4.09
58

SAÚDE PÚBLICA: REPRODUÇÃO OU LEGITIMAÇÃO?

MASSAKO IYDA

Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo, Departamento de Epi-
demiologia, para obtenção do grau
de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora : Profª Drª MARIA
STELLA FERREIRA LEVY

SÃO PAULO
1988

Ao clã dos Iyda

Aos ex-residentes do atual
Departamento de Medici
na em Saúde Pública da
Faculdade de Medicina,
"Campus" de Botucatu,
UNESP e **in memoriam** de
Rubens Belluzo Brandão
(Rubão) e Rubens Maria
Lopes (Rubeta).

À Cecília Magaldi

A G R A D E C I M E N T O S

Na trajetória de elaboração de um projeto e de seu desenvolvimento, há muito e muitos a agradecer. Meu reconhecimento a todos aqueles que me concederam seu tempo, discutindo minhas idéias iniciais, minhas dúvidas, minhas idas e vindas e, em especial a Maria Cecilia Ferro Donnangelo **in memoriam**.

Meus agradecimentos aqueles que, nesses anos todos, tornaram possível a concretização do presente trabalho:

. a Maria Stella Ferreira Levy, pela orientação, mas mais do que isso pela sua atenção carinhosa e pelo estímulo sempre presentes;

. a Cecília Magaldi, por infinitas razões, profissionais e pessoais, entre as quais pela construção conjunta e cotidiana deste trabalho e da disciplina de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, desde o meu ingresso no Departamento;

. a Octávio Ianni, por ter me aceito como aluna no seu Curso de Pós-Graduação e pelos conhecimentos transmitidos, que foram essenciais para o presente trabalho e para minhas atividades didáticas;

. aos colegas do Departamento de Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, a Nelson de Souza, seu chefe e, em especial, a Lupércio de Souza Cortez Jr. e Rubens Maria Lopes (**in memoriam**), pelas discussões que contribuíram para o trabalho; a Ione Morita e Margareth Santilli de Almeida, por terem assumido minhas atividades didáticas neste ano; a Eliana Goldfarb Cyrino, pelo reforço e apoio operacional, conjuntamente com Ione, nessa fase final;

. a Inês Gontijo Antonini e Marcello Fabiano de Franco, pela remessa de material bibliográfico e por terem

tornado esta trajetória mais amena. Agradecimento especial a Marcello, pelo estímulo altamente criativo e produtivo e, também, pela versão para o inglês do trabalho;

. a Isabel de Carvalho, Regina Marsiglia Giffoni e Keiko Ogura Buralli pela leitura do texto final e pelas discussões;

. ao Dr. Wilson Pedro Speridião, Tullo Vigenani, Julieta Hitomi Oshiro, pelo empréstimo de material bibliográfico e pela gentileza com que me receberam;

. a D. Kikita, Maria de Lourdes Rosa Pereira, pela revisão do português;

. a Terue Sadatsune que, com extrema paciência, confrontou textos, obrigando-se a leitura integral do texto, distante de suas leituras microbiológicas;

. a Daisy Pires Noronha, Irene Lerche Eleutério, Angela M. Belloni Cuenca e Sonia G. Gomez Eleutério, do Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Saúde Pública; a Ana Maria Dias, da Divisão de Documentação da Secretaria da Fazenda; a Elizabeth Haddad, da Seção de Biblioteca da Secretaria do Estado de Saúde; a Glaura M.B. Barbosa Almeida e Elza Numata, da Biblioteca do "Campus" de Botucatu, por terem, gentilmente, facilitado a consulta do material bibliográfico e as duas últimas pela normatização final das referências bibliográficas. Agradecimento especial a Daisy pela amabilidade e atenção nesses anos de Pós-Graduação e pelo auxílio na organização das referências;

. a Eunice Solimano Serra e Jony Serra, pela datilografia de inúmeros manuscritos e relatórios; a Ana Paula Varoli, pela digitação e impressão da minuta da tese e a Ivone Aparecida Dorini de Aguiar e Silva, pela datilografia final e pela gentileza;

. a Antonio Pereira Simões, Chefe do Departamento de Pediatria e a Eliana Goldfarb e Antônio de Pádua Pithon

