que, a um tempo, definem-no como autoridade máxima sobre o bem comum e criam as condições necessárias ao processo de industrialização que se inicia. É nesse sentido que competia aos agentes da saúde cuidar para que não se construíssem cortiços ou casas sem condições de higiene, para que houvesse remoção de lixos, construção de esgotos ou fossas e uma adequada circulação de ar; medidas que tinham como campo de intervenção não a proteção ao indivíduo mas a normatização do espaço social (Vasconcellos, 1995).

Em relação aos hospitais, praticamente restritos às Santas Casas de Misericórdia -aos quais se somam posteriormente os hospitais estaduais de isolamento-, as medidas referiam-se à localização e às dimensões dos prédios, definindo-se normas para a construção do espaço físico hospitalar. Assim, por exemplo, as construções deveriam ser afastadas do centro, de tamanho médio, não excedendo a 250 leitos, e especificando-se que, no caso das maternidades, a construção deveria ser feita em pavilhões isolados, com no máximo quatro quartos, não sendo permitido mais do que dois pavimentos. Esses cuidados representam medidas baseadas numa orientação onde se agregam as novas teorias de contágio com as concepções miasmáticas de transmissão das doenças, para as quais os espaços representavam o fluir dos humores. Assim como no caso dos Desinfectórios, a orientação contida no primeiro Código Sanitário denota alguns procedimentos de "transição" entre as concepções anteriores e a incorporação de parâmetros bacteriológicos. Esses últimos se firmar-se-ão como hegemônicos com a direção dada ao Serviço Sanitário por Emílio Ribas a partir de 1898 (Ribeiro, 1993; Merhy, 1987).

Até o final da primeira década deste século os hospitais não possuíam ainda, no Brasil, a importância central que assumirão posteriormente para as ações de assistência à saúde. Os cuidados hospitalares dirigidos aos doentes eram em geral exercidos por leigos voluntários ou irmãs de caridade, e a prática médica era realizada principalmente no espaço privado dos consultórios ou no domicílio dos pacientes; cabia ao poder público, principalmente, procurar garantir que este fosse um exercício privativo dos médicos, tornando ilegal qualquer outra prática.

Quanto aos cuidados com moléstias transmissíveis, o Código Sanitário recomendava providências imediatas no caso das moléstias de notificação compulsória: as moléstias pestilenciais (febre amarela, cólera e peste do oriente); as febres exantemáticas (varíola, escarlatina, sarampão) e a difteria. Outras doenças, como a

tuberculose, as febres infecciosas puerperais, as moléstias septicêmicas e o beri béri, mantinham-se como de notificação facultativa (Mascarenhas, 1949).

Emílio Ribas assume a diretoria do Serviço Sanitário do Estado em 1898 e permanece como seu diretor durante quinze anos, até seu afastamento em 1913; representa uma corrente de pensamento no interior do sanitarismo da época que ganhou legitimidade com o sucesso com que nesses anos foram extintas ou controladas as epidemias de varíola, febre amarela, malária, peste e febre tifóide. As ações de policiamento sanitário e as campanhas firmam-se como os principais instrumentos de intervenção nesse período. Mesmo considerando a ocorrência de episódios de recrudescimento de alguns focos epidêmicos, a queda da mortalidade atestava a eficácia dos instrumentos utilizados.

A postura e as concepções técnicas que orientaram as ações da polícia sanitária do Estado ficam patentes nesse excerto do próprio Emílio Ribas a propósito da necessidade de se ampliar as ações de controle sobre a tuberculose: "*Para com mais segurança verificar que a casa concorre de um modo accentuado na propagação da tuberculose, percorri diversas cidades velhas de São Paulo e observei que os fócos mais intensos se formam com caracter permanente nos domicilios em que o ar e a luz solar não penetram sufficientemente e sobretudo n'aquelles em que existem as malsinadas alcovas. Nessa excursão ás cidades situadas á margem da Estrada de Ferro Central, encontrei em Jacarehy uma alcova que se havia transformado em um verdadeiro celleiro do germen de Koch, com condições muito favoráveis á conservação de sua virulencia e onde se infeccionaram 4 pessoas, fallecidas no curto espaço de 2 annos. Benemeritos são, pois, os governos e municipalidades que, compenetrados de seu dever, já iniciaram a ardua mas humanitaria tarefa da observancia da hygiene domiciliar, porquanto a casa insalubre não é sómente responsavel pela propagação da tuberculose, mas de todas as molestias epidemicas.*" (Ribas, 1909).

Sobressai nas palavras de Ribas, em primeiro lugar, a importância dada ao meio ambiente enquanto conceito instrumental, de caráter biológico, para apreensão e manipulação das doenças, e segundo o qual as condições sociais são naturalizadas como 'veículos' de transmissão. Além disso, dois outros aspectos também chamam a atenção: o papel intervencionista prescrito para o Estado, que deve adentrar para o interior do espaço privado no cumprimento de seu dever para com a saúde da coletividade; e a postura do então diretor do Serviço Sanitário, em percorrer regiões do interior do estado para um reconhecimento das condições de saúde, numa atitude muito distante da imagem tecnocrática de um administrador público de gabinete de nossos dias. Para além das características pessoais de Emílio Ribas, a realização de diagnósticos e medidas de intervenção, pessoalmente assumidos pelos sanitaristas desse período, aparece como uma postura relativamente generalizada, o que tornava esses sanitaristas não só os principais responsáveis mas também os agentes diretos das ações de saúde, mais do que seus administradores. Tinham como auxiliares diretos os fiscais de saúde, que percorriam os logradouros e estabelecimentos das cidades, identificando irregularidades e aplicando multas. As ações técnicas mais nobres eram realizadas diretamente pelos inspetores sanitários, cuja função ganha complexidade à medida que as atribuições do Serviço Sanitário vão se diversificando.

Em 1905 é criado o que, para Mascarenhas, representa "*o primeiro serviço de assistência médico-sanitária...fora do campo das doenças infecto-contagiosas*" (Mascarenhas, 1949, p.55): o serviço de inspeção de amas-de-leite. Nesse serviço, as amas-de-leite que se quisessem alugar eram avaliadas por um inspetor sanitário através de exame clínico, análise qualitativa do leite e exame de seu último filho. Originalmente com um caráter fiscalizador, próprio às ações da polícia sanitária, esse serviço passará por reformulações que lhe darão posteriormente um papel mais de controle médico-sanitário, a partir das reformas de 1911 e 1917. Como marco inicial do uso de ações de assistência para o controle de condições não infecciosas, denota o viés

de ações sanitárias dirigidas à fiscalização da população mais pobre como medida de proteção a um outro grupo social, aquele que nesse período se valia do aluguel de amas-de-leite para aleitar seus bebês.

A reforma administrativa desencadeada em 1906 por Emílio Ribas deu ensejo a um processo de regionalização, que traduzia a maior complexidade assumida pela estrutura administrativa e a necessidade de estender sua rede de modo a dar sustentação a intervenções mais diretas sobre o interior. Nesta reforma, consolida-se a incorporação de fundamentos bacteriológicos nas práticas sanitárias. Amplia-se a atuação da polícia sanitária e a vacinação obrigatória contra varíola.

O Serviço Sanitário passa a ser dividido em catorze distritos sanitários, com sedes localizadas nas cidades economicamente mais importantes, ou seja, as produtoras de café ou responsáveis pelo escoamento de sua produção. O distrito da capital foi subdividido em treze circunscrições, o de Santos em quatro e o de Campinas em dois. A criação de distritos representa uma perspectiva de redirecionamento das ações de saúde dirigidas para o interior sob controle do estado, reforçando o poder estadual em relação ao dos municípios. Ao que tudo indica, os distritos acabaram não sendo de fato implantados nesse período (Ribeiro, 1993).

Pela primeira vez é previsto para o inspetor sanitário o papel de direção, tanto dos distritos como de serviços específicos a eles subordinados. No entanto, esse agente continuaria a caracterizar-se fundamentalmente como um agente direto ou coordenador técnico de ações de controle sobre o meio. Seu perfil de responsabilidades diversifica-se sem alterar as finalidades centrais de seu trabalho, o que pode, novamente, ser observado na descrição de suas principais atribuições:

- *"o serviço diário da polícia sanitária e vigilância médica";*
- ***"a direção e fiscalização** do serviço de desinfecção, remoção e isolamento dos doentes de moléstias transmissíveis";*

- *"o serviço de inspecção de amas-de-leite e consultório de lactentes filhos de indigentes, quando para isso forem designados";*

- *"a* ***direção do serviço*** *do hospital de isolamento nas localidades do interior";*

- *"o serviço de higiene agressiva para extinção de focos epidêmicos nas localidades do interior";*

- *"o serviço de higiene profiláctica geral e especial, para remover as causas do aparecimento e da propagação de moléstias transmissíveis nos respectivos distritos";*

- *"aconselhar as pessoas residentes em seus respectivos distritos os meios profilácticos julgados eficazes, baseados na mais severa higiene pessoal e doméstica";*

- *"o estudo das condições sanitárias das localidades, expondo em relatório detalhado as observações feitas e indicando as medidas a bem da saúde local";*

- *"vacinar e revacinar";*

- *"vacinar e fazer as observações dos imigrantes recém-chegados, fiscalizando a desinfecção das roupas, bagagens etc.";*

- *"fiscalizar a alimentação pública, inspecionando as fábricas, padarias, refinações, torrefações e casas comerciais que expõem à venda gêneros alimentícios e bebidas nacionais e estrangeiras, fazendo as necessárias apreensões";*

- *"fiscalizar os serviços de limpeza pública e particular, levando ao conhecimento do diretor do Serviço Sanitário as falhas que verificar";*

- *"fiscalizar o embarque de trapos e papéis servidos nos respectivos depósitos";*

- *" fiscalizar a higiene escolar";*

- *"fiscalizar o exercício da medicina, farmácia, obstetrícia e arte dentária";*

- *"fiscalizar as farmácias e drogarias, rubricar os respectivos livros e lavrar os competentes termos das que abrirem ou mudarem de proprietário, assim como apreender drogas e remédios suspeitos, cujo consumo será interdito até que se verifique que o resultado das análises do laboratório para onde vão são remetidos";*

- *"fazer visitas domiciliares";*

- *"inspecionar prédios e quintais, e ordenar os serviços necessários, de acordo com as disposições legais, assim como atender às reclamações que forem feitas sobre higiene dos domicílios";*

- *"inspecionar as Casas de Misericórdia, maternidades, hospitais, asilos , cadeias e estabelecimentos congêneres";*

- *"propor todas as medidas que julgar necessárias para o saneamento das habitações, estabelecimentos públicos, terrenos e logradouros públicos";*

- *"requisitar exames bacteriológicos, análises químicas e outras, e confirmações de diagnósticos";*

- *"aconselhar as municipalidades na execução dos serviços de saneamento local";*

- *"reclamar das municipalidades compreendidas no respectivo distrito as providências necessárias aos serviços de abastecimento de água, canalização de esgotos, águas pluviais, enxugo do solo, arborização das ruas e praças , asseio das ruas e logradouros públicos, remoção e incineração de lixo, construções urbanas e outras reclamadas pela saúde pública*" (Mascarenhas, 1949, p.56).

Embora, com um grau de autonomia relativamente maior em relação às funções que até então lhes era atribuída, o conteúdo tecnológico previsto para suas ações mantém-se o mesmo. As funções de direção colocadas dizem respeito aos serviços que ainda se mantinham como estratégicos na execução de ações de assistência direta para o controle de epidemias, quais sejam, o Desinfectório Geral e o

Hospital de Isolamento, cuja importância residia principalmente nos papéis que assumiam na execução desse modelo sanitário.

É necessário assinalar que a prática de isolamento hospitalar não era extensiva ao conjunto da população, só sendo utilizada para a população pobre cujos cuidados eram de responsabilidade do Estado onde se incluíam os imigrantes que ficavam na capital enquanto não conseguiam emprego nas fazendas. Os que tinham recursos eram mantidos em isolamento domiciliar quando atingidos por doenças que exigiam quarentena. Do mesmo modo as ações dos desinfectórios, distribuídos entre a capital e o interior, também se dirigiam especialmente à população mais carente, promovendo a desinfecção de habitações infectadas e removendo doentes para isolamento hospitalar (Ribeiro, 1993).

A partir dessa reforma passam a ocorrer importantes modificações em relação aos equipamentos utilizados para a execução de ações sanitárias, criando-se progressivamente serviços de assistência de caráter permanente e especializado que, ao lado das ações de controle feitas através da polícia sanitária e de campanhas deslocam gradativamente a importância dos serviços de desinfecção. Assim, é criado ao longo da gestão de Emílio Ribas o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma (1906); a Inspetoria das Amas-de-Leite é transformada em Secção de Proteção à Primeira Infância (1906); a Secção de Engenharia Sanitária (1911) substitui o cargo de engenheiro sanitário; o Instituto Pasteur, inicialmente privado, é incorporado ao Estado (1916);é criada a Inspeção Médico-Escolar (1916).

Essa tendência à constituição de serviços com ações especializadas continua a se apoiar em concepções bacteriológicas de controle das doenças e pode ser considerada como um desdobramento da institucionalização das campanhas e da polícia sanitária no interior de um mesmo modelo tecnológico de intervenção. Chama à atenção a criação de serviços de atenção a saúde na infância, confirmando-se como a primeira condição de "não doença" incorporada à ação do Estado. Os responsáveis por esses

serviços são também especialistas nessas áreas, agentes diretos de ações técnicas, com funções administrativas restritas ao cumprimento da rotina burocrática.

O segundo Código Sanitário do Estado é criado em 1911. Mais detalhado do que o anterior e com a incorporação de concepções mais modernas de higiene, continua sem aplicabilidade em muitas situações. Estende o controle estatal a outras profissões de saúde além da medicina, incluindo a obstetrícia, a arte dentária e a arte farmacêutica; amplia o número e as medidas de controle sobre doenças transmissíveis, impondo isolamento domiciliar para o impaludismo, e isolamento parcial para os casos de tuberculose e lepra ulcerada; é incluída a inspeção médico-sanitária das escolas. Além do novo código, ocorrem nesse ano um conjunto de reformas no Serviço Sanitário do Estado que, entre outras medidas, amplia as atividades de proteção sanitária à infância.

Nova reorganização administrativa ocorre em 1917, diversificando e detalhando as medidas adotadas na reforma de 1911. No período entre 1916 e 1920, o Serviço Sanitário é dirigido por Artur Neiva, que introduz algumas modificações organizacionais que acabam caracterizando o período como uma "fase de transição" entre uma organização que dê sustentação a práticas de orientação bacteriológica e a busca de um novo modelo (Merhy, 1992).

A estrutura básica do Serviço Sanitário passa a ser composta por: diretoria geral, secretaria e onze delegacias de saúde, sendo cinco na capital e seis no interior (com sede em Santos, Campinas, São Carlos, Ribeirão Preto, Guaratinguetá e Botucatu, os principais centros regionais ligados à produção e comercialização do café para exportação). As delegacias tinham por atribuição "*fiscalizar por si ou por intermédio dos inspetores sanitários os estabelecimentos hospitalares, sanatórios, postos médicos e estabelecimentos balneários, estações de águas, asilos, igrejas, hotéis, fábricas, fazendas e suas dependências, domicílios e estabelecimentos de qualquer natureza.*" (Mascarenhas, 1949, p.70 e 71). À medida que o Estado amplia sua área de atuação,

tanto em termos da diversificação do conteúdo técnico como de aumento da área geográfica coberta em relação ao interior, ocorrem alterações correspondentes em sua estrutura, que cresce em complexidade técnica e administrativa, representando um processo de extensão de ações assistenciais especializadas.

Tal como na reforma feita por Emílio Ribas em 1906, volta a aparecer em 1917 a direção de serviços entre as atribuições dos inspetores sanitários, que agora são colocados como subordinados diretos dos delegados de saúde, estabelecendo-se pela primeira vez uma hierarquia técnica intermediária. Entre as atribuições dos inspetores, muito semelhantes às anteriores, consta: "*encarregar-se da direção de dispensários, postos médicos, serviços clínicos nos hospitais regionais...*" (Lei no. 1596 de 29-12-1917). Formalmente estão se constituindo as condições macro-institucionais para a organização de serviços com gerenciamento local, subordinados a instâncias regionais, o que ainda não ocorrerá em função das caracterísiticas de extensão com controle centralizado, necessárias ao próprio modelo tecnológico em exercício.

São criadas as primeiras unidades sanitárias especializadas do interior, vinculadas ao combate da malária e da ancilostomose, e subordinadas à Inspetoria do Serviço de Profilaxia Geral. Outros postos especializados no combate à ancilostomose foram criados por incentivo técnico e financeiro da "Rockefeller Foundation". Ao lado de alguns outros postos temporários de combate ao tracoma, esse conjunto de serviços retratava a tomada de medidas públicas para o enfrentamento das principais endemias que acometiam a massa trabalhadora nas fazendas do interior, comprometendo seu rendimento ou incapacitando-a para o trabalho[3].

---

[3] Esta situação, ao final da primeira década do século, era motivo de pressão por parte de algumas autoridades e grupos sociais que, no entanto, não possuiam expressão política de peso. Protestos encaminhados, por exemplo, pelo consulado italiano, preocupado com relatos que indicavam que 75% dos trabalhadores rurais, mais da metade composta por italianos, eram atingidos pela conjuntivite granulosa, conhecida como dor d'olhos, que levava à cegueira, ou pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, onde apresentavam-se trabalhos que descreviam a elevada proporção de casos de anemia causados por ancilostomíase entre pacientes internados na Santa Casa de Misericórdia em São Paulo, reclamavam providências das autoridades sanitárias. Estas acabaram-se mostrando irregulares, baseadas na montagem de postos

Até o final da segunda década deste século, a estrutura organizacional do Serviço Sanitário já era complexa, contando com áreas de apoio técnico, áreas de apoio administrativo e áreas de prestação direta de serviços. O combate às endemias continuava a se apoiar em ações de higiene e saneamento, que teriam impacto positivo nas condições sanitárias extremamente precárias observadas tanto na capital como no interior do estado. No entanto, estas deixavam de ser plenamente possíveis à medida que se chocavam com os determinantes sociais vinculados às condições de trabalho e às políticas de organização do mercado interno não questionadas diretamente do interior da técnica, e cuja alteração passaria por uma modernização das relações de produção que só ocorreria a partir dos anos 30.

A inclusão de ações de assistência médica direta foi feita dentro dos pressupostos técnicos adotados, ou seja, fundamentalmente numa perspectiva epidemiológica de busca ativa, identificação e tratamento de casos-índices, e cobertura de focos, como bem exemplificam as medidas tomadas para controle do tracoma.

Essas ações vinculavam-se aos órgãos verticais que começavam a se fortalecer institucionalmente. Ampliavam-se os movimentos de "autonomização" de cada um desses órgãos, que buscavam aumentar sua auto-suficiência. Órgãos regionais que poderiam assumir a responsabilidade pela coordenação de diferentes ações, como as Delegacias de Saúde, tinham principalmente funções de saneamento e fiscalização, não estando vinculada a elas a maioria dos serviços de prestação direta de assistência especializada.

A revisão do Código Sanitário realizada em 1918 e que se mantém válida quase integralmente até a criação da Secretaria da Saúde em 1948, é rica em dispositivos sanitários que procuram normatizar inclusive a zona rural. Muitos deles não tinham qualquer repercussão prática, como a recomendação que fossem saneadas as

---

temporários, comissões de especialistas e visitas de reconhecimento feitas por inspetores sanitários (Ribeiro, 1993).

pedras dos leitos dos rios. A possibilidade de não cumprimento do estabelecido por essas normas era admitida muitas vezes em cláusulas do próprio Código, que acabava sendo utilizado como uma referência normativa a ser "interpretada" pelo inspetor sanitário, ou seja, adaptada às condições locais e segundo a relevância que lhe fosse dada. Esta capacidade de "interpretação" constituía-se numa das principais funções dos inspetores sanitários. Além disso, esse Código continha recomendações que denotavam simultaneamente o reconhecimento de problemas e sua absoluta incapacidade em resolvê-los, como a recomendação para que "*todos os habitantes da zona rural (...) (andem) calçados, se possível...*", numa referência tanto à necessidade de prevenção da ancilostomíase quanto à responsabilização dos que andam descalços (Mascarenhas, 1949).

Um estudo feito por Mascarenhas sobre as despesas do governo do estado com serviços de saúde pública assinala alguns aspectos interessantes no tocante à importância assumida pelas diferentes áreas que foram constituindo a estrutura do Serviço Sanitário. Os primeiros recursos orçamentários, entre 1892 e 1900, foram destinados basicamente ao combate de epidemias, principalmente varíola e febre amarela, à montagem dos Institutos que lhe davam apoio (Bacteriológico, Farmacêutico, de Análises Químicas e Vacinogênico) e aos serviços de Desinfecção e Hospital de Isolamento. Desde 1892 passam a constar como ítem de despesa com serviços de saúde as subvenções a serviços benficientes, especialmente para a Santa Casa de São Paulo, os quais aumentaram progressivamente equivalendo em 1900 ao orçamento do Serviço Geral de Desinfecção e sendo muitas vezes superior ao do Hospital de Isolamento. Em 1907 são destinadas as primeiras verbas para as inspetorias sanitárias localizadas no interior, inicialmente para Santos, Campinas e Ribeirão Preto, estendendo-se depois a outras inspetorias. Os serviços propriamente de assistência, representados pela Seção de Inspeção às Amas-de-Leite e Proteção à Criança, e pela Comissão de Controle do Tracoma, começam a constar do orçamento em 1912. Em

1918 surge o primeiro serviço com dotação orçamentária própria, separado do Serviços Sanitário, a Inspetoria Médico-Escolar, subordinada à Diretoria Geral de Instrução Pública. Destaque-se que em todo o período manteve-se a destinação de recursos para o Hospital de Psicopatas e a subvenção para hospitais e serviços médicos de assistência não preventiva (Mascarenhas, 1948). Este perfil da distribuição de recursos dá idéia das mudanças ocorridas no Serviço Sanitário até o início dos anos 20 e da tendência em se constituírem serviços especializados com administração centralizada.

Apesar de previsões mais ambiciosas para a formação de serviços permanentes de assistência, até o início da administração de Geraldo de Paula Souza, em 1922, havia no interior apenas postos temporários de combate ao tracoma, à verminose e à malária, e que serão posteriormente tranformados em estruturas permanentes de caráter especializado. Com o convênio efetuado com a Rockefeller Foundation em 1916 para o combate à ancilostomíase é que começam a se desenvolver ações orientadas a partir de um novo padrão tecnológico, baseado na Educação Sanitária, e que ganhará espaço institucional como modelo alternativo de intervenção ao trabalho desenvolvido até então pela corrente Bacteriológica, com a reforma proposta por Paula Souza em 1925.

Pode-se observar que a instalação de uma estrutura técnico-administrativa para o desenvolvimento de ações públicas de cuidados à saúde no estado de São Paulo inicia-se timidamente com o período republicano e ganha importância e complexidade aceleradas até os anos 20. Passando inicialmente por uma fase de transição na incorporação de concepções bacteriológicas, rapidamente incorpora este modelo na orientação de suas ações com resultados positivos sobre o controle das epidemias no estado. A adequação da estrutura organizacional ao modelo tecnológico é bastante clara, havendo inclusive alterações significativas nos equipamentos e na estrutura geral do Serviço Sanitário da fase de "transição" para a de consolidação da orientação bacteriológica. A centralidade inicial dos desinfectórios e hospitais de

isolamento é relativizada pela implementação de campanhas, policiamento sanitário e montagem dos primeiros postos de controle de doenças infecciosas, que em conjunto constituem, ao final do período estudado, os equipamentos básicos das ações públicas de saúde. A organização e localização geográfica das ações e dos serviços instalados respondem às necessidades de saúde tomadas como um problema de Estado, quais sejam, controlar as epidemias e sanear as cidades de modo a permitir o assentamento de mão-de-obra imigrante nas lavouras de café e viabilizar os aglomerados urbanos em formação com o impulso dado ao desenvolvimento industrial no primeiro pós-guerra. Fica clara também a inexistência da ação gerencial propriamente dita, tanto pela incipiência na constituição dos serviços, como pela ausência de uma composição multiprofissional nas atividades de assistência direta - realizadas por médicos e auxiliares sem especialização técnica, principalmente inspetores e guardas sanitários - como também pelo grau de centralização administrativa da estrutura então existente. A extensão das ações de controle realizadas pela polícia sanitária, assim como o início da formação de serviços especializados, destacam os guardas sanitários e os inspetores e delegados de saúde como seus principais agentes. Estes últimos, com poder de decisão técnica em ações santárias de incidência direta sobre a populção, não têm propriamente uma equipe sob sua coordenação e supervisão, exercendo pessoalmente muitas das ações ou coordenando o trabalho de guardas e fiscais sanitários. As atividades administrativas sob sua responsabilidade operacionalizam a burocracia de apoio às ações de controle sobre o meio ambiente, o que não é suficiente para caracterizá-los como gerentes. Embora médicos, têm como conteúdo técnico de seu trabalho a ação sanitária, mesmo quando dirigida ao tratamento de doenças.

2.2 - De 1925 a 1947 : O processo de extensão dos equipamentos de saúde pública: a reforma administrativa proposta por Paula Souza e a contra-reforma de Waldomiro de Oliveira

A economia paulista assumiu posição de destaque na estrutura produtiva do país ao tornar-se a principal unidade exportadora de café, produto básico da produção agro-exportadora, o que garantiu sua integração à economia nacional e internacional. Um conjunto de determinações histórico-sociais, como a disponibilidade de terras virgens, o custo da mão-de-obra agrícola e os lucros com a venda do produto, articuladas à preservação e utilização de técnicas agrícolas rudimentares, "*tornaram o café uma planta migrante e fizeram o homem caminhar atrás dela*". Assim o processo histórico de ocupação do estado está sobremaneira vinculado às opções políticas e administrativas feitas com base nas características do desenvolvimento dessa cultura. "*...A constituição de uma aristocracia rural semelhante à que existia no norte do país (como ocorreu principalmente no Vale do Paraíba); o florescimento de nova mentalidade econômica, que fez do fazendeiro paulista um legítimo representante do espírito capitalista inerente à exploração econômica de produtos agrícolas tropicais (o que se exemplifica com a expansão do Oeste Paulista); a desagregação do regime servil e a implantação do trabalho agrícola livre; a imigração e a ascensão social dos imigrantes; a mobilidade de populações, com seus reflexos no desbravamento do "sertão" e na fundação de cidades; a diferenciação de nosso sistema comercial e bancário, bem como a concentração de riquezas e a reaplicação de capitais fora da lavoura. Mesmo um fenômeno como a transformação de São Paulo em comunidade urbana e em metrópole liga-se, diretamente, a conseqüências produzidas pelo surto econômico cafeeiro. Pois foi a expansão do Oeste Paulista que fez da cidade de São Paulo o centro econômico de vasta região produtiva.*" (Fernandes, F., 1974, p.272-273).

O período após a Primeira Guerra trouxe oportunidades para o desenvolvimento da incipiente indústria paulista, possibilitando que a economia estadual deixasse de estar restrita à produção e comercialização do café, ainda que as condições para se iniciar a industrialização estivessem intimamente vinculadas às características assumidas por aquela cultura. A massa de imigrantes que havia ingressado no estado desde o último quarto do século XIX, além de se fixar como mão-de-obra assalariada nas fazendas de café ou como pequenos proprietários com culturas de subsistência, também se concentraram nos núcleos urbanos, contribuindo para seu crescimento industrial. "*Já em 1920 se registram 64% dos estabelecimentos industriais existentes no estado como sendo de imigrantes, e cerca de dois terços dos habitantes da cidade de São Paulo são formados por estrangeiros e seus descendentes.*" (Petrone, 1978, p.120). Sua presença foi também muito importante na composição da mão-de-obra industrial. "*Os escassos dados estatísticos e os depoimentos dos contemporâneos deixam claro que, dos anos de 1890 até pelo menos 1920, os imigrantes estrangeiros e seus filhos, nascidos no Brasil, constituíam a maioria da classe operária urbana em São Paulo e Santos, e a maior parte do proletariado urbano do Rio de Janeiro.*", com grande predomínio de italianos (Pinheiro, 1978, p.138).

Em 1920, o crescimento e capital acumulados pelas indústrias paulistas já eram superiores aos alcançados pelo Rio de Janeiro. Nesse ano, São Paulo contava com 4.145 empresas, com capital total de 537.817 contos, e uma mão-de-obra empregada no setor de 83.998 trabalhadores. No mesmo ano, os dados observados para o Distrito Federal eram de 1.542 empresas, 441.669 contos e 56.517 operários, invertendo a situação existente na década anterior (Pinheiro, 1978).

Com o processo de urbanização e industrialização as necessidades sociais assumem um novo perfil, especialmente na capital, em função da maior diversificação das atividades produtivas. A paisagem da cidade se modifica. Ampliam-se o espaço urbano, a iluminação elétrica, os meios de transporte; crescem o comércio de

mercadorias, os serviços e a indústria de transformação. Novos costumes e comportamentos são introduzidos no cotidiano da cidade, que diversifica seus serviços para atender às novas demandas.[4] A população do estado passa de 1.384.753 em 1890, para 4.592.188 em 1920, dos quais 12,6%, ou 579.033, residem na cidade de São Paulo.

O Estado, enquanto organismo social que expressa as contradições sociais e a hegemonia de uma classe[5], reorganiza-se em busca de um novo padrão de relacionamento com a sociedade que responda às necessidades sociais emergentes. Na área de saúde, importantes mudanças institucionais marcam o período. Em 1922, assume a direção do Serviço Sanitário do Estado o médico Geraldo de Paula Souza, recém chegado dos Estados Unidos, onde esteve como bolsista da Fundação-Rockefeller entre 1918 e 1920, participando da primeira turma de Saúde Pública da Universidade John Hopkins.

Sob influência de sua formação, e no contexto de transformações da realidade paulista, Paula Souza assume o Serviço Sanitário com uma proposta clara de reorientação das ações de saúde do estado. Em 1925, sob sua direção, o Serviço Sanitário passa por uma reformulação que representa um marco no deslocamento da principal tecnologia até aqui utilizada. A hegemonia das concepções bacteriológicas na definição do conteúdo técnico, característicos do período Emílio Ribas, é substituída pela educação sanitária, que será, até a década de 60, o instrumento privilegiado das ações de saúde do estado (Mendes-Gonçalves, 1994).

---

[4] Na cidade de São Paulo, o número de barbearias e cabelereiros para homens aumenta de 19 em 1914, para 1196 em 1929, com um crescimento de 6.100%; o número de pensões, hotéis, cafés, bares, restaurantes e congêneres aumentam quatro vezes; as alfaiatarias, sapatarias e atêlies de costura e relojoarias também aumentam quatro vezes, passando de 21 para 170. Cf. citado por Ribeiro, 1978, p.232-233.

[5] O conceito de Estado enquanto aparelho ideológico e representante dos interesses de uma classe social sobre as demais, apoia-se no tratamento dado por Gramsci, Cf. Gramsci, A., Maquiavel, a política e o Estado Moderno, Civilização Brasileira, R.J., 1968.

Ao assumir o cargo de diretor geral, Paula Souza encontra uma estrutura organizacional centrada no combate às doenças infecciosas, como pode ser observado no organograma no. 2. Este desenho organizacional foi apresentado no "1o. Congresso de Hygiene", ocorrido no Rio de Janeiro em 1923, em documento onde Paula Souza faz um balanço crítico da situação dos serviços de saúde do estado e apresenta suas propostas de reformulação. Considera que, "*Em todo programma moderno de administração sanitaria, ha pontos capitaes a serem attendidos, taes como: reducção da mortalidade geral pela pesquiza exacta e rigorosa das suas causas e consequentemente estabelecimento de providencias que collimem esse fim; protecção da maternidade e procreação; protecção da pre-natalidade, amparo das varias idades infantis; redução da mortalidade infantil; desenvolvimento physico e moral da creança; hygiene pessoal e mental; educação sanitaria; hygiene do trabalho; hygiene da alimentação publica; hygiene das habitações, etc.,etc. ...esses pontos não foram descurados é verdade, mas o serviço que representam não obedeceu a uma organização especial, de modo que, submettidos hoje á observação critica a que a pratica seguida da administração nos leva, precizam de ser reestabelecidos e desenvolvidos de modo especial, afim de attenderem minudentemente a necessidades a que antes attendiam geral e dispersivamente e sem a orientação que só o systema de trabalho pode garantir.*" (Souza, 1923, p.13).

No pronunciamento de Paula Souza fica ressaltada a importância de intervenções dirigidas à investigação e controle de causas de morte e de ações voltadas para grupos específicos, como crianças e gestantes, não só introduzindo novas populações-alvo nas ações de saúde, como também apontando para a necessidade de lhes dar uma nova orientação técnica, na qual a "*hygiene*" ganha destaque. Os princípios de higiene remetem a uma nova concepção sobre os determinantes do processo saúde-doença. À identificação e eliminação de agentes patogênicos e de suas formas de transmissão através do controle sobre o meio sucedem-se medidas voltadas para o

controle e responsabilização do indivíduo sobre estas variáveis, para as quais a educação surge como tecnologia mais adequada.

A "organização especial" a que se refere desdobra-se na chamada "Reforma Paula Souza", que coloca como finalidade central das ações públicas de saúde a mudança de comportamentos através da educação, e tem nos centros de saúde o equipamento privilegiado para promovê-la. Os organismos até então considerados como de fundamental importância para o controle das doenças na visão bacteriológica são secundarizados ou extintos, ao mesmo tempo em que surgem novas inspetorias como base operacional para o desenvolvimento de práticas educativas e redefinição das ações da polícia sanitária.

Ocorre um "enxugamento" administrativo que reúne num só órgão equipamentos com um mesmo fim, o que se dá no caso do antigo Desinfectório Geral, do Hospital de Isolamento e da Inspetoria do Serviço de Profilaxia Geral, que são reunidos na nova Inspetoria de Moléstias Infecciosas; é extinto o Instituto Bacteriológico, onde antes desenvolviam-se pesquisas para elucidação de agentes etiológicos e formas de transmissão de doenças infecciosas, essenciais ao modelo anterior. Ao mesmo tempo, ocorre um desdobramento na área de policiamento sanitário com a criação de quatro orgãos especializados em fiscalização, do trabalho industrial, dos domicílios, dos alimentos e do exercício da medicina, da farmácia, da odontologia e da verificação de óbitos, funções antes exercidas por inspetores sanitários reunidos na Diretoria do Serviço Sanitário. Outra estrutura criada, de importância estratégica para a nova proposta, é a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde.

As principais mudanças previstas na reforma de 1925, pelo Decreto nº 3876 de 11/07/1925, conforme pode ser visualizado no organograma no. 3, foram:

•a criação da *Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia e Verificação de Óbitos*, como uma repartição responsável pela fiscalização do exercício profissional e dos óbitos da capital;

• a criação da *Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública*, à qual ficou anexado o Laboratório de Análises Clínicas e Bromatológicas;

• a *Inspetoria de Policiamento Domiciliário*, que substituiria gradativamente as cinco delegacias de saúde da capital na função de policiamento sanitário das habitações, até que estas fossem extintas;

• a *Inspetoria de Higiene do Trabalho*, que passa a exigir que todo estabelecimento destinado ao trabalho tenha sua planta aprovada pela Engenharia Sanitária, sendo que outras atividades de inspeção do trabalho industrial apresentavam impedimentos legais por serem privativas do governo federal ;

• a *Inspetoria de Profilaxia das Moléstias Infecciosas*, que passa a reunir o Desinfectório Central, o Hospital de Isolamento da capital e o Serviço de Extinção de Moscas e Mosquitos;

• a *Inspetoria de Profilaxia da Lepra*, que passa a ser responsável por todas as ações públicas e pela fiscalização dos estabelecimentos privados com ações dirigidas à profilaxia e tratamento dessa doença;

• a unificação da Farmácia com o Almoxarifado;

•a extinção das Delegacias de Saúde do Interior, que seriam substituídas pela *Inspetoria de Higiene dos Municípios.* Este orgão teria a incumbência de promover e estimular a criação de Postos de Higiene nos municípios, sob supervisão e com apoio do estado, transferindo-lhes todas as atribuições da autoridade sanitária prevista na legislação, exigindo a participação do poder público local e ampliando ou unificando, quando fosse o caso, as atividades dos postos especializados na profilaxia de malária e tracoma;

• a extinção da Secção de Proteção à Primeira Infância, tranferindo-se seus serviços e pessoal à Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde.

A criação desta última inspetoria merece um destaque especial por representar o principal equipamento na execução do núcleo tecnológico da reforma de

Paula Souza, conforme podemos observar na transcrição de alguns dos dispositivos legais do Decreto 3876:

•*"É criada ....(a) Inspectoria de Educação Sanitária e de Centros de Saúde, que se incumbirá de promover a formação de consciência sanitária da população em geral e dos serviços de profilaxia geral e específica, definidas neste decreto."*

•*"O serviço terá essencialmente o carácter de assistência sanitária e estranho, consequentemente, a toda clínica que não tiver o imediato objectivo profiláctico da redução de focos contagiantes, como for previsto no regimento interno do serviço."*

• *"A educação sanitária se fará sempre com toda a generalidade possível e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer os educandos e implantar hábitos de higiene. Será ministrada ao indivíduo isoladamente, ou em grupos, segundo convier, e professada nos centros de saúde , em visitas domiciliárias ou nos estabelecimentos escolares, hospitais, comerciais, fabris ou quaisquer outros lugares de reunião accessíveis..."*

•*"Os centros de saúde visarão atrair a população com os seguintes objectivos:*

1. "de dispensar a doentes tratamento medicamentoso, nos casos estritamente previstos no regimento interno do serviço, e para os encaminhar a instituições convenientes, quando aos centros não incumbir o tratamento;"

2. "de uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis;"

3. "de localizar focos;"

4. "de favorecer a especialização do serviço;"

5. "de criar principalmente oportunidade para educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias;"

6. "de indicar o método prático a observar na educação de higiene em domicílio;"

7. "de colher para o serviço de higiene em geral, dados sobre a morbilidade e outros que interessarem."

•"Em cada centro haverá em determinados dias e horas e em dependências apropriadas, os seguintes serviços gratuitos, nos termos que forem previstos no regimento interno e franqueados ao público:

1. "higiene pré-natal;"

2. "higiene infantil;"

3. "higiene pré-escolar;"

4. "higiene escolar;"

5. "higiene de outras idades;"

6. "exames periódicos, médicos e dos hábitos de higiene;"

7. "tuberculose;"

8. "verminoses;"

9. "sífilis e moléstias venéreas;"

10."nutrição e dietética e,"

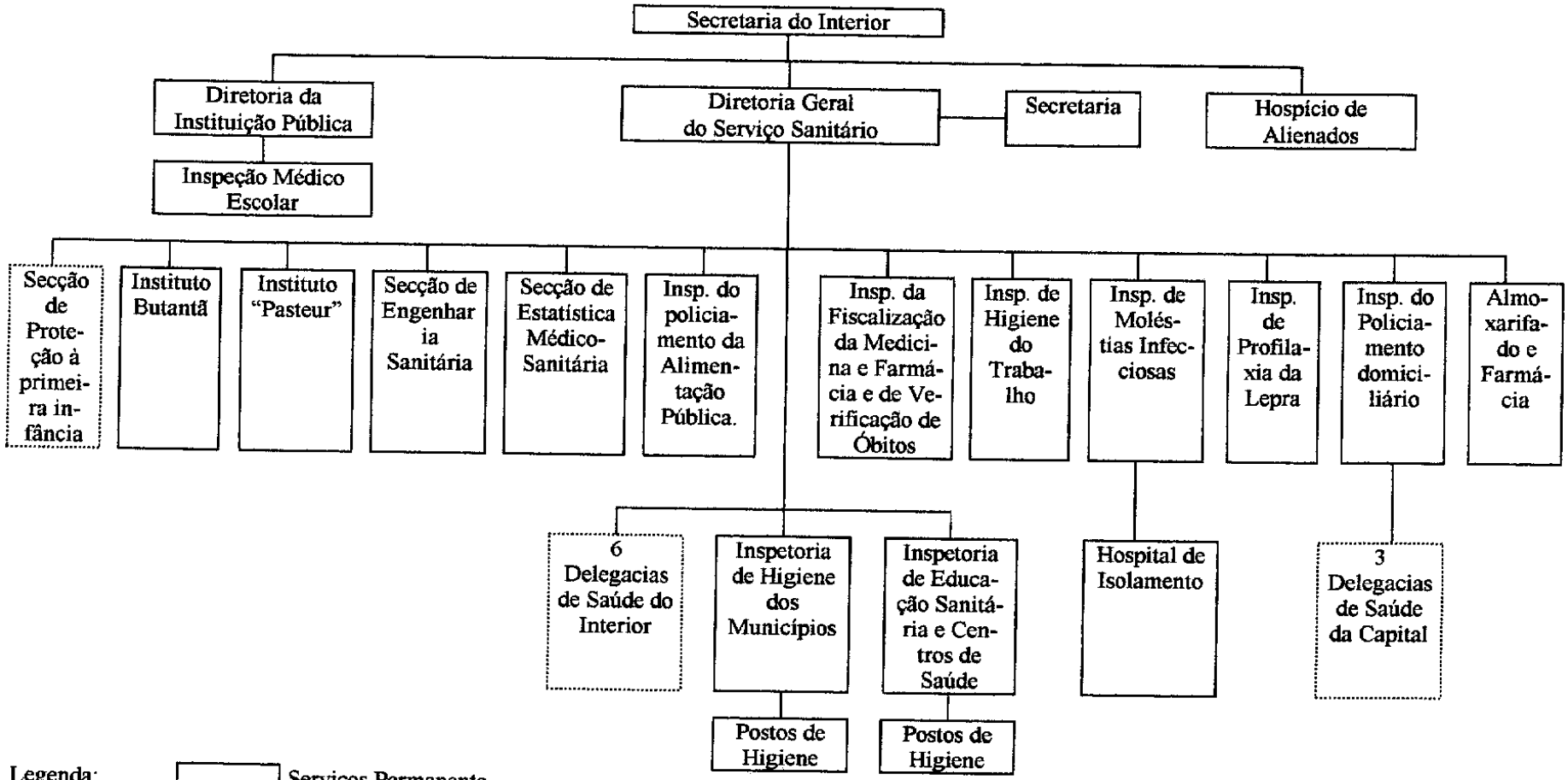
11."outros que especificar o regimento interno."

•"A educação popular e específica será ministrada nos centros de saúde por médicos e educadores especializados, à medida do tratamento, e prosseguida em domicílio, como e quando convier."

•"Os exames médicos e de hábitos de higiene, à que periodicamente todos devem se submeter e de que se encarregarão os Centros. Esses exames se renovarão para os matriculados nos Centros, dentro de prazo tanto menor quanto mais tenra a idade, até os dois anos, e anualmente no mínimo, para as outras idades."

•"Haverá nos Centros direcção competente e organização adequada de modo a oferecer a todos garantia de livre acesso, embora doentes contagiantes frequentem o local, e a assegurar boa prática médica, serviço expedito, discreto e geralmente gratuito."

ORGANOGRAMA Nº 02 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (EM 11 DE JULHO DE 1925)



Legenda: Serviços Permanente

Serviços que deverão desaparecer

Fonte: Cf. apresentado por Mascarenhas, 1949.

•*"A cada Centro de Saúde caberá operar em zona limitada da cidade, mas quando possível atender a habitantes de zona estranha, o fará; excedida a capacidade de trabalho do Centro, a zona será restringida e criado outro congênere. Em cada distrito, o Centro estimulará as iniciativas privadas com finalidades semelhantes, total ou parcial, e, nos termos em que forem previstos no regimento interno, as auxiliará materialmente."*

Algumas outras medidas de destaque na reforma de 1925, foram: a extinção da prática de desinfecção terminal realizada na "... *remoção, alta ou falecimento do doente...*", ação paradigmática ao modelo anterior e que, paradoxalmente, agora encontrava respaldo entre a população, que havia passado a requisitar este serviço, incorporando a crença em sua eficiência quando esta não apresentava mais justificativas técnicas; a recomendação, uma vez que a obrigatoriedade não foi aprovada, de que se implante regime de trabalho em tempo integral para os cargos de diretor geral do Serviço Sanitário e para as chefias de inspetorias, seções e do Instituto Butantã, medida considerada por seus defensores como essencial para a melhoria da qualidade do trabalho em Saúde Pública; a obrigatoriedade de os laboratórios clínicos, inclusive os privados, notificarem os resultados positivos de doenças infecto-contagiosas; e a colocação de cartazes que identificassem as residências que tivessem pessoas em isolamento domiciliar, para orientar o público "*sobre a existência e contágio da moléstia e proibir o acesso a qualquer pessoa não encarregada do doente ou do serviço.*" (Decreto no. 3876).

Esta nova estrutura do Serviço Sanitário o colocava como um exemplo organizacional de acordo com os preceitos sanitários da escola norte-americana. Os centros de saúde foram previstos como unidades polivalentes, que reuniriam as principais ações médico-sanitárias desenvolvidas na época, com uma direção técnica única, essencialmente instrumentalizada pela educação sanitária. As unidades teriam relativa autonomia na execução das atividades para as quais estivessem capacitadas,

inclusive aquelas cuja realização não estivesse prevista para conjunto dos serviços, mas que poderiam constar no "regimento interno" de cada unidade específica. Como parte da operacionalização destas concepções no trabalho dos Centros de Saúde estava a atividade de visitação domiciliar, prática que tornaria o trabalho dinâmico, levando as ações de saúde até os domicílios, num posicionamento contrário ao da postura "estática" dos postos que esperavam a demanda espontânea da população.

No Legislativo estadual o projeto de reforma administrativa apresentado por Paula Souza recebeu críticas e foi questionado como um "*projeto escolar*", no sentido de fantasioso, utópico e distante da realidade, como, segundo seus opositores, são os projetos estudantis, e de estar transferindo outros profissionais, especialmente às educadoras sanitárias formadas no Instituto de Higiene, atribuições que "*não vão fazer bem o que, porque não sendo médicos, não tendo uma formação especializada, pouco ou muito pouco poderão fazer*" (Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, Anaes da Sessão Ordinária de 1925, fala do deputado Gama Rodrigues, cf. Mascarenhas, 1949, p.94).

O projeto de lei apresentado acaba sendo aprovado com modificações, entre elas a diminuição do número de centros de saúde a serem construídos na capital que passa de cinco para apenas um. Essa restrição, ao lado da manutenção de postos permanentes especializados, modifica a essência da proposta que tinha nos centros de saúde seu principal instrumento estratégico.

Mantém-se a valorização dos cuidados com as doenças infecto-contagiosas, introduzindo-se medidas de controle que se baseiam na identificação dos doentes e em sua orientação e não mais nas desinfecções. A inovação essencialmente trazida pela reforma de 1925 está na introdução da educação sanitária como principal estratégia para a alteração das condições de saúde. Essa nova concepção é representada pela proposta de organização de serviços permanentes, polivalentes e dinâmicos, que tomam como objeto não só os doentes mas também os sadios, como as

crianças na primeira infância. Altera-se o modelo tecnológico ao modificar-se a concepção sobre as doenças, os instrumentos de intervenção e os equipamentos necessários a sua execução, introduzindo-se novos conceitos na organização da prática sanitária (Mendes-Gonçalves, 1994; Nemes, 1989).

Embora o espírito central dessa reforma apontasse no sentido da descentralização executiva e da integração de diferentes ações pelo mesmo serviço, ela também previa a formação de equipamentos verticais especializados, como a Inspetoria da Lepra criada nessa mesma reforma. Essa composição traduz a implementação de dois modelos organizacionais distintos para as unidades de assistência, um representado pelos centros de saúde, apoiado na concepção de unidades polivalentes e dinâmicas, e outro representado pela constituição de unidades especializadas, que teriam nos centros de saúde serviços especializados em educação sanitária e cuidados com as crianças, e nos demais a especialização no tratamento epidemiológico e clínico de diferentes endemias (Merhy, 1992).

Reconhece-se para organização do trabalho destes dois modelos, necessidades gerenciais também distintas. Para os centros de saúde como unidades polivalentes, aponta-se, desde logo, a importância de uma direção técnica única, em função da exigência de integração tecnológica entre práticas voltadas para diferentes situações de saúde, dada pela educação, e simultaneamente, em função do grau de autonomia que estas unidades poderiam ter na diversificação de suas ações. O mesmo não ocorre no caso de unidades especializadas, cuja diretriz única seria garantida por mecanismos centralizados de direção no interior de cada especialidade, que teriam nessa uniformidade a garantia do cumprimento de suas finalidades.

No entanto, como assinalamos, as unidades polivalentes não são implantadas, criando-se nesse período um único centro de saúde na capital, prevalecendo a tendência à multiplicação de unidades especializadas verticalmente dirigidas pelas inspetorias. Nesse sentido, embora já se apontasse para o interesse em

uma administração técnica ao nível local, ela só terá condições de efetivação num outro momento.

Mesmo no interior dos equipamentos com administração centralizada a educação sanitária alcançou penetração e promoveu mudanças tecnológicas, como se pode observar nas proposições que orientavam a organização da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, quais sejam, "*organizar o censo dos doentes, manter leprosários regionais, manter postos de investigação regionais para localização de casos e tratamento de casos iniciais, promover cursos de especialização para pessoal de saúde, educação sanitária para doentes e população. A reforma "Paula Souza" tentou consubstanciar, para a hanseníase, a mudança que...(queria) imprimi(r) às práticas sanitárias como um todo. ...se pretendia dar ênfase ao controle baseado em dispensários (versão para a hanseníase dos Centros de Saúde), em pequenos sanatórios regionais e em atividades educativas*". Entretanto, assim como ocorreu com os centros de saúde, implementou-se de fato a partir desse período a construção de leprosários, implantando-se entre 1925 e 1927 apenas três dispensários de lepra, um na capital e dois no interior *(Nemes,1989, p.47).*

Paula Souza mantém-se como diretor do Serviço Sanitário até julho de 1927. A reforma proposta encontrou grande oposição para sua implantação, sendo limitada em muitos itens essenciais à sua concretização. No entanto, seus pressupostos difundem-se no interior das ações verticais que associam práticas de educação à intervenção médico-sanitária em grupos específicos.

Em outubro de 1930 Getúlio Vargas assume o governo federal, destituindo o presidente Washington Luís. A vitória da *Revolução de 30* representa um movimento de rupturas no interior das oligarquias cafeeiras e de pressões por reformas por parte de outros segmentos sociais, particularmente setores populares, da classe média e da burguesia. O governo provisório substitui os governos estaduais e nomeia interventores. Há um processo de centralização político-administrativa que pretende

retirar a autonomia dos estados, tranferindo muitas de suas antigas atribuições para o governo federal. As diretrizes econômicas relativas às políticas agrícolas, industriais e de comércio exterior passam a ser ditadas pelo governo central, rompendo-se com as antigas estruturas de poder local. Os grandes produtores agrícolas, particularmente os cafeicultores, sentem-se prejudicados com a nova política e procuram se recompor buscando nos estados uma nova unidade entre as oligarquias e os "tenentistas", conformando-se um período de instabilidade e luta pelo poder político[6] (Carone, 1976).

Em São Paulo, João Alberto Lins de Barros torna-se interventor entre 30 e 31 com o apoio dos tenentes, mantendo-se no cargo por oito meses. O tenentismo 'detém por algum tempo o poder político, mas os grupos oligárquicos, ligados ao Partido Democrático[7] e ao (ex) Partido Republicano Paulista, dominam o sistema econômico e social. A situação de impasse ocasiona a nomeação e substituição de vários interventores federais para o executivo estadual, oito em cinco anos, havendo uma tentativa de retomada do poder e predomínio dos paulistas com a Revolução de 32. Mesmo derrotada nessa tentativa, a "Frente Única", formada basicamente por aqueles dois partidos, mantém-se unida, manifestando-se ativamente nas eleições para a

[6] Os vitoriosos da revolução de 30 formavam um quadro heterogêneo, unindo temporariamente grupos que possuiam interesses e perspectivas diferentes: "os velhos oligarcas, representantes típicos da classe dominante regional, desejavam apenas um maior atendimento à sua área, maior soma pessoal de poder, com o mínimo de transformações; os quadros civis mais jovens inclinavam-se a reformular o sistema político e se associaram transitoriamente com os tenentes, formando o grupo dos chamados "tenentes civis"; o movimento tenentista - visto como uma ameaça pelas altas patentes das Forças Armadas - defendia a centralização do poder e a introdução de algumas reformas sociais; o Partido Democrático - porta-voz da classe média tradicional - pretendia o controle do governo do Estado de São Paulo e a efetiva adoção dos princípios do Estado Liberal, que aparentemente asseguraria seu predomíneo. Quanto à classe operária, era um personagem problemático, cuja intervenção nos acontecimentos fora muito limitada. De qualquer modo,..., algumas manifestações em São Paulo, uma participação mais efetiva no Recife deixam entrever que setores operários viam com simpatia um movimento com vagos tons reformistas, parecendo por fim a um sistema repressivo...embora a ruptura com Prestes em maio de 1930, tenha contribuído para as primeiras desilusões." (Fausto,B., 1978, p.425).

[7] O Partido Democrático Paulista constituía-se no partido de uma nova classe em formação, constituída pelo capital financeiro, os exportadores de café, industrialistas e banqueiros e que se formou em oposição ao Partido Republicano Paulista, representante dos fazendeiros do café (Basbaum, 1976).

Assembléia Nacional Constituinte em 1933 e dominando a máquina do estado. As eleições estaduais e a nomeação de Armando Salles de Oliveira como governador em 1934 representam "*a força social e oligárquica do Partido Democrático e dos ex-grupos dissidentes do Partido Republicano Paulista. ...A máquina oligárquica volta a se assemelhar (em métodos) ao período anterior a 1930, agora porém com caráter mais complexo, onde o urbano ocupa posição mais destacada que antes.*" A "nova" oligarquia paulista procura se consolidar no estado com o apoio da maior parte dos prefeitos do interior e com a criação de uma máquina arrecadadora através do controle das "multas" ao jogo do bicho, montando um "caixinha" para o Partido Democrático. Tenta, em seguida, uma volta à política de predomínio dos grandes estados na condução da política nacional, lançando a candidatura de Armando Salles de Oliveira à presidência da república em 1937, frustrada pelo golpe de estado deflagrado naquele ano por Getúlio Vargas (Carone, 1976, p.165 -166).

Nesse cenário de intensas disputas, define-se um momento de inflexão política caracterizado pelo rompimento da estrutura de poder da *Velha República* e pela instalação de um Estado que não corresponde exclusivamente a nenhum dos grupos de interesse de classes e frações de classe[8]. Neste processo, interessa-nos assinalar o papel que o Estado passa a assumir "*no financiamento da acumulação de capital e na regulação das relações entre o novo capital e o novo trabalho e, agora, na subordinação dos interesses da oligarquia aos interesses da acumulação industrial.*" (Oliveira, 1980, p.34).

Durante a *Velha República* o próprio Estado comportava-se como um produto dos mecanismos de produção de valor da economia agroexportadora, dela

[8] "A luta de classes, nesse movimento, dá-se em dois planos: o primeiro, o do antagonismo fundamental entre proprietários e não proprietários ou entre exploradores e explorados, e o segundo o do antagonismo *no seio da própria classe dominante, proprietária e exploradora.* O primeiro antagonismo não dá conta inteiramente da transformação que se opera entre o princípio e o fim da República Velha, embora não lhe tenha sido ausente; uma superestimação desse conflito fundamental, entretanto, teria cráter meramente ideológico, embora sirva para alimentar o segundo antagonismo." (Oliveira, 1980).

dependendo totalmente para suas receitas e despesas. Nas palavras de Oliveira, o Estado brasileiro até então não era um Estado liberal mas sim um "Estado oligárquico". A *Revolução*, marca o desenvolvimento de novas relações de produção e a necessidade de se avançar na divisão social do trabalho rumo ao capitalismo industrial, que exige simultaneamente o avanço da *"industrialização com urbanização"*. Neste sentido, a relação entre o custo da reprodução da força de trabalho industrial e a própria acumulação industrial ganha um novo sentido e exige do Estado uma nova postura, ainda que o processo de industrialização só passe a ter significação nacional na segunda metade dos anos cinquenta (Oliveira, 1980).