Cyrino, pelas condições para impressão deste trabalho;

. a José Carlos Carreira, dos Serviços Gráficos do "Campus" de Botucatu e Paulo Henrique Ferrari, pela disponibilidade e amabilidade, na impressão e reprodução do trabalho;

. a Ana Angel, da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, um agradecimento especial, pela sua amável atenção nesses anos de Pós-Graduação;

. a Banca Examinadora - Amélia Cohn, Cecília Magaldi, Eurivaldo Sampaio de Almeida, Maria Stella F. Levy e Octávio Ianni, pela leitura, discussão e sugestões, referentes à minuta da tese;

. ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pela bolsa concedida;

. aos amigos de sempre Águeda, Chicão, Dinah, Edy, Ellen, Isamara, Norminha, Olinto, Regina, Reinaldão, Renzo, Sonia, Teruca e, muito especialmente, a Ana Teresa, Maria Rita e as minhas irmãs Júlia Nobuco, Lúcia Mitsué, Diva Tomoko, Laura Kazue, Ana Ioe e Irene Shizue, pelo apoio terno e incondicional.

R E S U M O

Este trabalho procura analisar a Saúde Pública como uma prática social, de relação de classes sociais, numa formação capitalista tardia e dependente. Parte-se do pressuposto que o caráter de dependência dá especificidades próprias ao desenvolvimento capitalista no Brasil e à institucionalização da Saúde Pública. Objetiva-se, especificamente, analisar a Saúde Pública como parte integrante na constituição de um Estado burguês. A análise engloba o período de 1889 a 1978, compreendendo quatro fases, correspondentes a rupturas políticas de regimes governamentais e está centralizada no Estado de São Paulo. Os dados analisados demonstram que, sob o domínio português e, ainda por um longo período, as atividades de saúde ficaram sob a responsabilidade de associações privadas, filantropicas e/ou religiosas. Ao intensificar o processo de desenvolvimento capitalista e sob o impacto do imperialismo, a Saúde Pública ganha expressão e adquire uma área específica de atuação estatal, criando estururas técnico-burocráticas. Por meio destas, divulgam-se idéias, estabelecem-se regras e normas legais, destinam-se recursos financeiros e, também, viabilizam os diferentes interesses de classes e frações de classes, localizados dentro e fora do aparelho estatal. Os dados, ainda, demonstram que esse substrato material possibilita a sedimentação da Saúde Pública como uma atividade estatal e dá-lhe a legitimidade para impôr-se, mesmo coercitivamente, frente à sociedade.

A B S T R A C T

The present investigation made an attempt to analyse Public Health as a social praxis, i.e., as a relationship of social classes inside a dependent capitalist framework. It was assumed that the external dependency of Brazilian society provides particularity to the development of capitalism and to the institutionalization of Public Health in Brazil. The main objective of the study was to analyse Public Health as part of the state, i.e. as one of the means to establish an imposed political order and legitimate power. Four phases were analysed between 1889 to 1978 corresponding to political ruptures of the government and was focused on the state of São Paulo. The data showed that although Brazil became independent from Portugal in 1822, Portuguese influence remained strong for a long period of time. At that phase, health activities as other social activities were private issues, being carried out by philanthropic or religious associations. Upon the development of capitalism and under the impact of imperialism, Public Health increased its role and acquired its own area of state activity. Based on a bureaucratic form of organization, ideology was divulged, rules and health legislation were established, financial resources were allocated and different class or group interests, located inside or outside the state apparatus, were assured to coexist. Through that formal organization the relationship between health bureaucracy and clientele politics was guaranteed. Therefore, public resources were drained on behalf of private interest. It was demonstrated that alongside with its development, Public Health has consolidated itself as a state activity and has its action legitimated even when coercive measures are needed.