Por outro lado, o aumento do desemprego e a frequência de levantes e manifestações populares assinalam a presença e participação das classes assalariadas urbanas no cenário político e econômico, pressionando o Estado por políticas sociais. O *governo revolucionário* assume uma postura onde se misturam populismo e autoritarismo, através de medidas de proteção, intervenção e controle sobre a classe trabalhadora, tais como a legislação trabalhista, o impulso dado ao sistema previdenciário e o atrelamento dos sindicatos ao Ministério do Trabalho.

Antes de 1930, o Estado desenvolve ações relativas essencialmente à organização do processo de acumulação, não assumindo responsabilidade direta sobre as questões sociais relacionadas ao trabalho. A Lei Eloy Chaves fixara as bases de um sistema compensatório que proliferava através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que, criadas em 1923, eram em 1932 em número de 140 e cobriam 189.482 trabalhadores na ativa e 19.099 aposentados e pensionistas. *"...a questão social, strictu senso, se vinha resolvendo, privadamente, mediante os acordos de seguro com que se comprometiam, privadamente, empregadores e empregados. A responsabilidade estava clara e nitidamente dividida: ao Estado incumbia zelar por maior e melhor justiça no processo de acumulação, enquanto que às associações privadas competia assegurar os*

mecanismos compensatórios das desigualdades criadas por esse mesmo processo." (Santos, 1987, p. 28).

Em 1933 há uma mudança qualitativa no papel do Estado, ao se unirem sob sua jurisdição duas ordens de questões: a da acumulação e a da eqüidade. Esta nova marca pode ser caracterizada a partir da criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), por este introduzir duas alterações importantes na administração dos institutos: a escolha e nomeação de seu presidente por decreto do Ministério do Trabalho, e a escolha do secretário do conselho de administração, designado pelo presidente do Instituto, garantindo a presença obrigatória da burocracia estatal. Embora o esquema de financiamento fosse semelhante ao das Caixas, o Estado passa a se fazer imediatamente presente, e com poder definido, em sua gestão (Santos 1987). Portanto, uma diferença importante entre estas duas formas de seguro social é que as Caixas representam um tipo de previdência privada, com o contrato feito entre empregador e empregado, enquanto os IAPs representam um sistema previdenciário gerido pelo Estado (Cohn, 1980).

As CAPs não deixam de existir, mas dão cobertura a uma massa de trabalhadores bem menor, uma vez que são vinculadas às empresas, enquanto os IAPs cobrem toda uma categoria profissional, independente da empresa específica onde esteja alocado o trabalhador. Os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), colocam inicialmente a assistência médica ao lado de direitos trabalhistas como um benefício secundário que deveria corresponder a, no máximo, 8% dos recursos previdenciários. Tanto nas CAPs como nos IAPs as despesas com assistência médica, inicialmente secundarizadas, tendem a aumentar em termos absolutos no período que vai até 1960 (Cohn, 1980).

Em nível nacional ocorrem ainda duas mudanças institucionais importantes na área de assistência à saúde. Em 1930 é criado o Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, composto por dois Departamentos Nacionais, um de

Educação e outro de Saúde Pública, ampliando o espaço institucional das ações de saúde definidas pelo governo federal, que até então eram limitadas à capital do país e aos portos, e subordinadas ao Ministério da Justiça (Braga & Paula, 1981).

Esse movimento de ampliação das responsabilidades sociais do Estado é reafirmado pela Constituição de 1934, que introduz pela primera vez um capítulo sobre a ordem econômica e social, *"...reconhecendo a existência de direitos sociais, que competia à União preservar, ao mesmo tempo que, também inovando, delegava aos poderes públicos competência para intervir e regular os contratos, anteriormente privados, que se precessavam na esfera da produção. Caberia ao Estado,..., legislar sobre o salário mínimo, sobre a indenização ao trabalhador despedido (o problema da estabilidade no emprego, isto é, do fluxo de renda auferido no processo de acumulação) e, audaciosa mudança, regular o exercício de todas as profissões. ...uma série de procedimentos estatais que o governo Vargas viria a exercer autoritariamente, isto é, sem ouvir o Congresso, então fechado, durante o período de 1937 a 1945." (Santos, 1980, p.29).*

No estado de São Paulo, o Serviço Sanitário passa por uma nova reforma, entre 1930 e 1931, no período em que João Alberto era o interventor, Artur Neiva o secretário do Interior, e o médico Francisco Sales Gomes Jr., o diretor do Serviço Sanitário. As modificações feitas contrariam as concepções presentes na reforma deflagrada por Paula Souza e fortalecem a constituição de serviços segundo um modelo verticalizado de administração. O decreto no. 4.891, de 13 de fevereiro de 1931, reorganiza o Serviço Sanitário, e o decreto no. 4.917, de 3 de março de 1931, cria a Secretaria de Educação e Saúde Pública, à qual aquele Serviço passa a estar vinculado. Algumas das modificações mais importantes na estrutura organizacional realizadas nesse período, conforme mostra o organograma no. 4, foram as seguintes:

- a extinção da Inspetoria de Higiene do Interior e de todos os postos fixos de higiene, restabelecendo-se as *Delegacias de Saúde*, três na capital e oito no

interior, subordinadas respectivamente ao *Inspetor Geral da Capital* e ao *Inspetor Geral do Interior.* Essas delegacias subdividem-se em distritos coordenados por inspetores sanitários, ampliando-se a escala hierárquica. Aumenta o número de médicos sanitaristas previstos que, além dos delegados e inspetores, passam a ser oito em cada uma das três delegacias da capital, principalmente com funções de vigilância sanitária;

• são extintos os Postos Municipais apoiados pelo Estado, e em seu lugar ficam os inspetores sanitários com as responsabilidades previstas em 1918;

• a criação da *Secção de Profilaxia da Tuberculose;*

• a criação da *Inspetoria de Profilaxia da Sífilis e Doenças Venéreas;*

• *a* Secção de Estatística Sanitária passa a denominar-se *Secção de Estatística Demógrafo-Sanitária e Epidemiológica,* incluindo agora a atividade de estatística epidemiológica;

• o *Instituto Bacteriológico* é desanexado do Instituto Butantã;

• o *Hospital de Isolamento* da capital passa a ser subordiando diretamente à diretoria do Serviço Sanitário;

• é extinta a Seção de Proteção à Primeira Infância, substituída pela *Inspectoria de Higiene e Assistência à Infância*, que apresenta entre suas principais atribuições:

-" *a higiene e assistência pré-natal e maternal";*

- *"a higiene e assistência da criança até a idade escolar*";

- *"o exame, identificação e matrícula das nutrizes e a inspeção dos lactentes a que estas se destinam*";

- "*visitas, por intermédio das educadoras, das habitações coletivas e domicílios pobres para o fim de vigilância, educação profiláctica e assistência higiénica das crianças...*";

- "*o estudo das pertubações nutritivas dos lactentes em nosso meio*";

- "*o tratamento antisifilítico e gratuito das gestantes e das crianças matriculadas no serviço*";

- "*encaminhar as gestantes para as maternidades; para as creches, hospitais e asilos as crianças menores de sete anos que, por indigência dos responsáveis, não possam ser criadas ou tratadas em domicílios*";

- as atividades desta Inspetoria deverão se estender "*aos estabelecimentos industriais no interesse de proteção às gestantes, às mães que amamentarem e aos lactentes, ...*".

• a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, criada na reforma de Paula Souza, passa a se chamar *Inspectoria de Higiene Escolar e Educação Sanitária.* Os Centros de Saúde são transformados em dispensários dessa Inspetoria, que passa a ter entre as suas principais atribuições:

- as antigas responsabilidades da Inspecção Médico-Escolar, que incluía tratamento de moléstias "dos olhos, nariz, garganta e ouvidos" e também as atividades de higiene e assistência dentária, a vacinação de alunos, professores e funcionários, a concessão de licença e aposentadoria a funcionários e professores, além de medidas de higienização do ambiente escolar;

- "*o policiamento sanitário dos estabelecimentos de ensino públicos ou particulares*";

- "*promover a formação de consciência sanitária da população em geral pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer os educandos e implantar hábitos sadios de higiene*";

- estabelece que as ações de educação sanitária serão desenvolvidas: "*na sede da Inspectoria, nas escolas, nas fábricas e quaisquer outros estabelecimentos onde melhor se faça sentir.*"

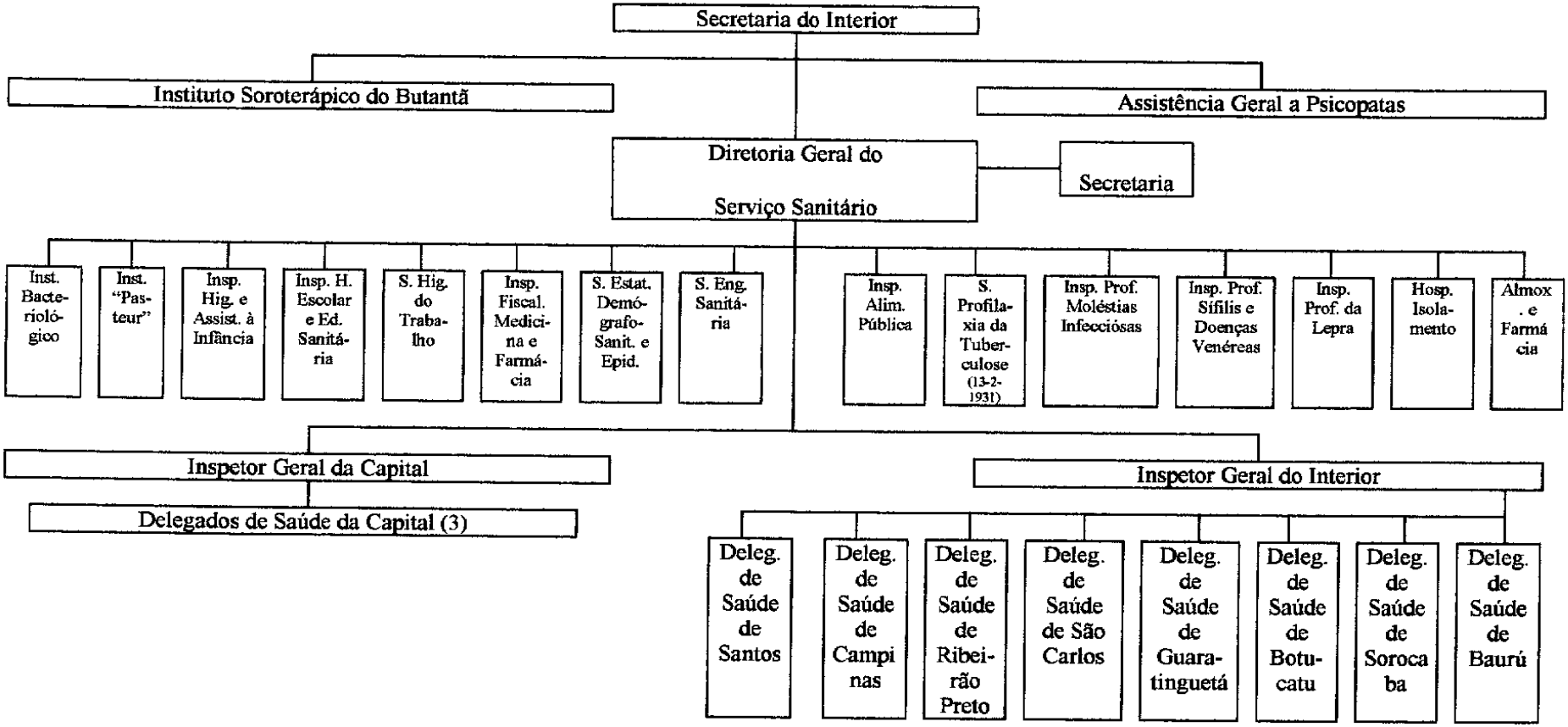
• é criado o *Serviço de Enfermagem,* que passa a "*centralizar, sob direção única, o serviço de enfermeiras de saúde pública, enfermeiras auxiliares, adidas*

e estagiárias, visitadoras de saúde pública e auxiliares; e prover os diferentes serviços de pessoal especializado, que passam a acatar as orientações da nova chefia de serviço." (Mascarenhas, 1949).

Nessas mudanças ficam explicitadas as divergências entre o modelo organizacional proposto por Paula Souza, centralmente baseado em unidades locais polivalentes, e aquele que defendia a instituição de serviços verticais especializados, explicitado nas medidas de 1931. As atividades de educação tornam-se uma especialidade vinculada à higiene escolar, mas ao mesmo tempo são incorporadas como estratégia de intervenção pelo conjunto dos serviços especializados, o que acaba por caracterizar a educação sanitária como o principal instrumento das ações de saúde neste período, conforme assinalado por Mendes-Gonçalves.

No entanto, os equipamentos e a organização propostas por Paula Souza são modificados, o que repercute na tecnologia assistencial de fato operada nas unidades de prestação de serviços, assim como nas necessidades que demandam em termos de organização do trabalho. Uma característica organizacional no modelo que se institui é o grau de independência que as áreas de atenção especializada guardam entre si. Não há integração entre as diferentes inspetorias e seções, com frequentes sobreposições de atividades. Uma outra característica é a centralização administrativa, traduzida na adjetivação desse modelo como "vertical", já que dentro de cada equipamento é no nível central que se estudam, analisam e planejam a ação sanitária a ser executada pelo nível local. Nesse sentido, o grau de coordenação técnica direta sobre as ações nas unidades se relativiza, permitindo supervisões através de visitas feitas de modo interrompido e esporádico pelos inspetores sanitários responsáveis. As unidades sanitárias se especializam em dispensários de tuberculose, de sífilis e doenças venéreas, de higiene e assistência à infância, de higiene e educação escolar, além de outros serviços especializados, como no caso do tratamento a hansenianos. Com esta pulverização das ações, as atividades de educação sanitária são incorporadas com um

ORGANOGRAMA Nº 03 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (DECRETO Nº 4891 DE 13 DE FEVEREIRO DE 1931)



Fonte: Cf. apresentado por Mascarenhas, 1949

novo sentido. As visitas domiciliares tornam-se ações especializadas de acordo com o serviço em que se inserem, alterando seu significado original de educação ampliada na qual se incluíam não só os doentes mas especialmente os sadios.

Com isso, as atribuições dos médicos sanitaristas que assumiam a chefia de unidades de prestação de serviços continuavam centradas na execução de medidas de controle sanitário do meio e em ações de assistência direta, e não na coordenação do trabalho em "equipe", no mais das vezes composta do próprio sanitarista e alguns guardas sanitários. O exercício dessa atividade pode ser exemplificado pelo testemunho da experiência do próprio Mascarenhas em 1935, em seu segundo ano de formado pela Faculdade de Medicina, quando dirigia um Posto de Higiene em São José dos Campos. "*O nosso primeiro mestre, na elucidação inicial do emaranhado da administração sanitária, foi um velho guarda sanitário enfronhado nas rotinas sanitárias e o feliz possuidor do único exemplar do Código Sanitário de São Paulo, existente no município. (...) Guiados pelo antigo funcionário, julgávamos que fazer higiene era assinar a papelada administrativa, vacinar a população, mandar tratar os doentes de pulmão que procuravam a unidade sanitária, fazer medicina curativa e determinar aos guardas sanitários que visitassem os prédios da cidade. Com que orgulho mostrávamos que cada um dos 2500 prédios da cidade era visitado uma vez em cada oito dias...Isso para nós era higiene...e ainda o é (em 1949) para muitos "sanitaristas práticos", formados na mesma escola (a "escola" dos serviços).*" (Mascarenhas, 1949, p.7).

Deste relato depreendemos que além da execução direta de atividades de assistência, entre vacinações e atendimentos médicos, as atividades administrativas da chefia da unidade relacionavam-se ao controle da rotina administrativa e da supervisão das ações realizadas pelos guardas sanitários. Não havia a concepção de divisão do trabalho internamente ao seu próprio núcleo técnico, ainda não incorporada ao trabalho realizado nos serviços públicos de assistência à saúde. Neste sentido, os

guardas trabalhavam como fiscais de ações delegadas pelos médicos no interior da hierarquia de responsabilidades estabelecida nos serviços públicos, mas não assumiam ações técnicas parciais propriamente vinculadas ao trabalho de assistência à saúde; estas eram integralmente realizadas pelo sanitarista, não estando colocada a necessidade da coordenação de diferentes trabalhos que cooperassem na produção de um mesmo resultado, prescindindo-se portanto da ação gerencial.

Nos serviços especializados, é possível que houvesse uma "pré"-gerência, ou seja, uma atividade não sistematizada de coordenação técnica do trabalho dos diferentes agentes. Advogamos, no entanto, que as alterações na organização do trabalho em saúde precisarão estar plenamente incorporadas aos serviços públicos para que se torne necessária uma atividade gerencial sistematizada enquanto tal. A proposição de unidades polivalentes sob direção única apontava a necessidade de uma coordenação técnica, mas, como vimos, esta proposta não chegou a se efetivar nessa ocasião.

Nova alteração da lógica organizacional ocorrerá em 1938, quando são retomadas, em linhas gerais, algumas das proposições de 1925, como pode ser observado no organograma no.5. O Serviço Sanitário é transformado em Departamento de Saúde do Estado, pelo decreto 9247 de 17-6-1938, assumindo uma configuração muito próxima que encontraremos em 1948, quando se constitui como Secretaria de Estado. Chama a atenção neste novo organograma o crescimento do aparato administrativo, que ganha uma divisão própria. Ao mesmo tempo, efetua-se a concentração de alguns equipamentos, como os Laboratórios de Saúde Pública, e procura-se recuperar um dimensionamento regionalizado através da criação de distritos. Essas propostas são apenas parcialmente implantadas. Nelas pode-se observar um esforço de racionalização administrativa dentro de um processo de ampliação do aparato burocrático de apoio, que reflete o espírito administrativo impulsionado com o Estado

Novo, através de uma política de expansão da máquina pública e maior intervenção do Estado nos setores sociais.

A ampliação do aparato burocrático pode ser percebida na nova composição da *Directoria Geral do Departamento de Saúde*, que fica pela primeira vez composta como um *órgão de staff*, integrado por:

-" Gabinete do Director Geral, com dois assistentes médicos e dois auxiliares...todos de livre escolha do Director"

- "Uma Divisão Administrativa compreendendo: Secretaria, com as actuais secções de Expediente, Contabilidade, Arquivo-informações; Almoxarifado; Secção de Transporte e Oficinas (e) Portaria."

- "Uma Divisão Técnica compreendendo as seguintes secções: Engenharia Sanitária; Estatística Sanitária; Epidemiologia e Profilaxia Gerais; Tuberculose; Tracoma; Higiene da Criança; Higiene do Trabalho; Enfermagem; Propaganda e Educação Sanitária." (Mascarenhas, 1949, p. 144).

Pode-se observar entre as seções técnicas, a presença de áreas "gerais", ou seja, de interface com o conjunto das ações, ao lado de áreas especializadas. Esta situação se repete no organograma geral quando consideramos os Serviços diretamente vinculados ao Departamento, que também se dividem em: gerais, como os Serviços dos Laboratórios, de Assistência Hospitalar, de Centros de Saúde da Capital e do Interior, os Serviços de Fiscalização do Exercício Profissional e de Policiamento da Alimentação Pública; e em especializados, os Serviços de Profilaxia da Lepra, da Malária e de Assistência aos Psicopatas.

Nessa perspectiva racionalizadora há uma grande preocupação em se reorganizar as atividades de assistência, ainda sem se modificar os equipamentos verticais, criando-se três serviços responsáveis por estas atividades, o Serviço de Centros de Saúde da Capital e o Serviço do Interior, aos quais são vinculados os Centros de Saúde e o Serviço de Assistência Hospitalar, ao qual se vinculam os

hospitais públicos e se concentram todas as ações do Estado sobre a assistência hospitalar, inclusive no setor privado. É prevista também a criação de distritos sanitários que teriam como sede um centro de saúde, com responsabilidade técnica sobre o conjunto de ações sanitárias da região. Os centros de saúde voltam a ser considerados como as unidades básicas das ações sanitárias, resgatando a educação sanitária como seu principal instrumento.

É nessa reforma que aparecem, pela primeira vez, a caracterização da chefia de unidades locais e a previsão de uma equipe de saúde de composição multiprofissional, antecipando a constituição do trabalho de gerência local das unidades (que ainda não será de fato estabelecida neste período, uma vez que as mudanças na organização dos serviços de prestação de assistência só ocorrerão parcialmente). A retomada dos centros de saúde como unidades estratégicas fica caracterizada pelos seguintes itens do Decreto 9273, de 28-6-1938:

- *"O Centro de Saúde, unidade coletiva e polivalente em suas funções, centralizará em seu distrito sanitário todas as actividades sanitárias compatíveis com a sua organização."*

- *"O Centro de Saúde visará... :*

I - dispensar a doentes tratamento medicamentoso, quando de finalidade sanitária, nos casos estritamente previstos no regimento interno do Serviço ou para encaminhá-los, por intermédio do Serviço de Assistência Hospitalar, a outras instituições que se indiquem na hipótese, sempre que aos Centros não incumbir o tratamento, ou for a assistência de caracter exclusivamente clínico;

II - uniformizar sempre que possível, o tratamento das moléstias transmissíveis;

III - localizar os focos de tais moléstias;

IV - favorecer a especialização de serviços;

V- criar, principalmente, oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias;

VI - indicar o método mais prático a observar na educação de higiene em domicílio;

VII - colher para o serviço de higiene geral, dados sobre morbilidade e outros que interessam ao estudo das condições de vida dos agrupamentos humanos."

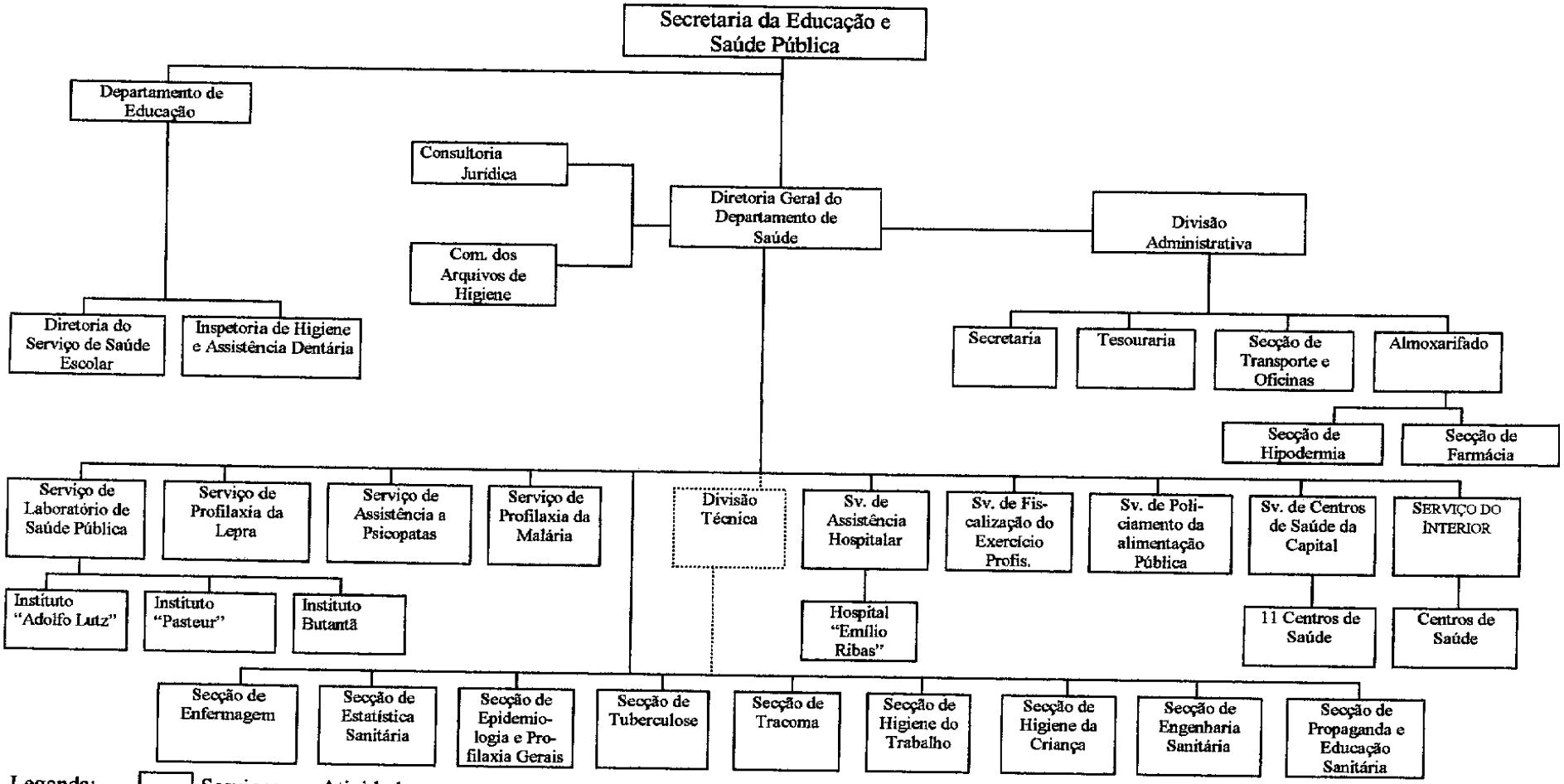
- "O Centro de Saúde terá como finalidade principal a educação sanitária, a imunização contra moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos susceptível de ser feito em dispensários, a pesquisa destes e dos outros focos em geral; o exame médico periódico, a inculcação de hábitos sadios e a melhoria das condições sanitárias em geral."

- "Os exames médicos a que periòdicamente todos se devem submeter e de que se encarregarão os Centros, têm por fim prevenir alterações iminentes da saúde, denunciar moléstias do início e ainda pesquisar e corrigir hábitos higiénicos-dietéticos prejudiciais e toda essa prática no intuito de manter a resistência do indivíduo contra as afecções de todo o gênero: Esses exames se renovarão para os matriculados nos Centros, dentro de prazo tanto menor quanto mais tenra a idade, até dois anos, e anualmente, no mínimo, para as outras idades."

- "Haverá nos Centros direcção competente e organização adequada, de modo a oferecer a todos, garantia de livre acesso, embora doentes contagiantes freqüentem o local e a assegurar boa prática médica, serviço expedito, discreto e gratuito."

- "Cada Centro de Saúde será dirigido por um médico-chefe, cuja autoridade se estenderá a todo o distrito. O cargo de médico chefe será exercido obrigatòriamente, sob o regime de tempo integral de trabalho, fixando-se em dois contos e quinhentos mil reais os seus vencimentos."

ORGANOGRAMA Nº 04 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (DE ACORDO COM DECRETO DE 17 DE JUNHO DE 1938)



Legenda: ☐ Serviços em Atividades

⋯ Serviços criados legalmente mas não organizados

Fonte: Cf. apresentado por Mascarenhas, 1949.

- *"Em cada Centro de Saúde haverá pessoal efectivo das seguintes categorias e cujo número será determinado de acordo com as necessidades de cada Centro: médico chefe; médico sanitarista; auxiliar técnico de laboratório; auxiliar técnico de radiologia; primeiro escriturário; segundo escriturário; terceiro escriturário; guarda chefe; guarda sanitário; enfermeiro; enfermeiro tracomista; enfermeira; educadora sanitária chefe; educadora sanitária; porteiro; servente técnico e servente. Além de seu pessoal efetivo, cada Centro de Saúde terá médicos consultantes, dentistas, cujas funções serão exercidas por especialistas, já existentes como funcionários efectivos de outras dependências do Departamento. Em caso de vacância dos cargos de médicos consultantes e dentistas, tais funções serão exercidas por especialistas contratados, com os vencimentos respectivos de oitocentos mil reis e seiscentos mil mensais."* (Decreto 9273, de 28-6-1938).

Esta é a primeira legislação que versa sobre pessoal, no sentido de definir uma composição técnico-administrativa para o quadro a ser lotado nos serviços de assistência direta, e corresponde à proposição de organizar serviços dentro de uma nova concepção de assistência à saúde, para a qual convergem um conjunto de ações, inclusive de avaliação médica das condições de saúde. Embora a ênfase seja dada à educação em saúde e ao controle das moléstias infecciosas, os exames periódicos como forma de "prevenir" doenças introduzem uma dimensão tecnológica nova, que antecipa em alguns anos as mudanças que ocorrerão concretamente nos serviços. Ressalte-se que é quando o trabalho médico é pensado como parte dos instrumentos de prevenção, que se detalha a composição das equipes e se prevê a constituição de chefias técnicas, anunciando-se o início do processo de gerenciamento dos serviços públicos de nível local em São Paulo. As novas características assumidas por esta atividade decorrem da incorporação pelos serviços públicos das transformações que se dão na divisão do trabalho em saúde em escala social, que o tornam trabalho cooperado que se reorganiza com a participação e no interior dos equipamentos do Estado.

Em decreto de julho de 38, algumas outras determinações também chamam atenção, entre elas:

- a divisão dos centros de saúde em três classes, de acordo com a população do município: de 1a. classe para aqueles com 50.000 habitantes ou mais; de 2a. classe para os que possuíssem até 50.000 exclusive; e de 3a. para os com até 20.000, facultando-se a criação de subcentros quando a população excedesse a 100.000 hab. ou a área fosse superior a 2000 km2;

- é previsto que o "médico chefe" da unidade fosse um médico sanitarista, com um quadro de pessoal composto pelas seguintes categorias: *"médicos sanitaristas, educadoras sanitárias e guardas sanitários em número proporcional ao número de habitantes,..., médicos consultantes, dentistas, auxiliares técnicos de laboratório, auxiliares de radiologia, enfermeiros e motoristas em número variável, segundo o volume de serviço; escriturários e serventes em número fixado para cada classe de centro."*

- a equipe mínima, ainda que não receba esta denominação, é composta por médicos sanitaristas, educadoras e guardas sanitários, em proporção crescente, de acordo com o número de habitantes, na relação de *"...um (médico sanitarista) para cada 40.000, ou fracção de 20.000 excedente daquele número; o de educadoras sanitárias de uma para cada 8.000 habitantes, ou fração excedente de 4.000 da zona urbana; o de guardas sanitários na proporção de um para cada 5.000 habitantes ou fração excedente de 3.000, do município."*

- *"o cargo de médico chefe é exercido obrigatòriamente em regime de tempo integral..."*, com vencimentos decrescentes dos Centros de primeira para os de terceira classe (Decreto 9340 de 18-7-1938).

Ainda que, na legislação de 1931, tivessem sido extintos todos os postos do interior, desde 32 muitas unidades foram criadas através de entendimentos

entre as prefeituras e o governo de Estado, havendo em 1938 um total de 82 unidades sanitárias nas cidades do interior.

Sem um maior detalhamento em relação ao quadro de pessoal de cada unidade de prestação de serviço, e com a previsão de administração orçamentaria de verbas de subvenção federais ou municipais, foi organizado neste mesmo ano o Serviço de Assistência Hospitalar, tendo como finalidades principais: orientar e fiscalizar os hospitais públicos e privados, filantrópicos ou não; levantar as estatísticas hospitalares de todo o Estado para estudo da incidência nosocomial; "*dividir o estado para a localização de instituições de assistência, levadas em conta as áreas, vias de comunicações e características sociais das respectivas populações*"; e "*receber e distribuir as verbas orçamentarias, federais ou municipais de auxílios e subvenções às instituições privadas, que prestem assistência pública e gratuita a doentes, bem como donativos de qualquer espécie*." (Decreto 9275 de 28-6-1938).

Diferente das reformas anteriores, a de 38 incorpora ações de planejamento, com a definição de parâmetros para lotação de pessoal e distribuição de unidades sanitárias, centralização de dados e da distribuição de subsídios financeiros para os hospitais, e a previsão de montagem de equipes de saúde com composição proporcional à população coberta. Neste mesmo movimento prevê a chefia técnica como de responsabilidade de um médico, depois especificado como um médico sanitarista.

Num movimento aparentemente contraditório a este, organiza-se o Serviço de Profilaxia da Malária, como um serviço auto-suficiente: "*estudava, planejava, organizava, coordenava, supervisionava toda a campanha...e a executava, tanto através de Postos anti-maláricos, como por meio de obras de engenharia sanitária...*". (Mascarenhas, 1949, p.160).

Assim como o Serviço de Profilaxia da Malária, outros serviços verticais mantiveram e/ou aperfeiçoaram sua estruturas como autônomas em relação ao conjunto,

mantendo-se a duplicação de ações e fortalecendo-se o paralelismo entre estruturas verticais e horizontais.

Em meados do ano de 1939, um novo Decreto exigia cursos de especialização para provimento dos cargos iniciais de médicos sanitaristas e educadores, entretanto, o mesmo Decreto determinava que todos os médicos, contratados ou interinos, com mais de 2 anos de exercício, poderiam se efetivar nas vagas que ocorressem no quadro de médicos sanitaristas, "*mediante proposta do Director Geral do Departamento de Saúde.*" Como resultado, efetivaram-se como sanitaristas muitos médicos que não possuíam esta especialização.

Em 1940 é novamente extinto o Serviço de Laboratórios de Saúde Pública, extinguindo-se também o Laboratório Bacteriológico, e sendo criado em seu lugar o Instituto "Adolfo Lutz", que, ao lado do Instituto "Butantã" e "Pasteur", ficam diretamente vinculados do Departamento de Saúde. Neste mesmo ano, num movimento análogo, o Serviço de Assistência Hospitalar deixa de estar subordinado ao Departamento de Saúde e passa a ser denominado de Serviço de Medicina Social, diretamente vinculado à Secretaria de Estado. Estas reformulações contrariam a racionalização dos equipamentos proposta na reforma de 38 e fortalecem uma tendência, que se manifesta de modo crescente, de autonomização dos Serviços.

Em 42, através do decreto-lei 12.784, foi feita uma nova reorganização do Serviço do Interior, que o transformou em Divisão. Os Centros de Saúde foram reclassificados em duas categorias: os de primeira, para os municípios com 20.000 habitantes ou mais, e os de segunda, para aqueles com uma população entre 7.000 e 20.000 habitantes. Nas cidades com uma população inferior à 7.000 habitantes seriam organizados Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAMS). Este Decreto previa que em todos os municípios houvesse pelo menos um Posto ou Centro de Saúde, e enquanto isto não fosse viabilizado, a unidade de saúde existente daria cobertura aos municípios vizinhos, constituindo-se o conjunto desta área de abrangência num Distrito

Sanitário. Mantinham-se, apesar da intenção de extensão das unidades polivalentes, as atribuições dos postos especializados, subordinados aos Serviços especiais. Foram criados 17 centros de saúde de 1a. categoria, 32 de 2a. e 34 PAMS.

A diferença das ações dos centros de saúde e dos PAMS, consistia na simplificação destes últimos por não realizarem nenhum dos serviços previstos para os postos especializados e "facultados" aos centros de saúde como: higiene materna, da criança, de tuberculose, de sífilis e doenças venéreas, de oftalmologia e outros, e no enfoque do seu atendimento à demanda imediata por atendimento médico das populações rurais. Entre as atividades dos PAMS figuravam as seguintes: "*promover e orientar, através de medidas e providências adequadas, a profilaxia das endemias rurais, prestando quando mister, assistência médica-sanitária às populações*" Segundo Mascarenhas, esta medida vinha legalizar as atividades médico curativas que já aconteciam em comunidades onde o único médico era o do PAMS. "*Para que exista medicina preventiva, mister se torna que também haja medicina curativa; se esta não existe ou abrange apenas uma parte pequena da população, a medicina preventiva fracassará.*" (Mascarenhas, 1949, p.187).

Estas palavras de Mascarenhas parecem sintetizar bem o espírito sanitarista que, envolto num discurso muitas vezes contraditório, começa a, de fato, assumir a defesa de um novo modelo tecnológico, onde a assistência médica adquire cada vez mais importância, ainda que só venha a adquirir condições objetivas de implantação nas unidades locais quase 30 anos depois.

Ainda como parte da reformulação do Serviço do Interior, destacam-se três outras medidas: a instituição de inspetores técnicos vinculados diretamente à Diretoria com divisão de responsabilidades divididas por área técnica, pelas quais responderiam na qualidade de coordenadores e supervisores do conjunto das ações desenvolvidas nas unidades do interior; a previsão de um médico sanitarista como médico chefe para os Centros de Saúde; e a exigência para admissão no cargo de

"visitadora social" do diploma de educadora sanitária, enfermeira de saúde pública ou assistente social. Medidas estas que se mantiveram como "letras mortas".

As características autoritárias deste período refletem-se em medidas centralizadoras no aparato administrativo, tanto em relação aos processos decisórios como aos fluxos de informação. Em 1942 o Departamento Estadual de Estatística foi subordinado diretamente à interventoria Federal, o que se desdobrou na centralização de todo o trabalho de informação organizado nas diferentes Secretarias. Assim, "*todo o maquinário e material accessório destinados a operações de estatística existentes em qualquer repartição pública ou entidades autárquicas administrativas do Estado, ficam desde já, à disposição do Departamento Estadual de Estatística, podendo ser requisitados pelo Chefe do Governo, mediante proposta do respectivo director.*" (Decreto 12.610 de 31-3-1942). O que resultou na transferência imediata da Seção Técnica de Estatística Sanitária do Departamento de Saúde para o Departamento Estadual de Estatística[9].

A contínua expansão e diversificação de serviços, ainda dentro das características predominantes neste período, cria progressivamente um mercado público de trabalho para a área de saúde, que define a necessidade de qualificação de pessoal para o trabalho em Saúde Pública. Dentro deste espírito é criada em 1942, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a Escola de Enfermagem, que tinha como principais finalidades:

- "*preparar enfermeiros técnicos para os serviços de saúde pública e de enfermagem;*"
- "*habilitar, na forma da legislação vigente, os enfermeiros diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis de seus países.*" (Decreto 13.040 de 31-10-1942, apud Mascarenhas, 1949).

[9] Ao contrário do ocorrido em outros estados, em São Paulo, a separação entre os organismos responsáveis pelos dados estatísticos relativos à saúde mantém-se tradicionalmente desvinculados da Secretaria da Saúde.

Mascarenhas assinala que "*as candidatas...deviam possuir diploma de ginásio*". A Escola de Enfermagem substituirá o papel de formação de quadros técnicos, antes previsto para ser desempenhado pelo Serviço de Enfermagem do Estado, extinto em 1945.

A preocupação em exigir qualificação profissional especializada transparece também na transformação em 1943 do cargo de visitador sanitário em educador em Saúde Pública.

A expansão dos serviços de assistência ocorre de maneira contínua. Em 1944 existiam 50 centros de saúde no Estado, sendo 17 de primeira categoria, 33 de segunda e 36 PAMS. No ano seguinte, é aprovada a criação de mais 29 PAMS, prevendo-se pela primeira vez uma composição mínima da equipe de saúde, que seria formada por: um médico sanitarista, dois guardas sanitários, um escriturário e um servente. Esta expansão se dá em um movimento que leva à duplicação de estruturas, com várias divisões responsáveis por unidades de assistência direta com atribuições similares. Assim embora os Centros de Saúde e PAMS estivessem vinculados à "Divisão do Serviço do Interior", foi criado em 1944 o "Serviço de Medicina Social", cuja finalidade era: "instalar, de acordo com as necessidades da medicina social, os estabelecimentos oficiais de assistência a doentes, convalescentes, maternidades e infância" (Decreto lei 10.880 de 4 -1 -1944).

Como a extensão horizontal, no sentido da oferta de um maior número de serviços, se dá através da duplicação de equipamentos e responsabilidades, ela representa simultaneamente um reforço à verticalização, pois cada novo Departamento criado tem grande autonomia e desenvolvimento paralelo em relação ao restante da estrutura.

O papel previsto para os médicos sanitaristas na chefia de unidades locais é principalmente o de aplicarem e fazerem respeitar as leis sanitárias, ou seja, de executarem ações de polícia sanitária sobre o meio ambiente. Porém, na década de 40,

esta legislação já se encontrava defasada da realidade social. Tanto por seus instrumentos e determinações terem se tornado tecnicamente ultrapassados, já que grande parte fora sancionada entre 1911 e 1918, como pela sua inadequação operacional em termos administrativos, excessivamente burocratizada, de execução formal morosa e no mais das vezes ineficaz. Esta situação era traduzida na constituição de agentes sanitários que desconheciam esta legislação, com exceção do domínio que dela tinham os guardas sanitários mais antigos, conforme já exemplificado no testemunho de Mascarenhas. A "equipe" tinha como único profissional com formação técnica o médico sanitarista atuando duplamente, como vimos, como médico e como sanitarista, não se constituindo assim propriamente numa equipe, para qual se pressupõe a ocorrência de uma divisão de atividades que se assenta numa divisão técnica do trabalho.

A preocupação com a constituição de um quadro de pessoal é crescente. Multiplicam-se os decretos-leis que criam e extinguem cargos e funções, tanto do quadro como extranumerários, com reforço de pessoal para os setores com maior poder de pressão na definição da política institucional, como neste contexto possuem o Departamento Estadual da Criança (DEC), criado em 1944, e a Divisão de Tuberculose, criada neste mesmo ano. São instituídas diferentes formas de gratificação e abonos, que ao lado de medidas como a efetivação dos funcionários em exercício em 1945, inclusive os extranumerários mensalistas, procuram dar organicidade ao quadro de pessoal existente.

A necessidade da gerência, como atividade constitutiva da organização do trabalho nas unidades de saúde, torna-se cada vez mais presente, a medida que aponta-se para a necessidade de um maior parcelamento do trabalho através da formação de equipes compostas por trabalhadores com diferentes formações e/ou especialidades. Uma proposta organizacional divulgada em 1943 pelo Ministério da Educação e Saúde, especialmente voltada para a montagem de Centros de Saúde, é

muito clara quanto à definição de papéis e responsabilidades, na qual caracteriza-se a divisão de trabalho e a formação de equipes, caracterizando-se como uma proposta de trabalho cooperado em saúde. Por sua clareza organizacional e pela atribuição de funções de coordenação e gerência, optamos em resumí-la, ainda que não tenha se realizado plenamente ao nível dos serviços.

Apresentamos abaixo, um quadro síntese desta proposta feito a partir da publicação do Departamento Nacional de Saúde, "Centro de Saúde - Normas para seu funcionamento", onde destacamos o conjunto de atividades previstas para uma unidade sanitária, a equipe mínima proposta para sua execução, seus instrumentos e finalidades. Na introdução deste documento, ao justificar-se a necessidade deste tipo de normatização, expressa-se as concepções que orientam esta proposta de organização de serviços de saúde: "*...Representando os Centros de Saúde organismos executivos de padrão mais alto, em que a tarefa de saúde pública se deve realizar dentro do princípio de descentralização distrital, de maneira a mais ampla e desenvolvida, era razoável que por êle se iniciasse o programa de uniformização. E isso se tornava ainda mais urgente, à vista de tendência, que se vinha avolumando, de procurar transformar, por ignorância ou má fé, em simples policlínicas, os Centros de Saúde, desvirtuando-lhes as funções e os propósitos para que haviam sido criados. ...(a) preparação de instruções,...(foram)...organizadas dentro dos princípios fundamentais que lhes norteiam a ação...*" (Departamento Nacional de Saúde, 1945).

QUADRO I - NORMAS PARA ATIVIDADES DOS CENTROS DE SAÚDE, DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1943.

ATIVIDADES (FINALIDADES)	EQUIPE MÍNIMA	AÇÕES
Serviço de Polícia Sanitária (Saneamento do meio)	1 médico sanitarista - chefe deste Serviço; 1 guarda sanitário chefe, para cada 7 guardas;	Inspeção Sanitária de prédios - liberação de "habite-se" e licenças de funcionamento

	guardas em número de 1 para 2000 prédios; pessoal de escrita.	Fiscalização do leite e de estabelecimentos de gêneros alimentícios (açougues, restaurantes, peixarias, leiterias, etc.) Estabelecimento de sanções para os infratores: processos de intimação, infração, apreensão, inutilização e multa.
Serviço de Doenças Transmissíveis (Vigilância Epidemiológica)	1 médico 1 auxiliar interno (telefonista) 1 auxiliar externo (visitador sanitário)	Execução e fiscalização de medidas profiláticas (isolamento hospitalar e domiciliar, exame dos comunicantes, vacinação, visitação domiciliar) Investigação epidemiológica de casos e óbitos Investigação dos focos de infecção
Serviço de Doenças Venéreas (Vigilância Epidemiológica)	2 médicos de tempo parcial 1 encarregado do movimento[10] 2 atendentes (um de cada sexo) 2 visitadoras e 1 guarda, ou 1 enfermeira polivalente 1 servente	Inquéritos e investigações epidemiológicos para detecção de casos Diagnóstico e tratamento precoces Hospitalização e internação compulsória, nos caos indicados Educação sanitária
Serviço de Tuberculose	1 tisiologista 1 atendente especializada em tuberculina e BCG	Inquéritos epidemiológicos através de testes tuberculínicos e cadastros

[10] O "**encarregado do movimento**" é o agente responsável por cuidar de todas as atividades de apoio administrativo vinculadas ao andamento de cada Serviço, como fazer matrículas, distribuir e controlar os cartões, organizar e controlar o fichário central, com a retirada e devolução das fichas de atendimento, abrir as fichas epidemiológicas de doentes contagiantes e encaminhar para o Serviço de Enfermagem para que sejam feitas as visitas sanitárias e outros procedimentos, transmitir os resultados das visitas aos médicos, fazer o controle dos pacientes faltosos, solicitando visitas domiciliares quando necessário, controlar a realização das visitas solicitadas, receber o resultado de exames de laboratório, transcrevendo-os para a ficha clínica, , receber e anotar as notificações, controlar o fluxo das fichas de registro utilizadas em cada Serviço, preencher o boletim mensal de estatística (M.E.S., 1943, pp.42/43).

	2 atendentes 1 radiologista 1 auxiliar de raios X 1 encarregada do movimento	torácicos para levantamento das fontes de contágio Investigação de casos e óbitos, com exame dos comunicantes Tratamento ambulatorial precoce de doentes Educação sanitária e profilaxia dos domicílios Hospitalização dos doentes e internamento de crianças em preventórios e colônias de férias Vacinação intensiva de recém-nascidos e anérgicos de todas as idades Articulação com o conjunto de instituições e profissionais que atendam tuberculosos
Serviço de Higiene Pré-Natal	1 médico 2 atendentes 1 enfermeira obstetra	Exame periódico da mulher grávida, uma vez por mês no 1o. semestre, quinzenalmente nos 2 meses seguintes e semanalmente no último mês, de acordo com conteúdo normatizado Prescrição de normas de higiene pré natal, quanto ao vestuário, exercício, trabalho, alimentação, asseio, e outros Educação sanitária domiciliar que garanta a assiduidade ao serviço Tratamento de doenças gravídicas Assistência ao parto, hospitalar ou em domicílio Exame 40 dias pós parto Proteção social, através de oficinas, cantinas ou refugios maternais.
Serviço de Higiene Infantil (Combater a morbi-	1 médico puericultor 2 atendentes 1 enfermeira visitadora (do	Exames periódicos, no mínimo 4 vezes no 1o. ano, de acordo com conteúdo

mortalidade no primeiro ano de vida)	Serviço de Enfermagem em sistema de rodízio)	normatizado[11] Prescrição de normas de higiene infantil quanto à alimentação, vestuário e rotinas Educação sanitária das mães ou responsáveis Tratamento de gastroenterites não complicadas e de sífilis primária Vacinação (BCG, varíola e difteria) Proteção médico social através de casas maternais ou outras instituições
Serviço de Higiene Pré-Escolar	1 médico 2 atendentes	Realizar exames médicos periódicos em crianças de 1 a 6 anos, pelo menos 2 vezes ao ano Incutir práticas higiênicas e corrigir os maus hábitos Diagnosticar e tratar defeitos físicos e mentais, distúrbios nutritivos, e doenças que interfiram no desenvolvimento Vacinação Instituir regimes alimentares, atividades esportivas e ambientes adequados ao desenvolvimento de cada faixa etária Ação educacional que ligue intimamente o lar e o Centro de Saúde
Serviço de Higiene Escolar (Modificar comportamentos e	1 médico chefe 1 médico auxiliar, para cada 5000 crianças em idade escolar 3 atendentes	Instruir preceitos de higiene, incutir hábitos sadios e iniciar as meninas em práticas de puericultura; Realizar exames periódicos

[11] "*O Centro de Saúde deverá se esforçar pela instituição dos exames sistemáticos de crianças aparentemente sadias a fim de surpreender no seu início qualquer anormalidade, ainda a tempo de ser fàcilmente removida. Não serão atendidos os casos que exijam pura assistência médica, os quais deverão ser encaminhados aos serviços competentes fora do Centro de Saúde.*" (M.E.S., 1943, p. 72).

hábitos, prevenir e tratar doenças infecto contagiosas)		pelo menos 1 vez por ano, nos escolares de 7 a 14 anos; Fiscalizar as condições de higiene dos edifícios escolares; Diagnosticar, prevenir e tratar doenças que interfiram na aprendizagem e sejam incapacitantes para o desenvolvimento; Vacinação; Instituir práticas esportivas e regimes alimentares suplementares de acordo com a idade e o desenvolvimento; Examinar periodicamente os professores e todos os funcionários que tenham contato com os escolares; Estreita vinculação entre o lar e o Centro de Saúde, com ação educativa sobre os pais.
Serviço de Higiene Dentária	1 dentista para cada grupo de 25.000 habitantes e 1 atendente para cada consultório dentário	ações dirigidas preferencialmente para crianças e gestantes
Serviço de Oftalmologia	1 médico oftalmologista (que pode ser o otorrinolaringologista) e 2 atendentes;	ações preferencialmente voltadas para o diagnóstico e tratamento de doenças dos olhos de natureza infecciosa, e para detecção em escolares e pré escolares de vícios de refração
Serviço de Otorrinolaringologia	1 médico da especialidade (podendo ser o oftalmologista) e 2 atendentes;	ações clínicas e cirúrgicas dirigidas preferencialmente para crianças e gestantes, podendo ser estendidas a outras pessoas que apresentem quadros infectocontagiosos

Serviço de Exames de Saúde	1 médico clínico e 1 atendente	Exames periódicos que devem ser renovados anualmente, que visem o descobrimento de doenças incipientes, inclusive de natureza contagiosa; Fornecimento de carteira ou atestado de saúde, quando se tratar da 1a. consulta deve ser solicitado exame sorodiagnóstico para sífilis
Arquivo Central	1 encarregado, pessoal de escrita, supervisão a cargo da enfermeira chefe do S.E.	Fazer matrículas e registro das inscrições nos Serviços; Arquivar as fichas especializadas, de acordo com o protocolo de cada Serviço; Anotar as imunizações; Assentar óbitos e suas causas Fazer o boletim geral de produção
Serviço de Enfermagem	1 enfermeira chefe, 1 visitadora sanitária para cada 10.000 habitantes	Educação sanitária, Instituição e fiscalização de práticas de isolamento domiciliário e desinfecção concorrente, Imunização de comunicantes, Vigilância sanitária dos focos de doenças transmissíveis, Visitação a gestantes, infantes, pré-escolares e escolares, auxílio nos dispensários.

Para a utilização de qualquer dos Serviços de especialidades era exigido, como pré-requisito, a inscrição nos Serviços destinados a crianças e gestantes. Este mecanismo, na década de 70, será designado pelo planejamento em saúde como um meio de "referenciar" um atendimento, ou seja, de utilizar ações mais complexas

como "retaguarda" a atendimentos sempre iniciados por ações mais gerais e inespecíficas, e por isso de menor custo e maior simplificação tecnológica, e neste sentido, de mais fácil replicação. Chama a atenção que, no início dos anos 40, estivesse presente da idéia de racionalização do trabalho segundo uma ótica de otimização dos recursos, ainda que não apoiada em técnicas específicas de administração e planejamento.

Para as funções com responsabilidade de chefia sobre a unidade de saúde como um todo, são definidas atribuições que explicitam um conteúdo especificamente gerencial, ou seja, de coordenação, supervisão e controle do trabalho coletivo. As atividades de chefia sobre o trabalho realizado no Centro de Saúde, exercidas pelo médico e pela enfermeira, não têm as características de assistência direta definidas pela formação básica desses profissionais. Antes, são ações sobre o conjunto das atividades fim e das atividades meio, que buscam fazer cumprir a finalidade geral do serviço, de acordo com diretrizes que representam a existência de um plano geral de trabalho para o conjunto, conforme podemos observar na discriminação feita a seguir.

Atribuições do **Médico-Chefe do Centro de Saúde**:

- **supervisionar** e "*resolver os casos omissos e dúvidas*" de cada um dos Serviços existentes, "***fiscalizando** a sua completa aplicação no Centro de Saúde.*"
- quanto ao *Serviço de Polícia Sanitária*:

-" ***despachar** requerimentos de prorrogação de prazo, de licença e relação de multa em grau de recurso;*

- *"impor multas nos casos de sua alçada, e **informar** os recursos destas multas para o **diretor geral**."*

- quanto ao *Serviço de Doenças Transmissíveis*:

- **receber** mensalmente as estatísticas dos casos de doenças transmissíveis e das ações executadas por este serviço, e **enviar uma cópia** para o **órgão técnico central**.

- quanto aos *Serviços de Doenças Venéreas, de Tuberculose, de Higiene Pré Natal, de Higiene Infantil, de Higiene Pré-Escolar, de Higiene Escolar e de Enfermagem*: fazer **supervisão** direta das ações, **fiscalizando** o correto **cumprimento das normas** previstas para as ações de cada Serviço, mantendo contato direto com cada uma de suas chefias.

Atribuições da Enfermeira-chefe:

- **orientar, instruir e fiscalizar** as visitadoras sanitárias;
- **verificar** diariamente os registros efetuados em fichas, cartões, livros e boletins pelas visitadoras;
- "**levar ao conhecimento do chefe** da unidade sanitária e dos chefes dos diversos serviços, **as ocorrências** de maior importância;
- **organizar a escala** de rodízio das visitadoras pelos diferentes dispensários e Serviços;
- **requisitar** as fichas de atendimento e cuidar das visitações solicitadas pelos Serviços;
- fazer requisição mensal de material e submeter à apreciação do chefe da unidade;
- **garantir** a atualização dos conhecimentos necessários às visitadoras;
- **controlar** as atividades do Arquivo Central;
- **fornecer** mensalmente **ao chefe** uma resenha das atividades das visitadoras;
- **apresentar relatório** anual de atividades;
- zelar pela conservação e limpeza de todo o material e mobiliário da unidade;
- "promover a **análise da qualidade do serviço** realizado pelas visitadoras."

Nesta proposta, a chefia médica e a chefia de enfermagem guardam entre si uma ordem hierárquica, mas ambos exercem atividades de controle sobre o trabalho realizado pelos demais agentes da unidade e não diretamente por eles próprios.

Cada um dos Serviços previstos trabalharia com registros detalhados feitos em fichas especialmente desenhadas para anotação de dados do atendimento clínico, dos "inquéritos", das visitas domiciliares, e para cada uma das ações de

educação ou assistência, além do uso de boletins de estatísticas de produção, livros de registros e notificações. As tarefas são bem discriminadas por profissional e há uma chefia para cada área, sob supervisão geral do médico sanitarista, chefe da unidade.