Í N D I C E

I	- INTRODUÇÃO	1
II	- QUESTÕES TEÓRICAS	5
	1. DO ESTADO	5
	2. DO TRABALHADOR À COLETIVIDADE	24
	3. DO ESTADO E DA REPRODUÇÃO DA FORÇA- DE-TRABALHO NO BRASIL: ALGUMAS NOTAS	33
III	- QUESTÕES METODOLÓGICAS	37
IV	- SAÚDE PÚBLICA: REPRODUÇÃO OU LEGITIMAÇÃO?.....	40
	1. O CARÁTER EVENTUAL DA SAÚDE PÚBLICA: AS COMISSÕES (ATÉ 1889)	40
	2. A FORÇA-DE-TRABALHO E A CONEXÃO IN- TERNACIONAL (1889-1930)	53
	3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLI CA: A RACIONALIDADE TÉCNICA (1930- 1945)	85
	4. A CRIANÇA, O TRABALHADOR RURAL E A NECESSIDADE DO CONTROLE DA IRRACIO- NALIDADE (POLÍTICA) (1945-1964)	118
	5. O SONHO DOS SANITARISTAS E O RETORNO À RACIONALIDADE (1964-1978)	168
IV	- CONCLUSÕES	212
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	215

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho resulta de um desafio de tentar responder algumas questões colocadas no decorrer do tempo.

Como desafio, é uma tentativa de superar o ponto de vista imediato da consciência comum, da Saúde Pública dos mosquitos, das vacinas, do leite; ou da consciência idealista, a Saúde Pública como agente de transformação da indigência, do trabalho com a comunidade, tentando desenvolver uma consciência mais crítica, que pudesse demonstrar o que a Saúde Pública realmente é mas não aparenta, e o que aparenta ser, mas não é.

Não que estas colocações não sejam reais, elas o são, mostrando uma parte da realidade, bastante contínua e duradoura, necessária, inclusive, para sua afirmação como área de atuação estatal. É por sua permanência e com uma parcela de sua essência que ela se afirma e se impõe como verdade, verdade essa que se relativiza nos momentos de crises, de conflitos sociais, resultantes de relações de classes antagônicas e contraditórias.

São nos momentos de contradições, de conflitos, de insatisfações, de questões não respondidas e de decisões não adotadas que a Saúde Pública reaparece, refluindo quando as mobilizações tornam-se menos intensas, como nota WAITZIKIN (1978).

A tentativa de buscar uma consciência crítica torna-se necessária no momento atual, no qual se redefine o pa

pel da Saúde no Brasil e se mostram o seu caráter social, os interesses de diferentes frações de classes envolvidos, desmistificando seu caráter de neutralidade e demonstrando o que, em sua essência, ela sempre foi: um fenômeno político. Necessária, também, porque como afirma VASQUEZ (1977:12) "... tratando de satisfazer as aspirações "práticas" do homem comum, desenvolve-se, às vezes, a partir do poder, um trabalho destinado a deformar, castrar ou esvaziar a consciência política ..." ou "... a tendência alimentada a partir do poder e destinada a destruir o mais leve despertar de uma clara consciência política, mantendo o homem comum e corrente no mais absoluto apoliticismo. A despolitização cria, assim, um imenso vazio nas consciências, vazio que só pode ser útil à classe dominante, que recheia as consciências com atos, preconceitos, hábitos, lugares comuns e preocupações que, enfim, contribuem fortemente para manter a ordem social vigente ...".

São esses hábitos, lugares comuns que hoje estão presentes, o individual/coletivo, assistência sanitária/assistência médica, público/privado, centralização/descentralização, municipalização/federalização, questões essas sempre colocadas na relação Estado/Sociedade e, principalmente, momentos de mudança dessa relação, inclusive, portanto, na área de Saúde Pública.

KILBOURNE (1969:1) assinala que "... Public Health concerns the health of the public. Although the terms sometimes implies public responsibility in the control of diseases and surveillance of health, in current usage it

implies equally that the recipient of this responsibility and concern is the public (individuals collectively as they live together). Indeed benefits for the public are generally administered by public (or more precisely, by its elected or selected representatives)".

HOBSON (1965:IX) salienta que há duas abordagens aos problemas de saúde e doença: "... the first is that concerned with the problem of health and sickness in the individual, and the second, the problem of health and disease in the community as whole." Ao assinalar a diferença entre Medicina Social e Saúde Pública, coloca que "... where as Public Health places the emphasis on the environment and deals with communities Social Medicine derives its inspiration from the field of clinical experience and deals with individuals".

Em geral, aceita-se esta dicotomia, a divisão da Saúde, quanto ao seu objeto (indivíduo/coletivo), suas ações (médica/sanitária) e a responsabilidade (privada/pública), numa fragmentação de objetos, atos, profissionais e responsabilidades, o que contribui para a alienação, para a divisão dos agentes sociais envolvidos e para reforçar essa visão dicotômica, cujas raízes encontram-se numa concepção de sociedade harmônica e de um Estado, representante de interesses gerais.

Neste sentido, este trabalho insere-se numa linha teórica de alguns estudos, que vêm sendo desenvolvidos no Brasil, sobre a relação Saúde e Sociedade, baseados principalmente, nos trabalhos pioneiros de DONNANGELO (1975, 1976).

Tendo como objetivo geral analisar a Saúde Pública como uma prática social, uma relação de classes sociais, além de sua instrumentalização técnica, pretende-se ainda demonstrar que:

- 1 - a institucionalização da Saúde Pública faz parte da constituição de um Estado burguês;
- 2 - neste processo, dependendo das forças sociais, a Saúde Pública absorve áreas específicas e momentâneas, ampliando-se como órgão burocrático estatal;
- 3 - esta absorção corresponde à possibilidade de articulação entre interesses públicos e privados.

Como hipótese norteadora, assume-se que, dadas as especificidades do desenvolvimento capitalista no Brasil, o papel da Saúde Pública na reprodução da força-de-trabalho é secundário, sendo seu papel principal, como parte do aparelho estatal, impor um consenso sobre a questão da saúde, selecionando problemas, organizando-se em torno de uma estrutura técnico-burocrata que lhe permite direcionar as formas de acesso, os tipos de serviços, os bens de consumo a serem distribuídos. Ao mesmo tempo considera-se que, como aparelho estatal, serve a interesses competitivos de classes e frações de classe, na posse de áreas institucionais.

II. DAS QUESTÕES TEÓRICAS

1. DO ESTADO

A relação Estado/sociedade (burguesa, civil) envolve uma ampla discussão teórica e metodológica bastante complexa e não resolvida. Recuperar essa discussão envolveria a elaboração de um trabalho teórico de maior profundidade, quando a opção foi analisar uma faceta delimitada daquela relação, baseando-se em alguns de seus aspectos e que têm sido postos por alguns investigadores na relação Saúde e Sociedade.

Neste sentido, colocam-se aqui alguns pressupostos teóricos que se mostraram fundamentais para análise e compreensão do objeto de estudo, e que estão presentes na análise marxista ou não sobre a questão do Estado.

Um destes pressupostos consiste na constituição do Estado, tendo como base as condições materiais da sociedade, ou seja, um Estado emerge das relações sociais de produção que determinam suas formas, conforme assinalado por MARX (1971a:28).

"... as relações jurídicas assim como as formas do Estado não podem ser compreendidas por si mesmas, nem pela dita evolução geral do espírito humano, inserindo-se pelo contrário nas condições materiais de existência ... na produção social da existência, os homens estabelecem relações determi

nadas necessárias, independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto destas relações constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social."

Um segundo pressuposto é que, sendo inerente às relações sociais de produção, o Estado não representa os interesses gerais das classes sociais mas é a expressão política de uma classe economicamente dominante, conforme ENGELS (1964:137).

"Como o Estado nasceu da necessidade de conter antagonismos das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para repressão e exploração da classe oprimida."

Contudo, a classe economicamente dominante representa apenas os interesses de uma fração do capital, como assinala ainda MARX (1979:29, 30), em oposição, mas não em contradição, com os interesses de outras frações, assumindo uma forma de governo (a monarquia absoluta).

"La que dominó bajo Luis Felipe no fue la burguesia francesa, sino una fracción della ... la llamada

aristocracia financeira. Ella ocupaba el trono, dictava leyes en la Camaras y adjudicaba los cargos públicos desde los ministerios hasta los estancos... el incremento de la deuda pública interesaba directamente a la fracción burguesa que gobernava y legislava através de las Camaras. El déficit público era precisamente el verdadeiro objeto de sus especulaciones y la fuente principal de su enriquecimento ..."