Considerando-se a previsão de recursos por Serviço instalado no Centro de Saúde, uma equipe completa seria composta por:

Pessoal de nível universitário: 1 médico sanitarista - chefe do Centro de Saúde; 1 médico sanitarista - chefe do Serviço de Polícia Sanitária; 1 médico - chefe do SDT; 1 médico em período integral ou 2 em período parcial - chefe do SDV; 1 tisiologista - chefe do ST; 1 médico - chefe do SHPN; 1 enfermeira obstetra; 1 médico puericultor - chefe do SHI; 1 médico - chefe do SHPE; 1 médico - chefe do SHE; 1 médico auxiliar para cada 5000 crianças em idade escolar; 1 dentista para cada 25.000 habitantes - com 1 dentista responsável pelo Serviço; 1 médico oftalmologista; 1 médico otorrinolaringologista; 1 médico clínico - chefe do Serviço de Exames de Saúde; 1 enfermeira - chefe do Serviço de Enfermagem e responsável pelo Arquivo Central.

Equipe auxiliar: 1 guarda sanitário chefe para cada grupo de 7 guardas; guardas em número de 1 para cada 2.000 prédios; 1 auxiliar interno - telefonista (SDT); 3 visitadoras (1 para o SDT e 2 para o SDV); 2 encarregados de movimento (1 para o SDV e 1 para o ST); 2 atendentes de sexos diferentes (SDV), 1 atendente especializado em teste tuberculínico e BCG (ST), e outros 16 atendentes (2 para o ST, 2 para o SHPN, 2 para o SHI, 2 para o SHPE, 3 para o SHE, 2 para o SHD, 2 para o SO, 1 para o SES); 1 guarda (SDV); 1 servente (SDV); 1 radiologista (ST); 1 auxiliar de raio X (ST); 1 encarregado do pessoal de escrita; pessoal de escrita; 1 visitadora sanitária para cada 10.000 habitantes.

Tem-se assim a indicação de uma composição "ideal" para montagem de uma **equipe técnica,** que seria constituída por: 2 médicos sanitaristas; 11 médicos, divididos por especialidades de acordo com os Serviços propostos; 3 enfermeiras, sendo 1 enfermeira chefe, 1 enfermeira obstetra e 1 enfermeira visitadora para o SHI; e, pelo

menos, 2 dentistas (um por período). E de uma **equipe auxiliar** que seria formada por: 21 atendentes, 3 ou mais visitadoras sanitárias, guardas sanitários, técnico e auxiliar de raio X, pessoal administrativo (pessoal de escrita e encarregados de movimento), telefonista e servente.

Define-se uma forma de mensurar a necessidade de pessoal com base em parâmetros de oferta e demanda potencial, ou seja, a partir dos serviços oferecidos e do tamanho da população coberta (especialmente no caso da população infantil).

O responsável pela articulação do trabalho da unidade como um todo é o sanitarista-chefe, imediatamente auxiliado pela chefia do Serviço de Enfermagem. Ressalte-se também que todos o médicos são chefes, e que há quase uma certa independência entre os diferentes Serviços de uma mesma unidade. A multiplicidade e proporcionalidade entre chefias e chefiados, atende às recomendações prescritas por Fayol[12] para as organizações.

Pode-se caracterizar a proposição de uma ação gerencial para o sanitarista chefe e para enfermeira, sendo que na descrição de atividades feita no texto citado o primeiro é o único profissional que não tem suas tarefas listadas de forma explícita, ainda que suas funções sejam discutidas ao longo do texto. No entanto a ausência de um tratamento em separado, tal como é feito para todas as demais funções, denota uma certa secundarização deste profissional no dimensionamento do trabalho, apesar de sua importância hierárquica na organização proposta. Além disso, considerando-se o cargo de chefia delegado a praticamente todos os médicos, é de se esperar uma relativização no poder da chefia geral da unidade, ao contrário do que seria esperado no interior desta lógica organizacional, de acordo com o esquema de poder e

[12] Segundo Fayol, a proporcionalidade de subordinados diretos deve ser o mais reduzida possível, idealmente em torno de seis por chefia. Em escala piramidal esta relação mais direta permitiria, através do fluxo de informações entre chefias, um conhecimento mais próximo possível do conjunto de funcionários, a ponto de se poder saber o que esperar de cada um, ou seja, como garantia de "*comando*" sobre a organização para "*fazê-la funcionar*" (Fayol, 1970).

responsabilidades de formato piramidal, onde a chefia central é que concentra o maior poder em toda a estrutura.

A questão central que é normatizada por esta proposta do Ministério diz respeito à organização das ações de assistência e ao seu suporte imediato. A gerência, embora claramente presente, não é problematizada, uma vez que o principal desafio colocado era a montagem de unidades polivalentes com ações organizadas para diferentes grupos-alvo. Como a realidade dos serviços era distante desta proposição, não estava colocada a necessidade de aperfeiçoamento da gerência, mas antes, da implantação de novas atividades assistenciais, cuja multiplicidade apontava na direção de uma coordenação única enquanto perspectiva, mas não como questão já posta para a realidade dos serviços públicos. A proposta do Ministério, antecipa a necessidade de mudanças na organização da assistência cuja *arquitetura* só se efetivará na década de 70, ainda que não mais correspondendo ao modelo tecnológico aqui explicitado. Nesta proposição, historicamente datada, a tecnologia central assenta-se na Educação Sanitária, como abordagem principal no interior de cada Serviço. A assistência médica se mantém como instrumento direcionado ao controle de algumas doenças infecto-contagiosas e à "prevenção" da saúde materno-infantil. Ainda que se assinale o "comando único", mantém-se de fato equipes técnicas autonomizadas no interior de cada Serviço.

Até o final dos anos 40, quando se dá a criação da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, houve de fato uma extensão dos equipamentos públicos de assistência à saúde e um crescimento importante em seu quadro de pessoal, havendo a criação legal de pelo menos uma unidade de saúde para cada um dos 369 municípios que então compunham o Estado de São Paulo.

Não era disponível em 1949 um quadro detalhado do pessoal desta Secretaria. No decorrer da década de 40, houve avanços importantes para o estabelecimento de um quadro geral do funcionalismo do Estado a partir da criação do

Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de São Paulo, em 1941, através da definição de conceitos básicos como "cargos públicos", "carreiras", "quadro" e uniformização de vencimentos. No entanto, em 1948, extinguiu-se o quadro geral de servidores do Estado, determinando-se que cada Secretaria reorganiza-se seu próprio quadro, fortalecendo a falta de controle já existente. Muitas Secretarias possuíam "extraquadros" entre o pessoal contratado, especialmente numeroso na Secretaria de Saúde Pública. Além disso, havia uma movimentação muito grande de pessoal entre os diferentes órgãos de cada Secretaria, entre as Secretarias entre si, e entre estas e outros órgãos públicos, feitas através de "comissionamentos". Estas alterações muitas vezes não possuíam nenhum controle além dos contatos telefônicos que as articulavam. Desta forma, em 48, nem mesmo a Diretoria Geral da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social tinha controle, ou conhecimento sistemático, sobre seu próprio quadro de pessoal (Mascarenhas, 1949).

No entanto pode-se caracterizar, ao final deste período, a existência de um "pool" de profissionais com diferentes formações distribuídos nos serviços que compunham a Secretaria, condição básica para que a gerência se torne uma necessidade organizacional.

Nesta época, já possuíam cargos ou carreiras no interior da Secretaria: médicos, educadores sanitários, enfermeiros diplomados, enfermeiros práticos, assistentes sociais, nutricionistas, fiscais e guardas sanitários, práticos e técnicos de laboratório, atendentes, operadores de raio-X, dentistas, funções administrativas, como almoxarife, oficial de administração, escriturário e outros, e os chamados "cargos de direção". Nesta última categoria inseriam-se os diretores de Departamentos, Serviços e Divisões, ou seja, responsáveis por órgãos integrantes da estrutura central da Secretaria, sem referência específica à direção de unidades de saúde ou hospitais Mascarenhas, 1949).

Muitos destes profissionais não tinham um perfil de atribuições bem estabelecido, variando o conteúdo das atividades na dependência do Departamento ou Serviço onde estivessem inseridos. Além disso, a própria formação que lhes era exigida vinha sofrendo alterações, o que é claramente perceptível na simultaneidade de inserção de enfermeiros "práticos" e enfermeiros "diplomados", de "práticos" e "técnicos" de laboratório, ou ainda, na oscilação do perfil exigido para a especialização em educação sanitária, que variara entre professoras com diploma do curso normal e candidatos com ginasial completo.

As equipes multiprofissionais para as unidades de saúde do Estado, seu perfil de formação e suas atribuições, encontravam-se em processo de constituição. Muitos cargos e carreiras foram criados ou reformados na segunda metade da década de 40.

Entre os médicos do Estado, as primeiras especialidades a serem reconhecidas através de uma carreira, foram as de "médico biologista" e de "médico legista", ambas em 1946. Neste mesmo ano, todos os médicos foram unificados numa única carreira para "médicos", o que descaracterizava a possibilidade de carreiras específicas por áreas de especialidade (Decretos-lei nos. 15.580, 15.581 e 15. 979).

Segundo Mascarenhas, os médicos do serviço público estadual poderiam ser classificados nas seguintes áreas: médicos sanitaristas, médicos biologistas, médicos diretores de hospitais, médicos de hospitais e médicos consultantes, numa categorização que mescla formação especializada e inserção institucional. Para os médicos sanitaristas, este autor discriminava a possibilidade do seguinte perfil: *"(médicos sanitaristas)...são aqueles que têm funções gerais de chefes de unidades sanitárias, de auxiliares destes, de directores de distritos sanitários ou de delegados de saúde, de epidemiologistas. Devem também ser incluídos nessa categoria médicos com funções sanitárias especializadas, tais como malariologistas, leprologistas, tisiologistas, tracomistas, especialistas em higiene infantil, em higiene escolar, em higiene pré-natal.*

Funções sanitárias especializadas são, para nós, aquelas de supervisão das actividades locais em um determinado sector de saúde pública, requerendo viagens continuas e uma dedicação completa ao serviço. Todos os médicos sanitaristas devem trabalhar em regime de tempo integral... Necessitam também de um preparo técnico adequado, através de cursos de especialização..." (Mascarenhas, 1949, p. 368).

Neste perfil, a função de chefia, de unidades locais ou regionais, e as atividades de supervisão estão sempre presentes entre as diferentes atribuições que competem aos sanitaristas, ainda que estes pudessem se "sub-especializar" em várias áreas no interior da Saúde Pública. De todo modo, para este autor, o exercício profissional do médico sanitarista, exigia formação específica, dedicação exclusiva e remuneração diferenciada, através de "gratificações", correspondentes à dedicação exigida.

Neste contexto, estavam historicamente colocadas, para as unidades públicas de saúde em São Paulo, as condições necessárias à organização do trabalho cooperado em saúde. Estas condições aparecem, de modo cada vez mais claro, como ponto de partida das propostas de organização de serviços desenvolvidas nos períodos seguintes, refletindo um ideário constituído a partir de necessidades postas para e pela organização do trabalho em saúde, ainda que não estivessem colocadas no trabalho concreto imediatamente desenvolvido nas unidades de prestação de assistência.

Neste primeiro macro período que vimos caracterizando, de 1892 a 1947, podemos identificar quatro "fases", de acordo com as finalidades e tecnologias predominantemente empregadas, as quais correspondem à hegemonia de determinados modelos organizacionais e administrativos, conforme resumidamente expomos no quadro a seguir.

Quadro II - CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS PRINCIPAIS MODELOS TECNOLÓGICOS E OS MODELOS ADMINISTRATIVOS PREDOMINANTES NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS, NO PERÍODO DE 1892 A 1947, ESTADO DE SÃO PAULO

Finalidade/modelo tecnológico	*Organização dos serviços*
Polícia Sanitária - controle das doenças transmissíveis através da higienização do meio ambiente / Bacteriológico	Ações sobre o meio por agentes diretos, inspetores, delegados e guardas sanitários. Não há "unidades locais". Os equipamentos básicos são representados pelos desinfectórios e pelos hospitais de isolamento, ambos na capital. ***Administração centralizada.***
Controle das doenças endêmicas e epidêmicas através de intervenções sobre a cadeia de transmissão / Bacteriológico	Primeiras "unidades locais" no interior, são serviços provisórios de ação especializada, contra o tracoma (1905), contra a ancilostomose (1917), isolamentos domiciliares e hospitalares . ***Administração centralizada***
Controlar a transmissão de doenças e prevenir o adoecimento dos sadios através da mudança de hábitos e comportamentos / Educação Sanitária	As primeiras unidades locais permanentes surgem com a reforma de Paula Souza em 1925. Até o final dos anos 40, há inúmeras reformas que polarizam quanto ao tipo de ações que estas unidades devem desenvolver, se especializadas ou se

	polivalentes, com diferentes implicações para estrutura organizacional da Secretaria. Constitue-se um conjunto diversificado de unidades, centralmente instrumentalizadas pela educação em saúde, com ações polivalentes ou especializadas, com predomínio das últimas. ***Administração vertical ou incipiente administração local.***
Controle das doenças e alterações no comportamento através de serviços especializados/ Educação Sanitária dirigida a grupos específicos	Serviços especializados ***Administração vertical***

2.2 - De 1947 a 1967: Da constituição da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social à sua implantação com a reforma "Walter Leser"

No período que vai desde a *Revolução de 30* até 1955, o motor da acumulação capitalista no Brasil passa a ser o capital industrial[13]. No entanto, as bases para esta nova forma de acumulação encontravam-se limitadas em função de não haver se implantado, até então, um setor industrial produtor de meios de produção, tais como equipamentos industriais, maquinários ou insumos básicos (como ferro, aço ou petróleo). Esta limitação só será superada a partir da segunda metade dos anos 50, no governo Kubitschek, com o desenvolvimento do *Plano de Metas,* quando então se estabelece uma dinâmica econômica e um padrão de acumulação mais tipicamente capitalistas, através da aceleração do processo de industrialização do país. Neste processo, redefine-se o papel do Estado e sua relação com a sociedade civil (Oliveira, 1980).

No cenário de recuperação econômica dos países centrais do período pós-guerra, estas mudanças na economia nacional encontram apoio na redefinição da divisão internacional do trabalho. A industrialização dos países periféricos passa a representar uma forma de expansão das economias centrais, alterando-se as relações internacionais e *"...elevando-se do antigo patamar de produtores de matéria-prima*

[13] Durante a Segunda Guerra Mundial, entre 39 e 45, a política econômico-financeira do país procurou preservar a renda das exportações, principalmente do café, e incentivar o crescimento industrial. O contexto mundial deste período favoreceu o setor agrário-exportador, que teve seus produtos aumentados em volume e valor, e também o setor industrial, que foi estimulado pelo aumento do consumo interno, pelas exportações e pela desorganização da economia dos países industrializados. O crescimento do setor industrial, apesar de positivo, representou o aproveitamento da capacidade já instalada e não exatamente sua expansão. Este setor continuava totalmente dependente da importação de bens de produção, dificultada pela política de desvalorização cambial, que encarecia as importações, e pela desorganização do mercado internacional. Com o fim da ditadura Vargas o governo Dutra, de 1946 a 1951, procurou estabelecer uma política que simultaneamente viabilizasse um rápido reequipamento do setor industrial e restringisse ao máximo a importação de produtos com similares disponíveis no mercado interno, garantindo a continuidade do processo de expansão industrial (Oliveira, 1980).

versus produtores de manufaturas para produtores de manufaturas de consumo versus produtores de manufaturas de bens de produção." (Oliveira, p.83, 1980).

Além dessas mudanças, pesam na redefinição do papel do Estado: a) o padrão anterior de acumulação, baseado na concentração de excedentes no setor privado através de tranferências públicas, deu àquele setor um novo perfil de demandas que exige mudanças no padrão nacional de produção, e, b) a grande base de apoio entre as classes populares conquistada no período populista, o que reforçou a continuidade de uma política de "nacionalismo de Estado", segundo a qual as empresas estatais tinham como papel potenciar o setor privado. O novo padrão de acumulação que então se inicia centra-se basicamente na expansão do chamado setor terciário, relativo à produção de serviços (Oliveira, 1980).

Embora a constituição de uma política nacional de saúde tenha sido iniciada na década de 30, será nos anos 50 que ganhará maior densidade e uma estrutura organizacional mais definitiva. Em 53 é criado o Ministério da Saúde, cuja estrutura basicamente equivale ao antigo Departamento Nacional de Saúde, com responsabilidades ampliadas e um orçamento muito restrito, o que caracteriza, simultaneamente, a importância da institucionalização da Saúde Pública e sua secundarização entre as políticas de Estado. Ao lado de outras medidas nesta área, como a expansão das ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, desenhavam-se as características básicas deste processo: *"...a racionalização administrativa e a atribuição de maior status burocrático às campanhas sanitárias. Estão presentes aí os elementos fundamentais na institucionalização do Ministério: as campanhas e a centralização."* (Braga & Paula, p.58, 1981).

Na área previdenciária, a já referida clivagem entre os modelos das CAPS e dos IAPS, tende a ser resolvida em favor das últimas, através da ampliação do controle governamental sobre a seguridade de categorias importantes como a dos

ferroviários, refletindo a opção do Estado por uma postura de maior centralização e intervenção nas políticas sociais. Mantinha-se o mesmo modelo de financiamento, partes iguais para trabalhadores e empregadores e uma contribuição residual do governo, a quem cabia a operação dos Institutos. Em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que assegurava a todos os trabalhadores regidos pela CLT, independente de sua categoria profissional, os mesmos benefícios, estendendo os direitos previdenciários *"...a todas as pessoas ocupando posições no processo de acumulação, reconhecidas e reguladas pelo poder estatal. A vinculação da política social, sentido estrito, à política de acumulação não poderia ser mais óbvia e apenas repetia o que ficara claro, já, desde 1933, a saber, que a política social do governo estava essencialmente ligada à política de acumulação e todo o problema, do ponto de vista governamental, consistia em conciliar uma política de acumulação que não exacerbasse as iniqüidades sociais a ponto de torná-las ameaçadoras, e uma política voltada para o ideal da eqüidade que não comprometesse, e se possível ajudasse, o esforço de acumulação."* (Santos, p. 30 -31, 1987).

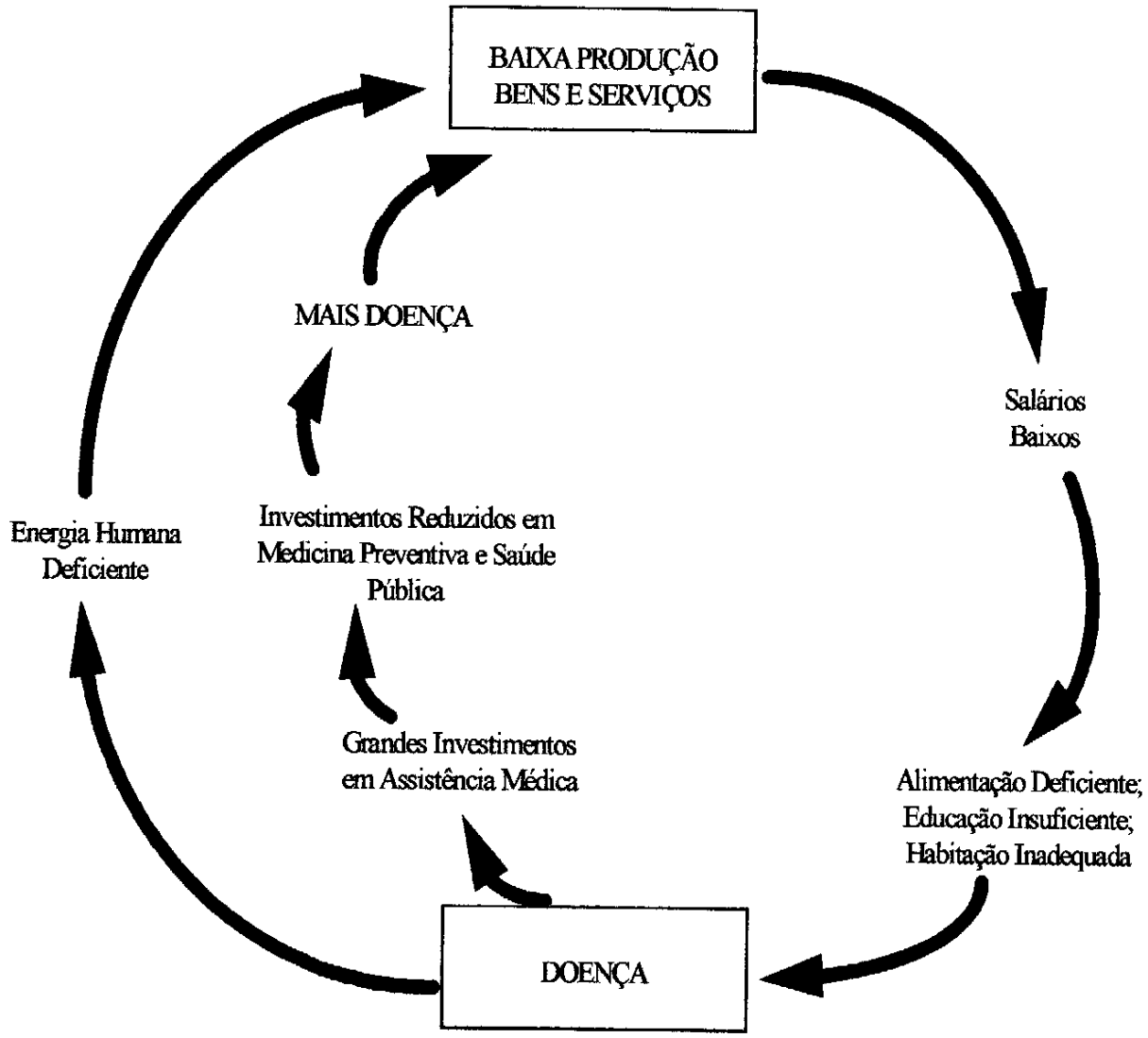
Integradas ao cenário descrito, as principais questões postas para a organização de ações de saúde pública são: seu alcance e dimensões e sua estrutura administrativa. O tratamento dado ao primeiro conjunto de questões pode ser representado pela imagem do "*círculo vicioso da pobreza e da doença*". Segundo esta visão, embora haja uma retroalimentação entre seus componentes, a relação causal predominante tanto pode ser vista no sentido da doença para a pobreza, como no sentido inverso (Figura 2). A forma de conceber esta relação traduz-se, no entanto, em orientações distintas para as políticas sociais. Se para acabar com a pobreza é preciso acabar com a doença, faz-se necessário gastar mais com a saúde, montando-se estruturas de serviços semelhantes às dos países desenvolvidos, conforme era a orientação do trabalho da SESP enquanto esteve sob patrocínio da Fundação Rockefeller. Ao contrário, se a relação causal predominante é a inversa, e, ao combate à

pobreza corresponde uma radical transformação no perfil de morbi-mortalidade, deve-se priorizar o investimento no desenvolvimento econômico para alcançar um melhor nível de saúde. De meados dos anos 50 até a década de 70, prevalesce esta segunda concepção ideológica, de acordo com a fala "desenvolvimentista" difundida neste período, e que pode ser reconhecida nas medidas tomadas, como veremos a seguir (Braga & Paula, 1981).

Ao analisar a situação da organização dos serviço públicos de saúde em São Paulo, em meados de 60, Lemos assinala que no caso paulista, *"as falhas estruturais e administrativas da máquina governamental favorecem a manutenção de um círculo vicioso gerado pela interdependência de fatôres adversos, que os técnicos da Cepal registraram em gráfico demonstrativo da correlação existente entre a saúde, a educação e a produtividade. O subdesenvolvimento, de acôrdo com a conceituação de Myrdal, decorre de um processo de causação circular acumulativa: Um homem pobre não dispõe de alimentos para comer; sendo subnutrido, sua saúde ficará debilitada; estando debilitado, sua capacidade de trabalho será reduzida, o que significa mais pobreza, mais carência de alimentos e assim por diante. Fecha-se, então, o círculo vicioso, cuja área central converte-se em autêntico cemitério de crianças."* (Lemos, p. 28, 1967).

Nesta concepção encontra-se justificada a eleição dos dois principais grupos populacionais que serão alvo de medidas de saúde por parte do governo: as crianças e mulheres grávidas, e os trabalhadores. Aos primeiros caberão as ações desenvolvidas diretamente pelo Estado, dada a abrangência deste grupo e a necessidade de uma maior cuidado justamente com a população mais carente, que 'alimenta' o mercado de mão de obra. Enquanto aos últimos, caberão medidas co-financiadas pelos envolvidos, empregadores e empregados, além do próprio poder público. Consubstancia-se assim a separação de responsabilidades e a implementação

O Ciclo Econômico da Doença



Fonte: Cf. adaptação feita a partir de Horwitz, OPS. (Lemos, p. 29, 1967)

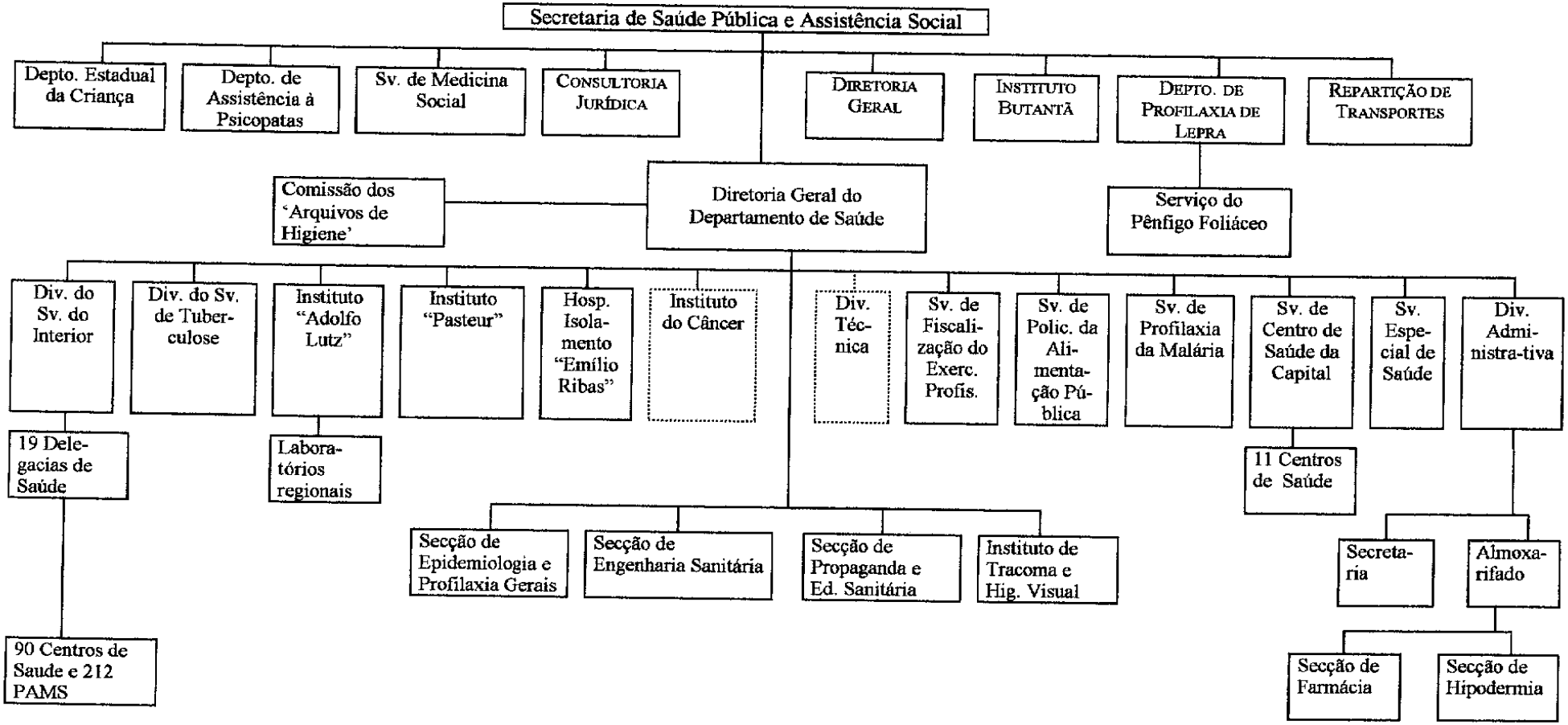
de medidas de conteúdo técnico distintos, ainda que ambas sob a coordenação do Estado.