Nessa citação, Marx mostra, também, a vinculação da fração dominante com o aparelho estatal através das dívidas públicas, assim como, pela administração e legislação.

A necessidade de acomodar esses interesses diferentes leva à modificação da forma de governo.

"A monarquia burguesa de Luis Felipe só pode suceder uma república burguesa, ou seja, enquanto um setor limitado governou em nome do rei, toda burguesia governará agora em nome do povo ... um poder que, de maneira geral, só era possível sob a forma de regime parlamentar, pois apenas sob essa forma podiam os dois grandes setores da burguesia francesa unir-se e, assim, pôr na ordem o domínio de sua classe, em vez do regime de uma facção privilegiada dessa classe ..." (MARX, 1977:25, 46).

No entanto, o Estado não pode ser visto em sua natureza, como Estado do Capital, de uma classe mas deve aparecer como expressão de uma vontade coletiva, representante de todas as classes, como algo separado das relações sociais de produção e acima das classes, ou na sua aparência.

Tanto ENGELS (1964) como MARX (1977) mostram que há períodos em que as lutas de classes se equilibram de tal modo que o poder estatal adquire certa independência momentânea em face às classes; que as crises econômicas externas e os conflitos internos parecem esgotar as classes envolvidas e nenhuma delas é capaz de deter o poder político, submetendo-se a ser representado militarmente.

Como o Estado passa a ser uma abstração, o representante dos interesses gerais?

ALVES (1987:28) nota que "... o Estado não se reduz às formas de sua objetivação, através de suas instituições pelas quais se destaca concretamente na vida cotidiana e do ordenamento jurídico, que regula sua manifestação racional-formal e burocrática ..."

No mundo cotidiano, o Estado se apresenta com seus atos, decisões, ações, instituições ou seja um sistema de normas ou regras legalmente sancionadas, sendo que a estrutura que o determina permanece oculta. A prática reiterativa e imediata, reproduzindo regularidades e reforçada pela continuidade das administrações, impregna a consciência dos indivíduos, transformando-a em uma única forma de realidade existente, natural e independente dos homens. Realidade essa necessária, uma vez que não pode ser pura abstração, mas também, não pode dela prescindir para o exercício da dominação.

Essa abstração decorre do fetichismo da mercadoria⁽¹⁾

---

(1) O capitalismo caracteriza-se por ser uma sociedade de proprietários de mercadorias, de coisas (res em latim, daí reificação) a serem trocadas, vendidas. As relações entre proprietários (dos meios de produção e de força-de-trabalho), indivíduos juridicamente livres que estabelecem um contrato, aparecem como relações entre vontades independentes, entre sujeitos juridicamente iguais. O fetichismo expressa essa independência, algo que existe por si só, com vontade própria

concebendo-se o Estado como algo independente, separado das relações sociais de produção. Assim como não se pode deduzir mercadoria de dinheiro, não se pode conceber o Estado a partir da circulação de mercadorias.

"O fetichismo da mercadoria faz com que o Estado apareça como algo acima das classes. A generalização da mercadoria não pode existir sem que exista - como pré-condição - o desenvolvimento do capital. O capital é uma relação social. A acumulação do capital não exclui o jogo das classes sociais... é o elemento desfetichizador das relações de produção... O fetichismo se faz acompanhar pelo seu contrário: o desfetichismo. O Estado é a resposta a essa desfetichização. Garantindo o respeito pelas regras de troca, ele garante a possibilidade da exploração e de sua perenidade." (MATHIAS & SALAMA, 1983:25).

É ainda SALAMA (1980:127) que afirma "... o Estado deve ser deduzido do capital. A ação do Estado se exerce primeiro e fundamentalmente em relação ao capital em geral e, em seguida, em relação aos capitais múltiplos." Neste sentido, o Estado é o "capitalista coletivo ideal" como afirma ENGELS (1975:93).

"E o Estado moderno, por seu turno, é apenas a organização que a sociedade burguesa a si própria deu para manter em pé as condições exteriores do modo de produção capitalista, defendendo-se das usurpações tanto dos operários como dos capitalistas

tas individuais. O Estado moderno, seja qual for a sua forma, é uma máquina essencialmente capitalista individual, é o Estado dos capitalistas, o capitalista nacional ideal ...".

Estado este "... que garante a liberdade e a igualdade formais, necessárias à produção do capital ... a especificidade do Estado é aparecer garantindo a troca de equivalentes para permitir, na realidade, a troca de desiguais ... um Estado é uma abstração que se efetiva na realidade das lutas de classes sob a forma de regime político ..." (SALAMA, 1980:128, 135) conforme esquema abaixo:

FONTE: MATHIAS & SALAMA (1983:175).

Portanto, assim como as relações econômicas se expressam como relações de troca, de circulação de mercadorias, ocultando as relações sociais de produção, as relações políticas expressam-se como relações entre indivíduos juridicamente livres e iguais perante um Estado neutro, um Estado de bem estar social, acima das classes.

Como exerce o poder político? Poder este definido como "... capacidade de uma classe social de realizar seus interesses objetivos específicos em oposição a outras classes ..." (POULANTZAS, 1971:111). Esta dominação política é exercida via aparelhos de Estado, através de mecanismos coer

citivos diversos, dos quais a utilização da força, da violência física, é fundamental.

ENGELS (1964:136) mostra que a divisão da sociedade em classes cria a necessidade de "... instituição de uma força pública, que já não se identifica com o povo em armas ... impossibilita qualquer organização armada e espontânea da população... Esta força pública existe em todo Estado, é formada não só de homens armados como ainda, de acessórios materiais, os cárceres e as instituições coercitivas de todos os gêneros... ".

WEBER (1964:99) considera o monopólio do uso da violência pelo Estado como legítimo. Para o autor, há três justificativas interiores e, portanto, legitimações básicas para este domínio:

- 1 - "A autoridade de ontem eterno, isto é, dos mores santificados pelo reconhecimento inimaginalmente antigo e de orientação habitual para o conformismo. É o domínio do "tradicional" ...
- 2 - "Há a autoridade do dom da graça (carisma) extraordinário e pessoal, a dedicação absolutamente pessoal e a confiança pessoal na revelação, heroísmo ou outras qualidades de liderança individual. É o domínio "carismático" ...
- 3 - "Há o domínio em virtude da "legalidade", em virtude da fé na validade do estatuto legal e da "competência" funcional, baseadas em regras racionalmente criadas. Neste caso, espera-se a obediência no cumprimento das obrigações estatutárias ..."

É este domínio, que constitui a essência da administração burocrática, um exercício da dominação, baseado no saber racional que, acrescido a uma prática de conhecimento especial dos fatos e de documentos, possibilitam-na a deter o chamado "segredo profissional".

Cabe ressaltar que, para o autor, poder é a " ... possibilidade de que um homem ou um grupo de homens realize sua vontade própria numa ação comunitária até mesmo contra a resistência de outros que participem da ação ...".

O uso da força física, porém, como ressalta BOBBIO (1987) não é condição suficiente para definir o poder político mas sim sua exclusividade. Mesmo a exclusividade não é elemento suficiente para sua efetividade (o poder, fundado apenas na força, não pode durar) ou para sua legitimidade (pode ser efetivo mas não é legítimo).

Consequentemente, há necessidade de outros mecanismos coercitivos como a persuasão, a busca de um consenso, que dê legitimidade a esse poder.

A distinção entre os dois tipos de coerção remonta à Idade Média, resultante da relação Estado/Igreja "... na contraposição à potestade espiritual e às suas pretensões, os defensores e detentores da potestade temporal tendem a atribuir ao Estado o direito e o poder exclusivo de exercer a força física sobre um determinado território e com respeito aos seus habitantes, deixando à Igreja o direito e o poder de ensinar a verdadeira religião e os preceitos da moral, de salvaguardar a doutrina dos erros, de dirigir as consciências para alcance dos bens espirituais, acima de tudo a sal

vação da alma ..." (BOBBIO, 1987:80).