Em São Paulo é criada, em 1947, a Secretaria de Estado da Saúde Pública e Assistência Social (Decreto-Lei no. 17.339). A organização inicialmente prevista para sua estrutura só se efetivará vinte anos depois, na reforma administrativa de 1967. Neste longo período vários projetos de reestruturação foram apresentados mas não conseguiram consenso no Legislativo, por não corresponderem aos interesses do partido majoritário e de grupos da Secretaria a ele ligados, estabilizando-se a opção do governo em adotar uma politica continuista em relação ao período anterior (Iyda, 1993). Nos anos 40 e 50, as principais preocupações que se colocavam para a Administração Sanitária do Estado centravam-se em definir uma estrutura administrativa adequada para suas ações e formar técnicos para os serviços de saúde pública (Mascarenhas, 1948; Souza, 1947).

A história administrativa da Secretaria, neste período, é basicamente a história da constituição e extensão de equipamentos verticais, que possuiam um grande grau de autonomia e poder de decisão, viabilizados através da vinculação direta ao Secretario da Pasta, o que se refletia numa profunda cisão no dimensionamento das atividades fins, desenvolvendo-se ações semelhantes ou mesmo superpostas em diferentes orgãos da mesma Secretaria.

Coerentemente com a visão apresentada, as principais alterações organizacionais realizadas no período são: a transformação da Seção de Tuberculose em Divisão e a transformação da Seção de Higiene da Criança e do Serviço de Puericultura em Departamento Estadual da Criança (DEC). Estas mudanças retratam um aumento importante do espaço institucional reservado à atenção materno-infantil, o cuidado com o controle de uma doença infecciosa de grande repercussão entre adultos jovens, e a ênfase a propostas de assistência médico-social, especialmente na

GRÁFICO Nº 05 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (EM 31 DE AGOSTO DE 1948)



FONTE: Cf. apresentado por Mascarenhas, 1949.

organização de ações de abrangência rural, e que caracterizou a abordagem político-administrativa das necessidades públicas de saúde na década de 50 (Iyda, 1993).

Essa característica organizacional não resultou em aumento ou garantia mínima de eficiência das ações realizadas e, ao contrário, comprometia o rendimento e eficácia possíveis de serem alcançados com os recursos disponíveis. Um exemplo típico era o do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), que chegou a ser o maior equipamento médico-hospitalar especializado nesta área no mundo, sem que houvesse correspondência no controle epidemiológico desta doença no Estado. Nesse mesmo período, o Estado de São Paulo concentrava o maior número de casos de hanseníase do país, e apresentava elevação das taxas de incidência e prevalência, em sentido inverso à tendência de estabilidade que então se observava na quase totalidade dos países latino-americanos (Nemes, 1989).

O Departamento que isoladamente possuia o maior número de unidades, alcançando um grau importante de extensão para o interior, era o Departamento Estadual da Criança (DEC). Embora as primeiras ações médico-sanitárias voltadas para a criança possam ser buscadas no início do século, no Serviço de Inspeção de Amas de Leite, a atuação do Estado na atenção à criança amplia-se de fato a partir da década de 40, com o surgimento do Departamento Nacional da Criança.

Em São Paulo, o DEC foi criado em 1944, aglutinando serviços já existentes de forma mais dispersa. Os primeiros Postos de Puericultura foram instalados pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), entidade civil mas que tinha em sua direção um representante do DEC e que desenvolvia um trabalho "integrado" com a estrutura estatal de saúde[14] (Iyda, 1993).

O investimento diferenciado por parte do governo em serviços de atenção materno-infantil era visível, tanto para a área hospitalar como para a de saúde

[14] Em 1941, a LBA-SP era presidida pela filha do interventor deste Estado, e recebeu a doação de dez milhões de cruzeiros para construção de 80 postos de puericultura (Iyda, 1993).

pública. Em 1955, havia no Estado 8 postos de puericultura na capital e 248 no interior; dez anos depois, este número havia se alterado para 128 postos na capital e 428 no interior, num total de 556 unidades.

O grau de autonomia atingido pelos diferentes Departamentos e Divisões faz com que o crescimento e aumento de abrangência de cada um resultasse na expansão de grande número de serviços públicos de saúde, no interior de estruturas verticais que multiplicam seus equipamentos de modo desordenado e competitivo, totalizando, em 1965, 1630 unidades sanitárias.

O Quadro III dá-nos uma idéia do número de serviços de assistência direta, chamando atenção o grande número de unidades locais que se concentram na Divisão de Saúde do Interior, com 516 PAMS e 116 Centros de Saúde, e no Departamento Estadual da Criança, com 528 Postos de Puericultura em todo o Estado, além dos Dispensários e vários Postos Volantes, vinculados a outros Serviços e Divisões. A localização geográfica destas unidades, assim como suas áreas de jurisdição, não obedeciam a nenhum critério técnico comum, conformando no Estado um mosaico de áreas de abrangência não coincidentes, onde contrastavam regiões com alta concentração de serviços com outras praticamente descobertas. As 20 Delegacias de Saúde estavam distribuídas entre a capital e 19 cidades do interior (Taubaté, Guaratingueta, Santos, Itapetininga, Santa Cruz do Rio Pardo, Presidente Prudente, Marília, Lins, São José do Rio Preto, Araraquara, Ribeirão Preto, Casa Branca, Campinas, São Carlos, Bauru, Botucatu, Sorocaba, Barretos e Rio Claro), e abrangiam os Centros de Saúde e PAMS de suas áreas, sem que houvesse vinculação técnica ou administrativa com os Postos de Puericultura, ou com os Dispensários de tuberculose, tracoma ou lepra, ou qualquer outra unidade que não pertencesse à Divisão do Interior (Lemos, 1967).

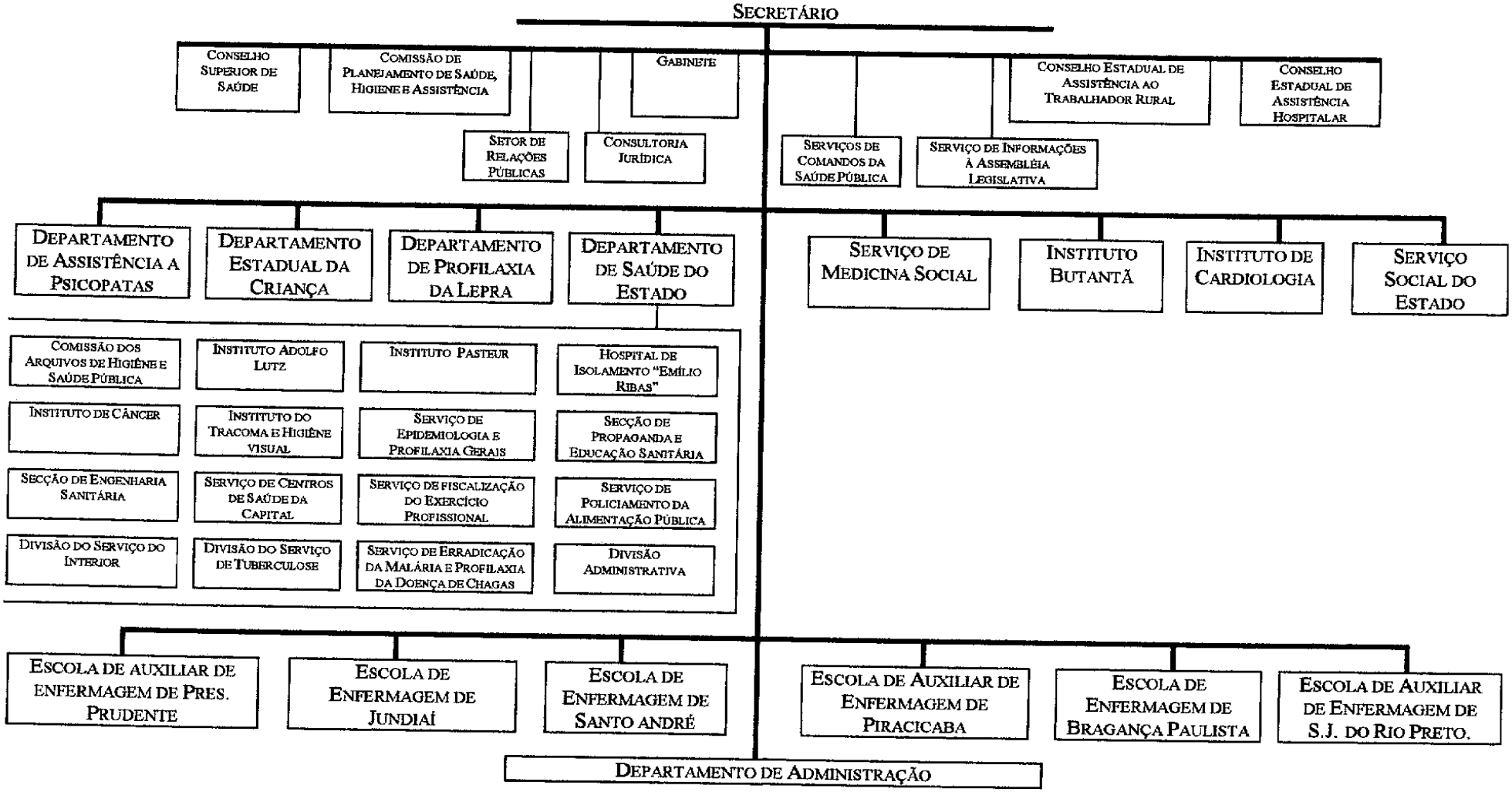
Na Tabela I estão representados os 454 postos de puericultura do interior, dos quais 26 são postos volantes, e mais 128 postos na capital, dando-nos uma idéia gráfica da

Tabela I - Total de equipamentos da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, segundo seus Departamentos com unidades distribuidas entre a capital e o interior, 1965.

UNIDADES DA S.S.P.A.S	CAPITAL	INTERIOR	TOTAL
DEPARTAMENTO DE SAÚDE			
Divisão do Interior			
Delegacias de saúde	1	19	20
Centros de saúde	11	105	116
P.A.M.S.	36	480	516
Centros de saúde da Capital			
Fixos	55	-	55
Volantes	2	-	2
Divisão de Tuberculose			
Dispensários	18	51	69
Hospitais	1	8	9
Unidades volantes	3	8	11
Inst. de Tracoma e Higiene Visual			
Dispensários	9	30	39
Postos	-	36	36
Inst. Adolpho Lutz			
Lab. Regionais	1	7	8
Lab. Distritais	-	9	9
Serv. de Irradiação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas			
Sede	-	8	8
Setores	-	19	19
Inst. Pasteur	1	-	1
Inst. de Cardiologia	1	-	1
Hospital de Isolamento "Emílio Ribas"	1	-	1
Serviço de Policiamento de Alimentação Pública	1	-	1
Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1	-	1
Seção de Engenharia Sanitária	1	-	1
Seção Técnica de Propaganda e Educação Sanitária	1	-	1
Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais	1	-	1
Divisão Administrativa	1	-	1
DEPARTAMENTO DE PROFILAXIA DA LEPRA			
Delegacias	1	14	15
Dispensários	15	51	66
Sanatórios	2	3	5
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA A PSICOPATAS			
Dispensários	2	-	2
Hospitais	4	-	6
HOSPITAIS - SERVIÇO DE MEDICINA SOCIAL	1	7	8
DEPARTAMENTO ESTADUAL DA CRIANÇA			
Serv. Obstetrícia Domiciliar	13	3	16
Postos de Puericultura	129	427	556
Postos Volantes	7	19	26
Hospitais	1	-	1
Instituto de Puericultura	1	-	1
HOSPITAL DO INST. BUTANTÃ	1	-	1
INSPETORIA DE RAIO -X E SUBSTÂNCIA RADIOATIVA	1	-	1
TOTAL	324	1306	1630

Fonte: Lemos, M. M., 1967 (resumido).

ORGANOGRAMA Nº 06 - ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA - 1961

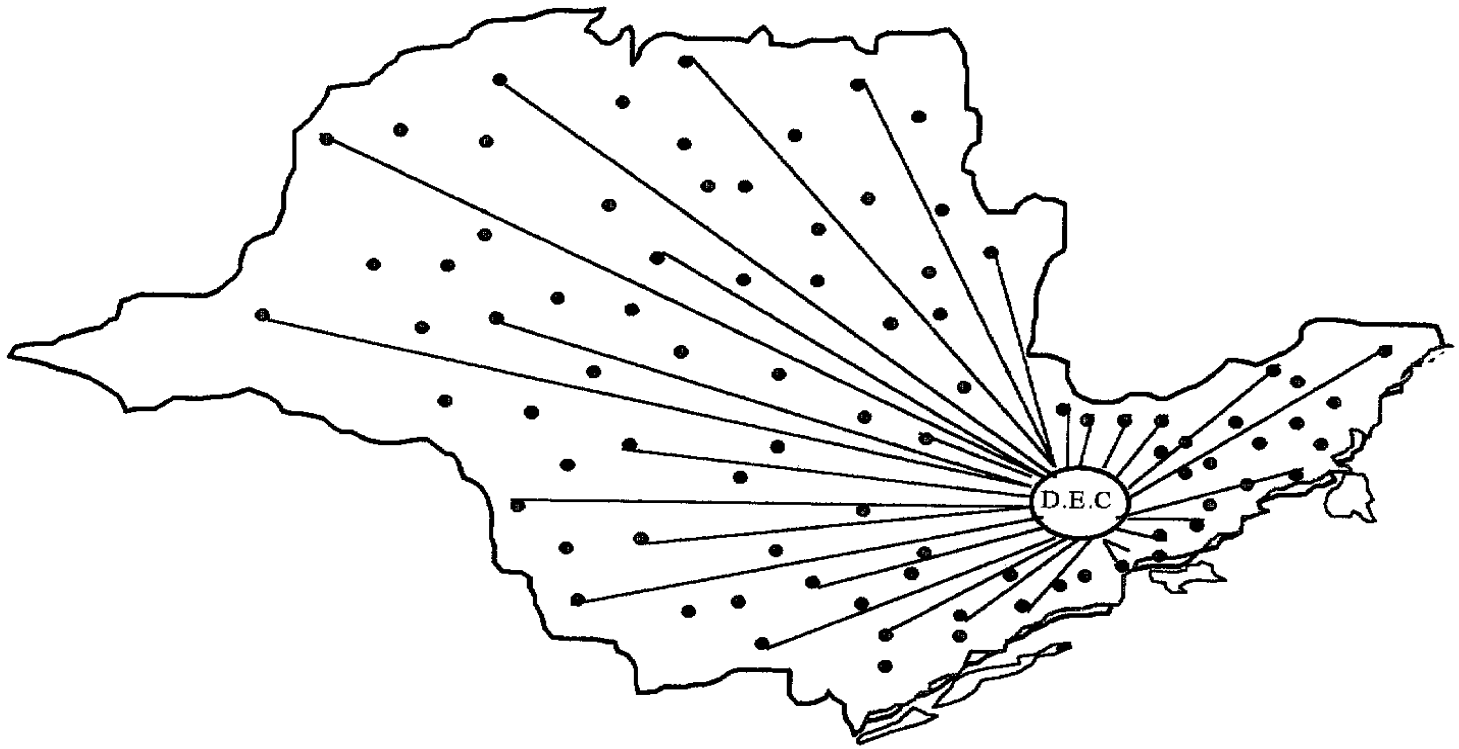


penetração deste Departamento em todo o Estado. Ainda que com uma penetração geográfica tão expressiva, as condições materiais do equipamento sanitário eram precárias. As 1630 unidades de saúde do Estado eram em sua maioria prédios de aluguel de baixa funcionalidade para os fins propostos e encontravam-se em péssimas condições de conservação, havia falta de médicos e de pessoal auxiliar, falta de equipamentos e de medicamentos. Dos 128 postos de puericultura do DEC na capital, apenas 1 funcionava em prédio próprio. Havia ações de despejo contra 206 unidades sanitárias, almoxarifados ou dependências administrativas, desencadeadas pelas reiteradas negativas do Estado em reajustar os aluguéis em cumprimento à Lei do Inquilinato. Era crescente o número de unidades de saúde desalojadas, como o Centro de Saúde de Pinheiros que chegou a ser despejado e teve seu material armazenado no Instituto Butantã (Lemos, 1967).

Além disso, o modo como se dava a organização das ações de saúde do Estado, com áreas especializadas e autonomizadas, levava a um processo extensão fragmentária. Os postos de puericultura prestavam assistência à maternidade e à infância, os centros de saúde atendiam clínica geral, com predominância de adultos, e os dispensários faziam o controle especializado de algumas doenças endêmicas, como lepra, tuberculose, tracoma, e malária. Mesmo quando estas ações ocorriam num mesmo espaço físico, numa unidade "polivalente", "...(funcionavam) como organismos estanques e desarticulados, subordinando-se, cada um, aos respectivos órgãos centrais específicos. Sem a integração técnica e administrativa dêsses órgãos locais de saúde, **sob comando único**, pouco significa a coexistência física debaixo do mesmo teto." (Lemos, 1967, p.38, com grifos no original).

A falta de integração transparecia em diferentes níveis de organização do trabalho. As ações de saúde realizadas tinham sua eficácia potencial diminuída pela falta de uma coordenação técnica integrada, o que fica evidente no caso de uma ação de controle já naquele período tão clássica para o Estado como a vacinação. Esta atividade era

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
POSTOS DE PUERICULTURA EXISTENTES EM 1965[1]



[1] a) 703 Postos de Puericultura; b) Controle totalmente centralizado na Capital, onde funcionam 4 almoxarifados, os únicos que existem para abastecimento de todo o Estado

executada por diversos serviços da Secretaria: pela Seção de Epidemiologia e Profilaxias Gerais, pelas unidades do Serviço de Centros de Saúde da Capital e da Divisão do Serviço do Interior e pelos Postos de Puericultura do Departamento Estadual da Criança. Cada um destes organismos comprava, distribuia e aplicava vacinas de acordo com suas próprias estimativas, de bases técnicas nem sempre precisas, e sem nenhuma forma de integração ou planejamento conjunto. Como resultado exemplar deste processo, "*...em 1963, o Instituto Butantã ofereceu pela imprensa e distribuiu a entidades particulares, mais de um milhão de doses de vacinas antitetânica para evitar que se perdessem pelo esgotamento de seu prazo de validade e em face do desinterêsse da Secretaria de Saúde em utilizá-la. Entretanto,...naquele mesmo ano, ocorreram cêrca de 1.500 óbitos motivados pelo tétano, dos quais aproximadamente 70% foram de crianças com menos de 1 ano de idade.*" (Lemos, 1967, p.44).

Mesmo ao nível da organização interna de cada unidade transparecia a ausência de integração e o comprometimento das ações desenvolvidas. Pitoresco, mas também ilustrativo quanto à ausência de uma ação gerencial, um "*comando único*" no interior das unidades polivalentes, é um episódio relatado por Mário Lemos. Em 1965, em visita à uma unidade integrada no Bairro do Jabaquara, em São Paulo, constatou que as dependências da unidade não estavam sendo limpas adequadamente. O motivo desta situação era o fato da única servente contratada pelo Centro de Saúde estar em férias, sendo que as demais, contratadas pelos dispensários de Lepra e Tuberculose que funcionavam em salas do mesmo prédio, limitavam-se a cuidar da limpeza de suas respectivas salas. Entre outros aspectos que poderiam ser destacados de um episódio como este, Lemos assinala o fato de que, de acordo com o modelo organizacional vigente, as serventes presentes na unidade não tinham obrigação legal em executar o trabalho de limpeza no restante das dependências da unidade (Lemos, 1967).

Nesse contexto, não podemos falar em coordenação e gerenciamento das unidades sanitárias, ainda que possivelmente houvessem inúmeras "micro"

gerências autonomizadas por área de especialidade, que tinham como referência a administração central de sua própria área, sem que em nenhum dos níveis, nem local nem central, se desse uma integração efetiva. O que então se concretizava nas unidades de prestação de serviços era de um conjunto desarticulado de ações, amparado por uma máquina administrativa que permitia o crescimento ano a ano de um conjunto de equipamentos públicos sem nenhuma projeção de resultados positivos ao nível da saúde do coletivo.

Nas palavras de Mário Lemos, Secretário da Pasta da Saúde por 7 meses entre 1966 e 1967: *"Desde as suas origens em 1947,..., a situação da Pasta agravou-se progressivamente: ampliaram-se seus males congênitos, em virtude da expansão desordenada dos serviços sem o reajuste simultâneo de sua estrutura e o entrosamento desejável entre os vários setores. E, assim, a Pasta da Saúde, loteada entre políticos e administradores, converteu-se, hoje (em 1967), em verdadeiro mosaico de pequenas Secretarias, constituídas de orgãos tècnicamente autônomos, com seus próprios mecanismos administrativos, de abastecimento, transportes, verbas, linhas de comunicação etc., cônscios de sua autosuficiência, contra qualquer propósito de integração, mesmo que venha suavizar, ou corrigir, o desacêrto administrativo do conjunto."* (Lemos, 1967, p.36).

Neste contexto, o avanço institucional de propostas de integração e regionalização de serviços era invibializado pela centralização e autonomia dos orgãos verticais. Para reorganizar a Secretaria como um organismo único de prestação de serviços, a incorporação de concepções administrativas de inspiração fayolista, como a unidade de direção (*"um só chefe, um só programa"*) e a unidade de comando (*"um agente não deve receber ordens senão de um só chefe"*), ou ainda, a hierarquização piramidal com correspondência proporcional entre os graus de responsabilidade e poder, representavam idéias que se contrapunham a práticas organizacionais que privilegiavam a centralização e o clientelismo políticos. Constituíam-se assim em propostas de

'modernização' administrativa da estrutura pública de saúde, que seriam sintetizadas pela idéia de centralização normativa (um só programa) e descentralização executiva (coordenada por uma hierarquia de base técnico-administrativa) no momento seguinte, sob a administração de Walter Leser.

Os defensores da modernização apostavam na integração global da estrutura a partir da definição de normas comuns tanto para os trâmites administrativos como, principalmente, para a organização das ações fim, ao que se nominava de centralização normativa. Para garantir-se o cumprimento das normas ao nível local, para coordenar o conjunto de ações desenvolvidas, de forma que um mesmo projeto técnico fosse viabilizado na prestação de serviços nas diferentes unidades, representando o "*comando único*" assinalado por Lemos, é que passa a constituir-se um espaço local de gerenciamento, cujos agentes técnicos seriam os médicos sanitaristas.

Dentro da estrutura fragmentária, até então prevalente, a função de gerência local era praticamente inexistente. As ações desenvolvidas pelos sanitaristas tendiam a ter um conteúdo técnico especializado, como nas áreas de tisioligia ou hansenologia, ou a ter um conteúdo eminentemente clínico nas unidades menores do interior, ficando por vezes o lado "sanitário" das ações estritamente vinculado ao saneamento do meio através da supervisão do trabalho dos guardas sanitários. transformando-o num técnico polivalente que respondia administrativamente pela unidade e que tinha como atividade principal ações de assistência médica. As transformações propostas apontavam para a necessidade de uma gerência que fizesse de fato "*o comando único*", enquanto um executor, um operacionalizador, de políticas de saúde.

Neste espírito, é que no período que se segue, os primeiros anos após o golpe militar serão anos de reformas que procuram "sanear" a estrutura e dar-lhe organicidade, promovendo uma reforma completa na organização e prevendo um novo gerente como um agente privilegiado em sua implantação.

2.3 - A Reforma de 1969 e a emergência da gerência local nos serviços públicos de atenção primária

O crescimento da importância do Estado como produtor de bens e serviços, e de catalizador de recursos para a industrialização e urbanização, reforçam a necessidade de "modernização" da estrutura administrativa. Particularmente num período de centralização política, onde as medidas de controle social para a manutenção de uma estrutura de poder ditatorial se tornam uma prioridade.

A reforma administrativa realizada em São Paulo, em 1969 se dá num período de fechamento político, em que a própria Assembléia Legislativa encontrava-se desativada. Consoante com o movimento de centralização política daquele momento, desde de 1967, vinha sendo promovida uma ampla reforma administrativa no serviço público estadual.

A Secretaria de Estado da Saúde (SES), a partir de um grupo de trabalho formado por sanitaristas dessa Secretaria e da Faculdade de Saúde Pública, definiu quatro grandes áreas de trabalho que passariam a compor sua estrutura, quais sejam: a *área deliberativa*, responsável por *"imprimir à organização a política de saúde do governo"*, composta pelo Secretário de Estado, pelo Conselho Estadual de Saúde e pelo Conselho Técnico Administrativo; *a área executiva*, com *"funções de sub-secretariado"*, composta por quatro Coordenadorias formadas por órgãos de atuação homogênea nas áreas de saúde da comunidade, assistência médico-hospitalar, saúde mental e serviços técnicos especializados; a *área assistencial assessora, "na qual se enquadram as atividades de informação e análise, planejamento, normas técnicas e assessoramento, contribuindo para que as decisões de alto nível sejam traduzidas em medidas técnico administrativas de execução;* e a *área assistencial auxiliar*, responsável pelo conjunto das atividades meio *"necessárias à execução das atividades fim da organização"*. (SES, 1971, p.I).

Estas áreas deveriam adotar para sua estruturação as seguintes diretrizes:

a) **integração de serviços em nível local**, baseada na eleição dos *Centros de Saúde* como unidades polivalentes responsáveis pelos problemas de saúde pública, com ação ativa na comunidade através do trabalho de visitadoras e auxiliares de saneamento, *sob comando único*, preferencialmente de um *médico sanitarista* de carreira, com regime de trabalho em tempo integral e com dedicação exclusiva;

b) **descentralização executiva em nível regional**, com a organização de órgãos regionais, articulados mais diretamente às unidades de *prestação direta de serviços* à população, sendo responsável por prover as unidades locais dos recursos necessários à execução de seu trabalho, assim como de lhes dar *supervisão e orientação técnica*, para o que deveriam contar com órgãos "*sub regionais*", os *Distritos Sanitários*, formados por *equipes de profissionais de saúde pública*, responsáveis diretas pela supervisão técnica das unidades;

c) **centralização normativa**, com o objetivo de garantir "*uniformidade e boa qualidade técnica dos serviços prestados*" , ao lado de permitir a elaboração de instrumentos de "*avaliação de resultados e efetiva supervisão técnica*". Essa uniformização deveria permitir adaptações às diferentes realidades locais, garantindo-se uma constante adequação das normas através da participação direta dos agentes locais nas avaliações;

d) **sistemas de informação entre as unidades locais e o Departamento Técnico Normativo (DTN)**, a normatização técnica exigiria fluxos de informação ascendentes e descendentes que permitissem orientações e informações rápidas de modo a municiar os órgãos centrais e locais com elementos técnicos, respeitando-se *"a subordinação hierárquica da linha de autoridade que não admite comando duplo,(...) (sendo que) a competência decisória é privativa da linha de mando.";*

e) **supervisão permanente e contínua**, como requisito básico necessário ao *cumprimento das normas*, tanto no sentido de esclarecê-las e prover as unidades dos recursos necessários à sua execução, como no de *avaliar sua execução e resultados;*

f) **criação de carreiras de saúde pública**, como única alternativa de contar com profissionais especializados nesse campo, cuja estabilidade e continuidade do trabalho exigiria salários compatíveis com as exigências de trabalho em tempo integral, com dedicação exclusiva, e esforços continuados de atualização técnica;

g) **formação e adestramento de pessoal**, como necessidade básica para a implantação da reforma, dado o elevado *grau de exigência técnica que o desenvolvimento tecnológico impõe à prestação de serviços de saúde;*

h) **saneamento ambiental**, assinalando-se a necessidade de promover capacitação técnica e integração regional para seu adequado desenvolvimento (SES, 1971).

A reforma proposta contemplava diferentes aspectos gerenciais: *relações de poder*, através do estabelecimento de linhas hierárquicas de mando e reafirmação do princípio de comando único para as unidades locais; *fluxos de interação técnico-administrativa*, entre os órgãos centrais, de caráter normativo, e os locais, com função executiva, explicitamente *subordinados* aos fóruns de decisão político-administrativa; *formação profissional, regime de trabalho, remuneração salarial, como instrumentos* necessários à *viabilização ténica* da proposta; e, principalmente, *descentralizava a organização das ações de assistência direta* atribuindo, às unidades regionais e subregionais a competência pela garantia desta execução e pelo seu padrão técnico, desde que *subordinados* às *normas institucionais*.

É proposto um gerenciamento articulado às práticas assistenciais e *responsável* por elas, à medida que tem como função *supervisionar seu conteúdo técnico* e garantir o *provimento de condições materiais e humanas* para sua efetivação.

Enquanto proposição gerencial, mesmo ainda sem o detalhamento de seu projeto técnico, prevê integração entre a base organizacional e o conteúdo das ações, e regionaliza o poder das decisões técnico-administrativas. Viabilizar a articulação proposta, requer a existência de um projeto técnico explícito e com adesão institucional de seus agentes.

O Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968, dispõe medidas sobre a Reforma Administrativa, estabelecendo a distribuição de atividades a ser executada nos diferentes níveis, a partir da regionalização:

a) **em nível central:** "*administração*", ou seja, "*coordenação, planejamento, controle de resultados e supervisão administrativa*"; e "*transmissão de normas técnicas*";

b) **em nível regional:** "*administração*", que representa "*coordenação , planejamento regional, supervisão de programas, controle de resultados , execução orçamentária e supervisão administrativa; aplicação e supervisão de normas técnicas emanadas dos orgãos normativos centrais; e execução de atividades-fins*", especificadas como sendo: fiscalização do exercício profissional e de estabelecimentos de saúde pública, fiscalização do comércio de medicamentos, drogas, e produtos afins usados em emdicina e odontologia; controle do uso e do comércio de substâncias que produzem dependência; controle do uso de radiações ionizantes;

c) **em nível local:** neste nível estabeleciam-se atividades qualificadas entre mínimas e máximas, na dependência do tpo de unidade local. As atividades mínimas compreendiam: "*imunizações e, eventualmente, quimioprofilaxia; saneamento do meio; visitação sanitária; assistência médico-sanitária intermitente.* Um programa completamente desenvolvido, corresponderia às atividades mínimas, acrescidas de: "*controle de doenças transmissíveis; higiene materna e da criança; assistência médico-sanitária especializada; contole de tuberculose e hanseníase, odontologia sanitária; nutrição; epidemiologia e estatística; enfermagem; educação sanitária; laboratório e*

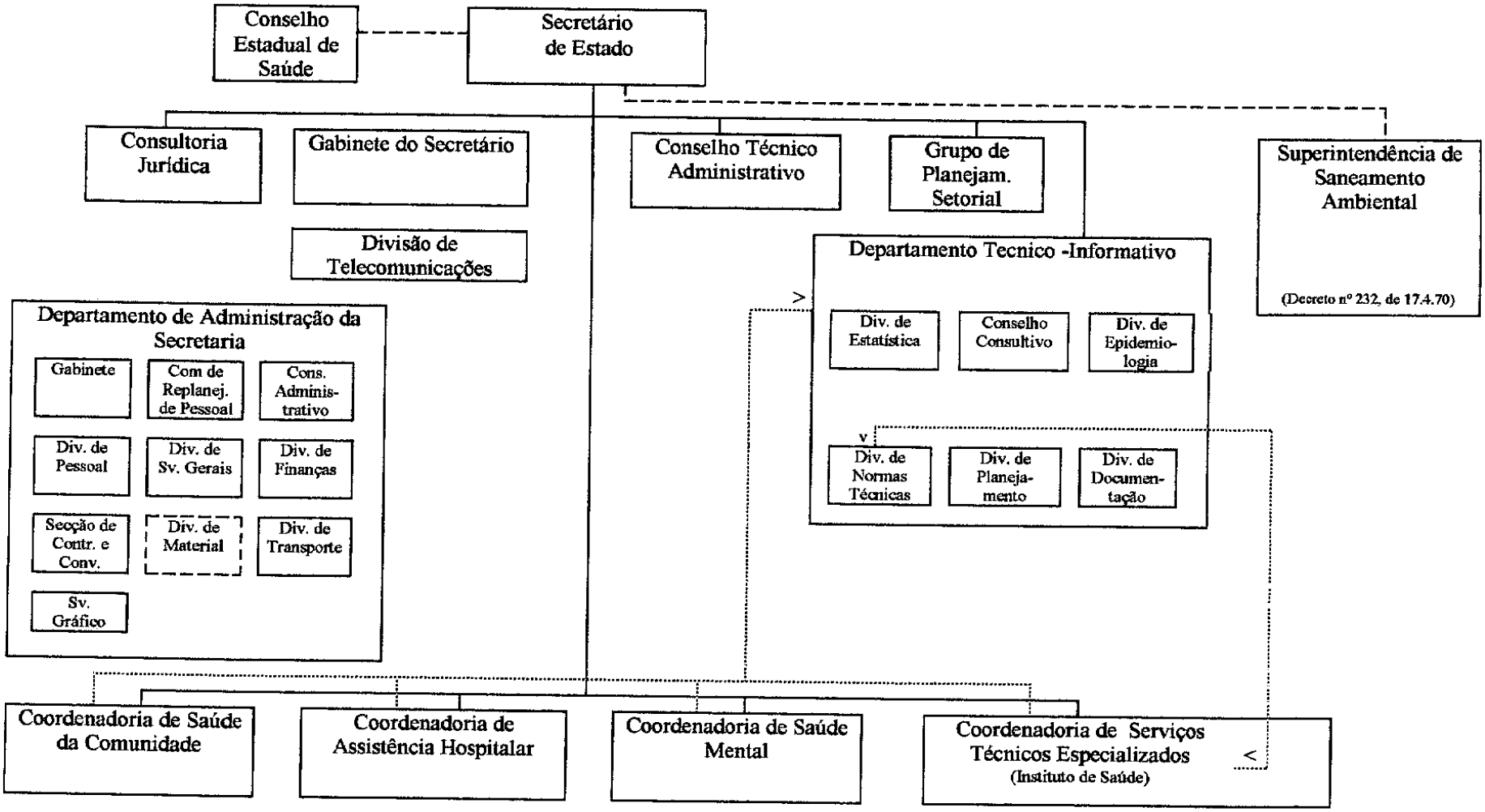
administração." Previa-se entre esses dois padrões, dois níveis intermediários de atividades.

A *execução* de atividades estaria a cargo das Divisões Regionais de Saúde (D.R.S.), com responsabilidade de direção executiva, orçamentária e de planejamento; dos Distrtos Sanitários (D.S.), enquanto unidades de comando sub-regional; e das unidades locais, composto pelo conjunto de unidades sanitárias ou agentes credenciados. A antiga estrutura, seria absorvida pela nova através de uma realocação de responsabilidades entre os níveis executivos, conforme previsto no novo modelo, da seguinte maneira: a) em nível regional - as funções das Delegacias de Saúde, dos dispensários e ambulatórios de tuberculose, das inspetorias regionais, dispensários e postos de hanseníase, dos núcleos de fiscalização do exercício profissional, das unidades regionais de inspetoria dos serviços de Raio-X e de substâncias radioativas; b) em nível local - os centros de saúde, sub-centros de saúde, postos de assistência médico-sanitária, os postos de puericultura, as unidades do Serviço de Obstétrico Domiciliar, dispensários e postos de Tracoma e Higiene Visual, os serviços de laboratórios, que seriam integrados às unidades sanitárias, e outras unidades de prestação direta de serviços.

Assim como para os níveis executivos, fez-se um plano de absorção de toda antiga estrutura pela nova organização que a Secretaria procurava atingir. A nova estrutura, aprovada pelo Decreto no. 52.182, de 16 de julho de 1969, pode ser observada conforme mostra o organograma nº 7.

As resistências ao processo de reformulação estrutural não foram poucas, e no quadriênio 1967 - 1971, e no seguinte, 1971 - 1975, apesar da disponibilidade de instrumentos legais, e das diretrizes e normas organizacionais estabelecidas, não se conseguiu alterar substantivamente a estrutura anterior. Será apenas na gestão iniciada em 1976, quando Walter Leser reassume a direção da SES, é que as reformas previstas serão implantadas.

ORGANOGRAMA Nº 07 - GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (CONFORME DECRETO Nº 52.182, DE 16.07.1969)



Fonte: SES, Reforma Administrativa Textos Legais e Regulamentares, São Paulo, 1971.

A partir de 1976, a SES estabelece um conjunto de estratégias com o intuíto de efetivar um projeto técnico-administrativo que se estabelecia em torno do seguinte ideário: extensão de cobertura do atendimento médico, implantação de medidas de impacto populacional no controle de doenças, valorização do setor público e do sub-setor da Saúde Pública, racionalização administrativa e planejamento em saúde (Nemes Filho, 1992).

A carreira de médico sanitarista, criada em 1969, sofreu neste período uma grande revitalização, dada a importância que este agente assume para o projeto. Assim, a partir de 1976, tomaram-se algumas medidas importantes: foi acelerado o recrutamento e ingresso desses profissionais na SES, através da abertura de concursos de ingresso e acesso a outros níveis da carreira de médicos sanitaristas; investiu-se na formação de novos quadros, através da criação do curso "curto" de especialização em Saúde Pública, que viabilizava a formação de um número maior de médicos sanitaristas em menor espaço de tempo e com mercado de trabalho praticamente garantido.

Como parte integrante deste projeto, havia a proposta de "programação local", enquanto um modelo tecnológico de organização do trabalho que procurava promover a integração de ações médico-sanitárias, e que tenta ser implantada na rede de Centros de Saúde do Estado entre 1975 e 1978. A implantação desse modelo, enquanto um projeto técnico capaz de promover a integração, exigiu a presença de um agente, especialmente formado para dirigí-lo: o médico sanitarista. Elegeu-se assim a *gerência* como um elemento especialmente estratégico para viabilizar sua implantação.

Nesse projeto de organização do trabalho, privilegiava-se a redefinição das ações realizadas nos Centros de Saúde através da implantação de programas dirigidos a doenças e grupos populacionais específicos, a introdução da assistência médica, tanto como instrumento programático, como para o atendimento da demanda espontânea. Com esta finalidade, e procurando garantir que o projeto fosse implantado de modo extensivo em toda a rede básica do Estado, é que os médicos sanitaristas

assumem a gerência das unidades locais e dos Distritos de Saúde. No exercício da gerência destes postos chaves, os sanitaristas deveriam garantir a unificação e integração das ações de saúde sob a coordenação de um mesmo projeto técnico (Sá, 1978; Nemes, 1989).

Algumas características da carreira do médico sanitarista procuravam dar-lhe o maior grau possível de isenção técnica com relação às previsíveis flutuações das políticas de governo, ao mesmo tempo que requeriam deste agente um elevado compromisso técnico-político com o projeto de saúde pública que a SES procurava implantar. Assim é que os cargos de direção dos Centros de Saúde e dos Distritos tinham provimento por concurso público, eram privativos dos médicos sanitaristas, e exigiam que estes exercessem sua função em período integral com dedicação exclusiva. Também como forma de viabilizar a missão institucional deste novo gerente foram criadas as chefias administrativas, a quem o sanitarista podia delegar muitas das atividades administrativas antes centralizadas (Nemes, 1989).

Conformavam-se então, condições administrativas que viabilizavam a implantação de um projeto de atenção à saúde. Não só se estabeleciam novos instrumentos que permitiam mudanças estruturais na organização, procurando livrá-la de velhos "vícios" da administração pública, como, principalmente, dava-se a esses instrumentos um sentido claro de "atividades-meio", ou seja, de medidas, estratégicamente formuladas, necessárias a alterações nas "atividades-fim" de assistência à saúde.

O conteúdo técnico-político da gerência em saúde, e o equilíbrio "vital" desses dois polos, fica neste momento bem caracterizado.

No pólo técnico, destacam-se como os principais *instrumentos de gerência* para organização do trabalho: o estabelecimento em todas as unidades do Fichário Central, como forma de instituir no CS uma padronização de triagem, matrícula, inscrição e agendamento para todos os clientes; a implantação do Atendimento de

Enfermagem (AE), da Pré e da Pós-Consulta; o estabelecimento de rotinas padronizadas para os Programas e Sub-Programas, que tinham como atividades principais, com diferentes conteúdos específicos, o atendimento médico individual, a vacinação, a visita domiciliar, a convocação de faltosos e a realização de exames laboratoriais de rotina; a implantação imediata do atendimento aos Sub-Programas de Hanseníase e Tuberculose, já realizados pela rede pública mas, até então, apenas nos serviços especiais; a instituição da Suplementação Alimentar para todas as crianças lactentes matriculadas; a implantação do atendimento eventual, para atendimento não agendado dos indivíduos "manifestamente doentes"; a abertura da unidade para atendimento de pacientes "fora da área" geográfica de cobertura, sempre que demandado; a universalização do atendimento, que antes privilegiava os não previdenciários; a previsão de momentos periódicos de avaliação de cada programa; a implantação de planilhas de produção e de instrumentos para um fluxo ágil, entre o nível local e os níveis centrais, de informações e ações de vigilância epidemiológica (Nemes, 1989).

No pólo político, podemos dizer que a gerência realizada pelos médicos sanitaristas neste período, apoiava-se na construção de sua identidade política em torno de três eixos básicos: a manutenção de um vínculo estreito e articulado com o Estado, "*através de uma específica inserção no interior da máquina administrativa, ocupando postos chaves da burocracia estatal, na gerência direta da política de saúde*"; a constituição desse movimento de saúde como um movimento social integrante da luta democrática do país; e a manutenção de um intenso vínculo com os movimentos populares de saúde e com a organização política dos trabalhadores da saúde (Nemes Filho, 1992, p.31).

Até os primeiros anos da década de 80, este *gerente* acumulava algumas das condições técnicas, institucionais e políticas, necessárias para a implantação do novo modelo de práticas. Essas condições podem ser sintetizadas pelas seguintes características da gerência naquele período:

a) gerentes e instituição alinham-se com um mesmo projeto técnico-político, o projeto de saúde simbolizado pela programação unifica as necessidades da rede pública, definidas pela técno-burocracia estatal, com o ideário da categoria de médicos sanitaristas;

b) a gerência tem, na programação, um projeto técnico que traduz a vontade política, da SES e de seus agentes institucionais, em medidas operacionais para a organização do trabalho;

c) como gerente, trabalhador intelectual e sujeito político, o médico sanitarista possui, no momento da implantação, não só respaldo institucional para suas ações e tomadas de decisão no nível local e regional, como também, dos trabalhadores e dos movimentos populares da saúde.

De acordo com os aspectos apontados, os médicos sanitaristas podem ser caracterizados como os *primeiros gerentes* de um modelo de *práticas de integração médico-sanitária* na história da organização dos serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo.

No entanto, este projeto não conseguiu implantar-se completamente, ainda que tenha modificado em muito o perfil de atividades desenvolvidas nos centros de saúde. Sendo que dez anos após o início desse movimento, em 1987, foi extinta na SES de São Paulo a carreira dos médicos sanitaristas. Sem pretender propor aqui uma análise explicativa quanto às razões que definiram este quadro, gostaríamos de levantar algumas questões para debate, particularmente no que diz respeito aos aspectos que até aqui vimos caracterizando como gerenciais.

Ao articular intervenções que traduzem dimensões distintas do processo saúde-doença, ou seja, que realizam leituras diferentes sobre a ocorrência deste processo na realidade, a programação oferecia às práticas de saúde um objeto de construção ambivalente: *individual*, porque a ele se aplicam medidas de eficácia demonstrável a este nível, e *coletivo*, porque prioriza e define as ações a serem

desenvolvidas de acordo com o impacto epidemiológico esperado para a população. Esta particular tradução da interligação entre as dimensões coletivas e individuais, traz consigo, conforme previsto na programação, a definição de uma ordem interna de subordinação do individual ao coletivo. Como fruto desta articulação, esperava-se obter resultados qualitativamente distintos, no sentido de técnicamente mais eficazes, daqueles que se poderia esperar do exercício separado de práticas baseadas em cada uma dessas dimensões.

Entretanto, esta subordinação introduz nos serviços um verdadeiro "conflito de jurisdição" entre dois conjuntos distintos de saberes e práticas, que se confrontam agora num mesmo espaço institucional e que tem como proposta a subordinação da prática médica a concepções epidemiológicas, invertendo a relação de poder que até aqui vinha sendo, social e institucionalmente, construída. O que acaba por caracterizar este movimento, não só política como técnicamente, como contra-hegemônico e, neste sentido, sujeito a múltiplas pressões.

Passado o período inicial de implantação, ocorrido entre 75 e 82 aproximadamente, tinha-se como parte dos resultados alcançados uma modificação no perfil de atendimentos médicos, que agora passava a incluir doentes, principalmente crianças e adultos não integrados ao processo produtivo; a implantação de algumas atividades programáticas, especialmente aquelas que tinham uma maior tradição de tratamento pela rede pública, como hanseníase e tuberculose; e um quadro ampliado do número de unidades de saúde e do total de técnicos, incluindo médicos, médicos sanitaristas, enfermeiros, e pessoal de enfermagem entre outros.

Além de no período ter havido uma modernização da estrutura organizacional da SES, atingiu-se um dos objetivos postos como estratégicos: a introdução da assistência médica na rede pública de "atenção primária". No entanto, o conteúdo central da proposta e que lhe dava um sentido tecnológico distinto daquele representado pela extensão da assistência médica, tal como o seria em qualquer posto

de assistência médica do antigo INAMPS, não conseguiu ser implantado, qual seja, a integração técnica entre ações de assistência médica e ações de saúde pública e que lhes daria um novo sentido tecnológico.

Se fizermos um corte para a segunda metade dos anos 80, observaremos que os antigos programas, transformaram-se de um conjunto de normas técnicas com o bojetivo de integrar as diferentes dimensões assistidas por uma equipe de saúde, em amarras burocráticas, impedimentos formais para uma assistência de melhor qualidade. Os meios tornaram-se fins, esvaziando-se seu conteúdo original. Extensivamente implantada na rede pública do Estado de São Paulo, o atendimento médico trouxe consigo o modelo da "consultação", como principal modelo operativo (Schraiber, 1993a).

A *gerência* passa a se envolver com problemas próprios ao *controle* da organização de serviços de assistência médica: garantir não só a presença do médico, mas o número mínimo de consultas que deve realizar, a manutenção da retaguarda laboratorial e de outros serviços de auxílio diagnóstico e terapêutico, garantir a retaguarda de um ambulatório de especialidades e de um hospital, montar com os outros serviços um sistema de referência e contra-referência, ter um sistema para remoção de urgências e outros.

As, agora chamadas, Unidades Básicas de Saúde, tornaram-se portas de entrada de um sistema de assistência médica, se possível, regionalizado e hierarquizado, por referência ao grau de complexidade dos instrumentos e equipamentos necessários aos atos médicos realizados em cada nível.

O projeto técnico foi alterado, tornando os instrumentos do projeto anterior inadequados para este novo modelo de práticas. A gerência necessária, também é outra, uma vez que se secundarizou seu conteúdo sanitário e se abandonou a perspectiva integradora, mantendo-se explicitamente a dicotomia que antes se queria superar.

Ilustrativo da progressiva substituição de um projeto técnico por outro são as representações sobre a atividade gerencial expressas pelos médicos sanitaristas entrevistados em 1986 para a pesquisa de campo do trabalho de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. Este autor introduz a questão gerencial caracterizando seu conteúdo básico "*o médico sanitarista ocupa o vértice de um sistema hierarquizado de controle sobre o processo de trabalho que, em tese, corresponde à sua competência em compatibizar meios e fins na execução da atividade global do Centro de Saúde*", tem como pessoal subordinado na unidade três grupos básicos: o pessoal que tem funções administrativas e de manutenção da infra estrutura, a enfermagem e os médicos e outros universitários. No entanto, ao descrever suas atividades, os próprios médicos sanitaristas referem-se quase que exclusivamente ao controle e supervisão do pessoal da enfermagem. Quanto aos médicos, o "controle" restringe-se a um acordo negociado ("uma cobrança informal") onde se barganha pontualidade e um número mínimo de consultas por "autonomia técnica", tendo para isso, como instrumento de pressão, o Boletim de Produção. O exercício da gerência resume-se neste caso a uma negociação, onde o "gerente" encontra-se evidentemente numa posição de fraqueza política e institucional em relação aos médicos, e onde a exigência máxima reflete o que a instituição deseja preservar: o número de consultas. Os entrevistados são unânimes em negar qualquer interferência no conteúdo "técnico" do trabalho, e vêem os instrumentos disponíveis como ilegítimos, indesejáveis, e fundamentalmente como instrumentos que ferem a autonomia do trabalho médico (Mendes-Gonçalves, 1994).

De um lado, o projeto institucional que os médicos sanitaristas estavam executando na sua atividade gerencial, era o de garantir a produção de consultas médicas pela rede pública. De outro, lhes faltava uma identidade técnica no exercício de sua própria função, que assim se torna "frágil", dependente e subordinada à atividade principal que é desempenhada pelos médicos.

Este esvaziamento técnico, em parte é compensado pelo investimento na ampliação de dispositivos gerenciais de participação para trabalhadores e usuários, que trará algumas conquistas importantes na formulação e implantação de projetos de gerenciamento democrático dos serviços no período seguinte, mas que pouco avança para a elaboração de novos projetos técnicos. Alternativas de formulação de projetos técnicos-políticos de conteúdo médico sanitário voltarão a se estruturar, ainda que de modo muito hetereogêneo, com o processo de municipalização na década de 90.

Na transição de um para outro projeto institucional, os médicos sanitaristas foram perdendo sua força de intervenção no interior da SES, ou seja, deixaram de ter identidade técnico-política com o projeto institucional. Por outro lado, a categoria deixou de ter um projeto "próprio", tanto no sentido de ter uma proposta para a política institucional que unificasse a categoria em torno de um ideário comum, e que ao mesmo tempo refletisse sua proposta política mais geral, como no sentido de poder apresentar um projeto técnico de conteúdo sanitário que se colocasse como alternativa ao projeto institucional.

No início da década de 80 a reconhecida falência do Sistema Previdenciário, colocava a necessidade de integração dos recursos disponíveis para cobrir a demanda por assistência médica. Conforme previsto pelo CONASP e implementado num primeiro momento pelas AIS (Ações Integradas de Saúde), as unidades básicas passam gradativamente a serem "integradas" ao sistema de assistência médica do Estado, passando a estar sob a pressão direta da demanda por atendimento médico.

Os gerentes buscam encontrar alternativas neste contexto apoiando-se na defesa de um projeto público de saúde, que encontra respaldo político em alguns setores, mas que os coloca numa rota de confrontos sucessivos com grupos que têm interesses corporativos e ou econômicos distintos. No entanto, não há mais um projeto

técnico claro e unificador, e o projeto anterior não responde mais às necessidades de saúde redefinidas neste novo cenário.

Nestes dez anos, modificou-se o contexto político institucional, dentro de um processo de abertura política do país e de formulação de uma nova Constituição, avançando-se no processo de descentralização que passa a responsabilidade sobre as ações de saúde para a gestão municipal, o que se consolidará no momento seguinte com a aprovação do SUS.

O médico sanitarista daquele período foi um recurso humano especialmente formado para implantar um projeto de integração médico- sanitária, e para isso , como já dissemos, contou com apoio institucional. No momento seguinte, ainda que, enquanto sujeito social se mantivesse como portador de um projeto político de defesa da saúde pública, mesmo que não mais o da programação, o projeto do Estado deixou de ser esse, e seu agente perdeu então o apoio institucional anterior.

Em linhas gerais, pudemos recuperar nos macro períodos históricos estudados, a construção de diferentes formas de organização administrativa, que deram suporte institucional a diferentes projetos técnicos assistenciais. No Quadro III, procuramos fazer um quadro síntese da discussão realizada com a intenção de correlacionar, ou identificar a correspondência, entre a proposição gerencial e o modelo tecnológico de organização do trabalho realizados pela Secretaria de Estado da Saúde, ao longo de sua história, até a primeira metade dos anos 80.

O novo cenário que se inaugura com o processo de municipalização, abre múltiplas possibilidades de projetos para a organização dos serviços de saúde, que, no entanto, vêm se dando em condições políticas e institucionais de ampliação de concepções neoliberais no interior do aparelho de estado. Nesse sentido, à gerência de serviços públicos de assistência coloca-se o desafio de manter-se como "administradora de meios" ou como viabilizadora de um novo projeto técnico.

QUADRO III - DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - DE 1889 ATÉ A PRIMEIRA METADE DOS ANOS 80, DE ACORDO OS MODELOS TENOLÓGICOS E ADMINISTRATIVOS PREDOMINANTES EM CADA PERÍODO, APRESENTADOS SEQUENCIALMENTE, COM MOMENTOS DE SUPERPOSIÇÕES.

FINALIDADES	AGENTES	INSTRUMENTOS	EQUIPAMENTOS	ADMINISTRAÇÃO
Sanear o meio ambiente; Higienizar os transmissores; Erradicar ou controlar epidemias.	Inspetor ou Delegado Sanitário (Médicos Higienistas); Guardas e Fiscais Sanitários.	Fiscalização Sanitária; Desinfecção; Campanha Sanitária.	Desinfectórios; Unidades Volantes.	Centralizada.
Controlar Doenças Transmissíveis através da Interrupção da Cadeia de Transmissão;	Higienistas; Tisiologistas; Tracomistas; Hansenólogos; outros Especialistas; Visitadores Sanitários Especializados..	Tratamento dos Transmissores; Visitas Sanitárias Especializadas.	Unidades Permanentes Especializadas; Hospitais de Isolamento.	Centralizada através de Estruturas Verticais.
Mudar os Hábitos e Comportamentos; Alterar as "Consciências".	Médicos Sanitaristas; Educadores; Visitadores Sanitários.	Educação Sanitária; Visitas Domiciliares.	Centros de Saúde Polivalentes.	Coordenação Local por Médicos Sanitaristas.
Prevenir e Tratar os Danos; Tratar as Doenças; Alterar os Comportamentos.	Médicos; Médicos Sanitaristas; Enfermeiras; Dentistas; Equipe de Saúde Mental; Educadores; Visitadores Sanitários.	Atendimentos Médico, Odontológico, Psicológico, etc; Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Atendimento de enfermagem; Pré e Pós-Consultas	Centros de Saúde Polivalentes; Ambulatórios de Especialidades; Hospitais de Referência.	Gerência por Médicos Sanitaristas; Planejamento Normativo Centralizado; Execução e Supervisão Regionalizada.
Tratar os Doentes; Vigiar Grupos de Risco.	Médicos Clínicos; Ginecologistas; Obstretas; Pediatras; Fonoaudiólogos; Psiquiatras; Outros Especialistas; Enfermeiras; Auxiliares de Enfermagem.	Consultas Médicas; Exames Especializados; Sistema de Referências e Contra-Referência; Produtividade; Vigilância Epidemiológica.	Unidades Básicas; Policlínicas; Hospitais Gerais e de Especialidades.	Gerência por Médicos ou Administradores de Saúde; Planejamento Local ou Regional

Considerações Finais

Outros estudos já vinham procedendo à caracterização de determinantes políticos e institucionais, historicamente observáveis, que vêm definindo a organização das ações de saúde realizadas no Estado de São Paulo. Conforme apontamos inicialmente, essas abordagens dividem-se, de modo geral, entre as que privilegiam os aspectos macro institucionais e aquelas que dirigem seu enfoque principal para a análise das tecnologias assistenciais desenvolvidas. Neste trabalho, procuramos reconstruir um "meio de caminho", como uma aproximação enriquecedora para a análise da ação gerencial nos serviços públicos de saúde.

As unidades básicas, de prestação de assistência primária, constituem-se nos equipamentos historicamente eleitos como prioritários nas medidas de intervenção pública na saúde através da assistência direta, e por isso foram priorizadas nessa reconstrução.

Procuramos caracterizar os conflitos estruturais decorrentes da própria organização do trabalho em saúde, e das relações existentes entre as tecnologias de assistência e a ação gerencial, reconhecendo o peso e a importância das opções feitas pelas políticas públicas, mas também a relevância da organização técnica do trabalho nos serviços de saúde para efetivação de seu projeto.

A reconhecida tensão existente entre a gerência e os principais agentes técnicos do trabalho em saúde, pode levar a primeira à se restringir à organização exclusiva de atividades meio e à abdicar, na prática, da coordenação gerencial do processo de organização do trabalho. A necessária autonomia técnica do trabalho médico, enquanto elemento constitutivo do exercício dessa prática, precisa ser reconhecida nessa dimensão, sem confundi-la com uma autonomia "plena", ou seja, hierárquica, política e institucional.

Muitas questões levantadas merecem uma melhor aproximação através de novas investigações. Entre elas, a necessidade, aqui apontada, de um projeto técnico para a gerência que permita sua participação ativa na definição das ações de saúde e que possa interrogar as finalidades das opções técnicas realizadas. Um processo impossível de ser equacionado dentro dos limites tecnocráticos da administração pública e que necessariamente perpassa por um novo "acordo histórico" entre os diversos sujeitos envolvidos.

Mas o gerenciamento de serviços públicos de atenção à saúde é uma realidade imediatamente posta. Se de um lado, não podemos reconhecer "o gerente" como o "grande estrategista" da transformação dos serviços, não podemos também subestimar suas potencialidades em instrumentalizar mudanças na organização do trabalho em saúde. Sem um projeto técnico, a ação gerencial tende a esvaziar-se como atividade meio quase "impedida" de interrogar as finalidades do projeto que operacionaliza.

Acreditamos que a continuidade da abordagem realizada por esse estudo poderá trazer contribuições à gerência de serviços de saúde, de modo a torná-la um instrumento mais efetivo e transparente na construção de projetos públicos de saúde, de fato comprometidos com a dimensão pública deste trabalho.

SUMMARY

This paper traces the history of the setting up and development of management in the public non-hospital health services of the state of São Paulo. Based on the analysis of documents, publications and pertinent legislation, this thesis aims to identify the various different proposals for administrative and management organization that have been formulated within the state's bureaucratic machine, with regard to predominant health care technology throughout the period under consideration. The action of management within the process of organization of health work will be discussed. The period under study begins with the first attempts at public health care organization in this state in 1892, and extends to the consolidation of management as a coordinating action at the local level, with the organization of collective work into health care units under state responsibility, in 1983.

BIBLIOGRAFIA

Barrenechea, J.J. & Medici, A.C., Desenvolvimento da eficiência e da eficácia dos serviços na crise dos sistemas de saúde: uma opção estratégica de curto prazo, mimeo, OPS, maio de 1990.

Basbaum, L. História sincera da república - de 1930 a 1960, 4a. ed., Alfa-Omega, São Paulo, 1976.

Bastos, A. V. B. & Seidel, T. T., "O conflito nas organizações: a trajetória de sua abordagem pelas teorias organizacionais", Rev de Administração, 27(3): 48-60, São Paulo, jul/set, 1992.

Braga, J.C.S. & Paula, S.G., Saúde e previdência - Estudos de política Social, Cebes/Hucitec, São Paulo,1981.

Braverman, H., Trabalho e Capital Monopolista - A degradação do trabalho no século XX, 3a. ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1987.

Brito, P., Novick, M. & Mercer, H., "El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones", Educ Med Salud, 27(1): 4-31, 1993.

Buss, P.M., "Saúde e desigualdade, o caso do Brasil", in Buss, P.M. & Labra, M.E. (orgs.), Sistemas de saúde, continuidades e mudanças, Hucitec/Fiocruz, São Paulo/Rio de Janeiro, 1995.

Campos, E. (org.) Sociologia da burocracia, 2a. ed., Zahar Ed., Rio de Janeiro, 1971.

Campos, G.W.S., A saúde pública e a defesa da vida, Hucitec, São Paulo, 1991.

Campos, G.W.S., "Reflexões sobre uma experiência de gestão de sistema local de saúde: o caso de Campinas/SP, 1989", in Campos, G.W.S., A saúde pública e a defesa da vida, Hucitec, São Paulo, 1991a.

Campos, G.W.S., Merhy, E.E. & Nunes, E.D., Planejamento sem normas, Hucitec, São Paulo, 1989.

Campos, G.W.S., "Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde" in Planejamento sem normas, Hucitec, São Paulo, 1989a.

Campos, G.W.S., Os médicos e a política de saúde, Hucitec, São Paulo, 1988.

Campos, G.W.S., Reforma da reforma - Repensando a saúde, Hucitec, São paulo, 1992.

Carneiro, A.M.M., "Teorias organizacionais: do ceticismo à consciência crítica", Rev Adm Pública, 29(2): 51-70, Rio de Janeiro, 1995.

Carone, E., A República Nova (1930 - 1937), 2a. ed., Difel, São Paulo/Rio de Janeiro, 1976.

Castanheira, E.R.L., "A gerência na prática programática" in Schraiber,L., Nemes, M.I.B. & Mendes-Gonçalves, R.B. (org.) Prática programática e saúde do adulto: ações na unidade básica, FMUSP/ Hucitec, São Paulo, 1996 (no prelo).

Castor, B. V. J., "Fundamentos para um novo modelo do setor público no Brasil", Rev.Adm.Pública, 28(3): 155-61, Rio de Janeiro, jul/set, 1994.

Cecilio,L.C.O., (org.) Inventando a mudança na saúde, Hucitec, São Paulo, 1994.

Cecilio,L.C.O., Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde, tese de doutoramento, FCM/UNICAMP-Depto.Medicina Preventiva e Social, Campinas, 1993.

Chiavenato, I., Teoria Geral da Administração: abordagens prescritivas e normativas da administração, 3a. ed., McGraw-Hill, São Paulo,1987.

Cohn, A., "As grandes questões de administração das políticas sociais (recursos humanos): de instituídos a instituintes" Rev. Adm.Pública, 22(1): 25-31, Rio de Janeiro, jan/mar,1988.

Cohn, A., "Caminhos da Reforma Sanitária", Lua Nova - "Reflexões sobre o marxismo", CEDEC, no. 19, pp. 123 - 140, São Paulo, nov, 1989.

Cohn, A., "Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil" in Laurell, A.C. (org.) Estado e políticas sociais no neoliberalismo, Cortez, São Paulo, 1995.

Cohn, A., Previdência social e processo político no Brasil, Ed. Moderna, São Paulo, 1980.

Cordeiro, H., As empresas médicas no Brasil, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1984.

Cyrino, A.P.P., A organização tecnológica do trabalho face a reforma ds práticas e serviços de saúde. Estudo de um serviço de atenção primária, tese de mestrado, FMUSP- Depto. Medicina Preventiva, São Paulo, 1993.

Dalmaso, A.S.W., "Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade?" Saúde em Debate, 44:35-38, São Paulo, 1994.

Dalmaso, A.S.W., Estruturação e transformação da prática médica: estudo de algumas das características do modelo de trabalho na segunda metade do século XIX e início do século XX, dissertação de mestrado, FMUSP/ Depto de Medicina Preventiva, São Paulo, 1991.

Departamento Nacional de Saúde, Ministério da Educação e Saúde, "Centro de Saúde - Normas para seu funcionamento", Rio de Janeiro, 1945.

Donnangelo, M.C.F., Medicina e Sociedade - O médico e seu mercado de trabalho, Pioneira, São Paulo, 1975.

Donnangelo, M.C.F. & Pereira, L., Saúde e Sociedade, 2a. ed., Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1979.

Dussault, G., "A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências", Rev Adm Pública, 26 (2): 8 -19, Rio de Janeiro, abr/jun, 1992.

Esping-Andersen, G., "As três economias políticas do *welfare state*", Lua Nova - Revista de Cultura e Política, 24: 85 - 116, São Paulo, setembro 1991.

Faoro, R., Os donos do poder - Formação do patronato político brasileiro, 2 Volumes, 5a. ed., Globo, Porto Alegre, 1979.

Faria, J.H. de, "Tecnologia, processo e organização do trabalho", Revista de Administração, 21(4): 56-61, out./nov, 1986.

Fausto, B. (org.), História Geral da Civilização Brasileira - Tomo III O Brasil Republicano - Sociedade e instituições (1889 - 1930), 2a. ed., DIFEL, Rio de Janeiro/São Paulo, 1978.

Fayol, H. Administração Industrial e Geral, 8a. ed., Ed. Atlas, São Paulo, 1970.

Fernandes, F., Mudanças Sociais no Brasil - Aspectos do desenvolvimento da sociedade brasileira, Difel, São Paulo, 1974.

Fiori, J.L., Reforma ou sucata. O dilema estratégico do setor público brasileiro, IESP-FUNDAP, ano 6 , no. 4, 1991.

Fleury, A.C.C. & Vargas, N., "Aspectos Conceituais" in Fleury, A.C.C. & Vargas, N. (org.), Organização do trabalho - Uma abordagem interdisciplinar - Sete estudos sobre a realidade brasileira, Atlas, São Paulo, 1994.

Foucault, M., "O nascimento da medicina social", in Microfísica do poder, 3a. ed., Ed. Graal, Rio de janeiro, 1982.

Foucault, M., "O nascimento do hospital", in Microfísica do poder, 3a. ed., Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1982a.

Freeman, R.B. & Holmes Jr., E.M., Administración de los sevicios de salud pública, Ed. Interamericana, México, 1962.

FUNDAP, "Profissões de saúde"- Cadernos FUNDAP, ano 5,no.10, São Paulo, julho 1985.

Furtado, C., Formação econômica do Brasil, 17a. ed., Ed. Nacional, São Paulo, 1980.

Gallo, E. (org.), Razão e Planejamento - Reflexões sobre política, estratégia e liberdade, Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

Gallo, E., Reforma do Estado, qualidade da administração pública e planejamento estratégico, mimeo, FOC/ENSP, Rio de Janeiro, dezembro de 1993.

Giannotti, J. A., "O ardil do trabalho", Estudos CEBRAP, 4: 5-63, São Paulo, 1973.

Giannotti, J.A. "Em torno da questão do Estado e da burocracia", Estudos CEBRAP, 20: 113-29, São Paulo, abr/jun, 1977.

Gonçalves, E.L., "O planejamento hospitalar: distribuição de funções", Rev Adm Empresas, 16(6): 31-36, Rio de Janeiro, nov/dez, 1976.

Gonçalves, E.L., "O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais", Rev Adm Empresas, 17(2): 23-28, Rio de Janeiro, mar/abr, 1977.

Gorz, A. (org.) Crítica da divisão do trabalho, São Paulo, Martins Fontes, 1980.

Graham & Hays, Para administrar a organização pública, Zahar, Rio de Janeiro, 1994.

Hanlon, J.J., Pricipios de administracion sanitária, La prensa medica mexicana, 3a.ed, México, 1973.

Heloani, J. R., Organização do trabalho e administração - Uma visão multidisciplinar, Cortez, São Paulo, 1994.

Iyda,M., Cem anos de Saúde Pública - A cidadania negada, Ed. Unesp, São Paulo, 1994.

Jardanovski, E. & Guimarães, P. C. V.,"O desafio da eqüidade no setor saúde", Rev. de Adm. de Empresas, 33(3): 38-51, São Paulo, mai/jun, 1993.

Kisil, M.,Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma, AdSAÚDE - Série Temática, FSP/USP, São Paulo, 1994.

Kliksberg, B. "A gerência na década de 90", Rev. Adm. Pública, 22(1): 59-85, Rio de Janeiro, jan/mar, 1988.

Labra, M. E., O movimento sanitarista nos anos 20. Da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil, tese de mestrado, Escola Brasileira de Administração Pública, FGV, Rio de Janeiro, 1985.

Labra, M. E., "Proposições para o estudo da relação entre política, burocracia e administração no setor saúde brasileiro", Cadernos de Saúde Pública, 1(4): 33-48, Rio de Janeiro, jan/mar, 1988.

Laurell, A.C. , "Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo", in Laurell, A.C. (org.) Estado e políticas sociais no neoliberalismo, Cortez, São Paulo, 1995.

Leavell, H.R. & Clark, E.G., Medicina Preventiva, Mac Graw-Hill, 1976.

Lemieux-Charles, L., "Los medicos en la administracion: problemas e inquietudes", Educ Med Salud, 26(4): 513-24, 1992.

Lemos, M.M., A Secretaria de Saúde e a realidade sanitária do Estado de São Paulo, Secretaria de Saúde, São Paulo, 1967.

Lima, G.Z., Saúde Escolar e Educação, Cortez, São Paulo, 1985.

Lodi, J.B., História da administração, Pioneira, São Paulo, 1971.

Luz, M.T. et al, Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850 - 1930), Graal, Rio de Janeiro, 1982.

Luz, M.T., As instituições médicas no Brasil - Instituição e estratégia de hegemonia, 2a.ed., Graal, Rio de Janeiro, 1981.

Malik, A. M., "Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde", Rev. de Adm. de Empresas, 32(4): 32-41, São Paulo, set/out, 1992.

Malik, A. M. & Vecina Neto, G., "Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviços de saúde", Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde , Brasília, 1993.

Marcondes, R.C., "O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais", Rev Adm Empresas, 17(2):23-28, Rio de Janeiro, mar/abr, 1977.

Marglin, S., "Origem e funções do parcelamento das tarefas (Para que servem os patrões?)" in Gorz, A., Crítica da divisão do trabalho, Martins Fontes, São Paulo, 1980.

Marx, K., O Capital - Crítica da economia política, Livro primeiro, Vol. 1, 9ª ed, Difel, São Paulo, 1984.

Mascarenhas, R.S., Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo, tese de livre docência, FSP/USP, São Paulo,1949.

Mascarenhas, R.S., Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo, tese para cátedra de Técnica em Saúde Pública, FSP/USP, São Paulo, 1953.

Mascarenhas, R.S., "Contribuição para o estudo das despesas do governo do estado de São Paulo com osseus serviços de saúde pública (1890 - 1948)", in Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2(1): 91-204, São Paulo, junho, 1948.

Mascarenhas, R.S., "História da Saúde Pública no Estado de São Paulo", Rev Saúde Pública, 7: 433-46, São Paulo, 1973.

Meana, F.R., Guimarães, M.C.L. & Foccoli, E., "O desenvolvimento gerencial dos sistemas locais de saúde - A experiência de cooperação italiana em saúde no Brasil" in Teixeira & Melo (orgs.), Construindo Distritos Sanitários - A experiência da cooperação italiana no município de São Paulo, Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo - Salvador, 1995.

Medici, A. C. & Silva, P. L. B. "A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão", Rev Adm Pública, 27(3): 26-36, Rio de Janeiro, jul/set, 1993.

Medici, A. C. & Silva, P. L. B., "Seguridade social no Brasil: bases operacionais para uma reforma", Rev Adm Pública, 28(2): 114-36, Rio de Janeiro, abr/jun, 1994.

Mendes, E.V. (org.), Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, Hucitec/Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1994.

Mendes, E.V., "As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal", in Mendes, E.V. (org.), Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, Hucitec/Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1994a.

Mendes-Gonçalves, R.B.,"Enfoques alternativos para ações integradas de saúde em medicina de primeira linha - simplificação e participação", mimeo, s.d.

Mendes-Gonçalves, R.B., Medicina e história: raíces sociales del trabajo médico, Siglo XXI, México, 1984.

Mendes-Gonçalves, R.B.,"Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades", Cadernos CEFOR, série textos no. 1, Secretaria Municipal de Saúde/ Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, São Paulo, 1992.

Mendes-Gonçalves, R.B., Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo, Hucitec/ABRASCO, São Paulo,1994.

Merhy, E.E., O capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, Papirus, Campinas, 1987.

Merhy, E.E., A Saúde Pública como política - um estudo de formuladores de políticas: São Paulo, 1920 -1948, os movimentos sanitários, os modelos técnico-assistênciais e a formação das políticas governamentais, Hucitec, São Paulo, 1992.

Mezzomo, T.M. & Laporta, C.B., "A RAP e a evolução do campo de administração pública no Brasil (1965 - 92)", Rev. Adm. Pública, 28(1): 5-17, Rio de Janeiro, jan/mar, 1994.

Ministério da Educação e Saúde, Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, Centro de Saúde - Normas para seu funcionamento, 1945.

Moraes, I.H.S. & Kalil, M.E.X. (coordenadores), Sistemas Locais de Saúde (SILOS) - Bibliografia comentada da produção brasileira, ENSP/PARES - Cooperação Italiana, Rio de Janeiro, 1993.

Motta, F.C.P., Teoria Geral da Administração, 16a. ed., Pioneira, São Paulo, 1991.

Motta, P. R., "Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras", Rev Adm Pública, 28(3): 174-94, Rio de Janeiro, jul/set, 1994.

Motta, P.R., Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente, 4a. ed., Record, Rio de Janeiro, 1991.

Nemes Filho, A., "Os médicos sanitaristas e a política de saúde no Estado de São Paulo no período de 1976 a 1988", dissertação de mestrado, FSP/USP, São Paulo, 1992.

Nemes, M.I.B., A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de sub-programa de controle da hanseníase na Secretaria de estado da saúde (1977 - 1987), dissertação de mestrado, FMUSP - Depto. Medicina Preventiva, São Paulo, 1989.

Nemes, M.I.B., Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde, FMUSP, tese de doutorado, São Paulo, 1995.

Nogueira, R.P., Perspectivas da Qualidade em Saúde, Qualitymark Ed., Rio de Janeiro, 1994.

Novaes, H.M.D., A puericultura em questão, dissertação de mestrado, FMUSP-Depto. de Medicina Preventiva, São Paulo, 1979.

Offe, C., "O crescimento do setor de serviços" in Offe, C., Capitalismo desorganizado, Brasiliense, São Paulo, 1995.

Offe,C., "Trabalho como categoria sociológica fundamental?" in Offe, C., Trabalho e sociedade - Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "sociedade do trabalho" - Vol. I - A crise, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.

Oliveira, F., A economia da dependência imperfeita, 3a. ed., Graal, Rio de Janeiro, 1980.

Oliveira, J. A. A. & Teixeira, S. M. F., (Im) Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil, Petrópolis (RJ), Vozes/Abrasco, 1986.

OMS (Organización Mundial de la Salud), "Atención primaria de salud", Informe de la Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6 - 12 de septiembre de 1978.

OPS/Centro Panamericano de Planificacion de la Salud, Formulacion de politicas de salud, Santiago, Chile, julio, 1975.

OPS/OMS, Extensão da cobertura dos serviços de saúde baseada nas estratégias de assistência primária e participação da comunidade, IV Reunião Especial de Ministros da Américas, Washington, D.C., setembro, 1977.

OPS/OMS, Problemas conceptuales y metodologicos de la programacion de la salud, publicaciones cientificas no. 111, abril, 1965.

Paim, J.S. & Almeida Filho,N., Introdução à crítica do planejamento, Textos didáticos, Depato. de Medicina Preventiva, FM/UFBa, Salvador, 1982.

Paim, J.S., "A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários", in Mendes,E.V. (org.) Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, Hucitec/Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1994.

Paim, J.S., "Burocracia y aparato social: implicaciones para la planificación de políticas de salud", in Teixeira, S.F. (org.) Estado y politicas sociales en America Latina, FIOCRUZ/ENSP - Universidad Autonoma Metropolitana - Xochimilco, México, 1988.

Paim, J.S., Recursos humanos em saúde no Brasil - problemas crônicos e desafios agudos, AdSAÚDE - Série Temática, FSP/USP, 1994a.

Petrone, M.T.S., "Imigração" in Fausto, B.(org.), História Geral da Civilização Brasileira - Tomo III O Brasil Republicano - Sociedade e instituições, 2a. ed., DIFEL, Rio de Janeiro/São Paulo, 1978.

Pinheiro, P.S., "O proletariado industrial na primeira república", in Fausto, B.(org.), História Geral da Civilização Brasileira - Tomo III O Brasil Republicano - Sociedade e instituições, 2a. ed., DIFEL, Rio de Janeiro/São Paulo, 1978.

Quiroga, H., "Mercado e solidariedade social: reflexões a partir da crise do Estado de Bem-estar", Rev Adm Pública, 28(2): 92-113, Rio de Janeiro, abr/jun, 1994.

Ribas, E. "A hygiene no Estado de São Paulo", Rev Médica de São Paulo, no. 14, julho, São Paulo,1909.

Ribeiro, J.M., Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica, tese de doutorado, ENSP, Rio de Janeiro, 1995.

Ribeiro,M.A.R., História sem fim...Inventário da Saúde Pública. São Paulo - 1880 -1930, Ed. da UNESP, São Paulo, 1993.

Ribeiro, J.M. & Schraiber, L.B., "A autonomia e o trabalho em medicina", Cadernos de Saúde Pública, 10(2): 190-199, Rio de Janeiro, abr/jun, 1994.

Rivera, F.J.U. (org.) Planejamento e Programação em saúde - um enfoque estratégico, Cortez, São Paulo, 1989.

Rivera, F.J.U., "Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica", in: Rivera, F.J.U. (org.) Planejamento e Programação em saúde - um enfoque estratégico, Cortez, São Paulo, 1989a.

Rocha, J.S.Y., "Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na América Latina", Educ Med Salud, 26(2): 206-24, 1992.

Rodrigues, B.A., Fundamentos de administração sanitária, USAID/Liv.Freitas Bastos, Rio de Janeiro, 1967.

Rosas, E.J., A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil. PIASS - análise de uma experiência, Escola Nacional de Saúde Pública, dissertação de mestrado, Brasília, 1981.

Rosen, G., Uma história da Saúde Pública, Ed. UNESP/Hucitec/ABRASCO, São Paulo, 1994.

Santana, J.P. & Santos, I., "Brasil: capacitacion para la gerencia de unidades basicas de salud en los distritos sanitarios" Educ Med Salud, 27(4): 541-559, 1993.

Santana, J.P., "A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta", Cadernos RH em saúde, Iiconferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde

Santos, W. G., Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira, 2a. ed., Campus, Rio de Janeiro, 1987.

Schraiber, L.B., Educação médica e capitalismo: as relações educação e prática médica na ordem social capitalista, São Paulo, Hucitec, 1989.

Schraiber, L.B., O médico e seu trabalho. Limites da liberdade, São Paulo,Hucitec, 1993.

Schraiber, L.B., "Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde", Saúde em Debate, 47: 28-35, jun, 1995.

Schraiber, L.B.(org.), Programação em Saúde hoje, 2a. ed., São Paulo, Hucitec, 1993a.

Schraiber, L.B.,"O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional", Cadernos de Saúde Pública, 11(1): 57-64, jan-mar, 1995a.

Schraiber, L.B., "O trabalho médico e a Clínica na medicina moderna", Cadernos CEFOR, série textos n. 4, CEFOR/PMSP, São Paulo, 1992.

Schraiber, L.B.,Medici, A.C. & Mendes-Gonçalves, R.B., "El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos", Educ.Med.Salud, 28(1): 20-52, 1994.

Schraiber, L.B. & Nemes, M.I.B., "Processo de trabalho médico e avaliação de serviços de saúde", Revista da FUNDAP, São Paulo, 1996.

Schraiber, L.B. & Peduzzi, M., "Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil", Educ.Med.Salud, 27 (3): 295-313, 1993.

Secretaria de Estado da Saúde, "Concepção, organização e funcionamento: alterações administrativas no período 1969-1977; criação do Fundes em 1978; assinatura do convênio AIS, 1983, e sua expansão até 1986; implantação da CIS, CRIS e CIMS; nova estrutura a partir dos ERSAS em 1986/1987"

Secretaria de Estado da Saúde , "Reforma administrativa - Textos Legais e Regulamentares 1967-1970", Imprensa oficial do Estado, São Paulo, 1971.

Silva, G.R., "Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico", Rev. Hosp.Clín.Fac.Med.S.Paulo, 28: 91-96, São Paulo, 1973.

Souza, G.H.P. "O Estado de São Paulo e alguns dos seus serviços de saúde pública", Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo - Instituo de Hygiene - Boletim no. 17, pp. 1-17, 1923.

Souza, G.H.P. & Vieira, F.B., "Centro de Saúde, *eixo* de organização sanitária", Instituto de Hygiene de São Paulo - Boletim no. 59, Escola de Hygiene e Saúde Pública do Estado, São Paulo,1936.

Souza, G.H.P. & Vieira, F.B., "Formação de Técnicos para os Serviços de Saúde Pública", Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, pp 93 - 153, Sociedade Brasileira de Higiene, Rio de Janeiro, 19 a 25 de outubro de 1947.

Tanaka, O.Y. et all, "Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil", Rev Saúde Pública, 26(3): 185-94, São Paulo, 1992.

Taylor, F. W., Princípios da Administração Científica, 7a. ed., Ed. Atlas, São Paulo, 1970.

Teixeira, S.F. (org.) Estado y politicas sociales en America Latina, FIOCRUZ/ENSP - Universidad Autonoma Metropolitana - Xochimilco, México, 1988.

Teixeira, S.F. (org.) Reforma Sanitária - em busca de uma teoria, Cortez/Abrasco, São Paulo, 1989.

Teixeira, C.F. & Melo, C. (orgs.), Construindo Distritos Sanitários - A experiência da cooperação italiana no município de São Paulo, Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo- Salvador, 1995.

Teixeira, M.G.L.C. & Paim, J.S., "Os programas assistenciais e o novo modelo assistencial", Cadernos de Saúde Pública, 6(3): 264-277, RJ, jul/set., 1990.

Temporão, J.G. & Rivera, F.J.U., "Caracterização do ensino e dos docentes de Administração e Planejamento em saúde do Brasil", in Buss, P.M. (org.) Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, Abrasco/ENSP, Rio de Janeiro, 1983.

Testa, M. Pensamiento estrategico y logica de programacion (el caso de salud), OPS/OMS, publicación no. 11, 1989.

Testa, M., Pensar em saúde, Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

Ugá, M.A.D., "Ajuste e política social: a experiência latino -americana", Política, planejamento e gestão em saúde, série estudos no.2, ENSP, Rio de Janeiro, maio de 1994.

Ugá, M.A.D., Competição administrada pelo Estado: notas para discussão, mimeo, texto apresentado no "II Encontro Nacional de Economia da Saúde", Brasília, dezembro de 1994.

Vasconcellos, M.P.C. (coord.), Memórias da Saúde Pública - a fotografia como testemunha, Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

Vecina Neto, G. & Malik, A. M., "Alternativas para a gestão pública da saúde", mimeo, s.d.

DECRETOS E LEIS:

Lei no. 12 de 28-10-1891

Lei no. 13 de 1-11-1891

Decreto no. 28 de 1-3-1892

Lei no. 43 de 18-7-1892

Decreto no. 233 de 2-3-1894

Lei no. 432 de 3-8-1896

Decreto no. 1343 de 27-1-1906

Lei no. 1310 de 30-12-1911

Lei no. 1596 de 29-12-1917

Lei no. 2018 de 26-12-1924

Decreto no. 3876 de 11-7-1925

Lei no. 2121 de 30-12-1925

Decreto no. 4891 de 13-2-1931

Decreto 4917 de 3-3-1931

Decreto no. 7077 de 6-4-1935

Decreto 9247 de 17-6-38

Decreto 9273 de 28-6-1938

Decreto 9275 de 28-6-1938

Decreto 9340 de 18-7-1938

Decreto no.10880 de 4-1-1940

Decreto Lei 13849 de 24-2-1944

Decreto Lei 14158 de 31-8-1944

Decreto Lei 14221 de 10-10-1944

Decreto 14466 de 16-1-1945

Decreto Lei 15579 de 25-1-1946

Decreto Lei 15879 de 8-7-1946

Decreto Lei 16282 de 11-11-1946

Decreto Lei 16951 de 21-2-1947

Decreto Lei no. 17339 de 28-6-1947

Decreto no. 17351 de 1-7-1947

Lei 74 de 21-2-1948

Decreto no. 49165 de 29-12-1967

Decreto 50192 de 13-8-1968

Decreto 52182 de 16-7-1969

Decreto no. 16545 de 26-1-1981