Como nota BOBBIO et alii (1986:579) o termo hegemonia, derivada do grego egemonia (direção suprema de chefes militares, conseqüentemente, tendo um caráter de força) tem sido utilizada na literatura política para indicar " ... a supremacia de um Estado-Nação ou de uma comunidade político-territorial dentro de um sistema. A potência hegemônica exerce sobre as demais preeminência não só militar, como também, frequentemente econômica e cultural inspirando-lhes e condicionando-lhes as opções, tanto por força de seu elevado prestígio, como em virtude de seu elevado potencial de intimidação e coerção ...".

MARX & ENGELS (1983:72) assinalam esse aspecto imaterial: "... a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe, que tem a sua disposição os meios de produção material, dispõe, ao mesmo tempo, dos meios de produção espiritual, o que faz com que a ela sejam submetidas ao mesmo tempo e em média, as idéias daqueles aos quais faltam os meios de produção espiritual ...".

O conceito de hegemonia, contudo, ganha maior expressão com as análises de Gramsci que parte dos estudos de Lenin sobre a questão da ditadura do proletariado, na qual caberia a este um papel de coesão de direção e organização como:

"... única classe capaz de unir todos os trabalhadores e explorados na luta contra a burguesia ... necessita do poder de Estado, de uma organização

da violência, tanto para reprimir a resistência dos exploradores como para dirigir a imensa massa de população, o campesinato, a pequena burguesia, os semi-proletários, na obra da organização da economia socialista ... de dirigir e organizar uma nova ordem, de ser o educador, dirigente, o chefe de todos os trabalhadores ..." (LENIN, 1978:238, 239).

Em Gramsci, a hegemonia denota uma direção intelectual e moral ou seja, um processo no qual parte da classe dominante, na sociedade civil, exerce uma liderança intelectual e moral sobre as outras classes, impondo-lhes sua visão de mundo:

"... o desenvolvimento político do conceito de hegemonia representa um grande progresso filosófico, além de político-prático porque implica e supõe uma unidade intelectual e uma idéia em conformidade com uma concepção real que superou o senso comum ..." (GRAMSCI, 1978a:30).

A hegemonia, na concepção de GRAMSCI (1978b:224), distingue-se do aparelho coercitivo:

"... conceito de Estado, que comumente é entendido como Sociedade Política (ou ditadura ou aparelho coercitivo para moldar a massa popular ao tipo de produção e à economia de dado momento) e não como um equilíbrio da Sociedade Política com a Sociedade Civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a sociedade nacional inteira exercida através de organizações particulares como Igreja, os sindicatos,

as escolas), e justamente na sociedade civil em particular operam os intelectuais ..."

mas não prescinde dele para se impor:

"Os intelectuais são os "comissários" do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político, isto é, 1) do consenso "espontâneo" dado pelas grandes massas da população à orientação impressa pelo grupo fundamental dominante à vida social, consenso que nasce "historicamente" do prestígio (e portanto, da confiança) que o grupo dominante obtém por sua posição e sua função no mundo da produção; 2) do aparelho de coerção estatal que assegura legalmente a disciplina dos grupos que "não consentem nem ativa nem passivamente", mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, nos quais fracassa o consenso espontâneo ..." (GRAMSCI, 1978c:11).

A necessidade de intelectuais, ligados às classes sociais para o exercício do poder político, é assinalada por diversos autores:

"com a divisão do trabalho ... expressa-se também no seio da classe dominante como divisão do trabalho espiritual e material, de tal modo que, no interior desta classe, uma parte aparece como os pensadores dessa classe" (MARX & ENGELS, 1983:72, 73).

GRAMSCI (1978c:3) assinala a presença desta categoria nas diferentes formações sociais:

"cada grupo social, nascendo no terreno originário de uma função especial no mundo da produção econô-

mica, cria para si, ao mesmo tempo, de um modo orgânico, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência de sua própria função e não apenas no campo econômico, mas também no social e político ...".

Nota, também, que cada grupo social encontrou categorias de intelectuais preexistentes, surgidas e desenvolvidas em estruturas econômicas anteriores. Essas categorias apareciam "... aliás como representantes de uma continuidade histórica que não fora interrompida nem mesmo pelas mais complicadas e radicais modificações das formas sociais e políticas". Dentre estes e como uma categoria depois dos eclesiásticos "... a categoria dos médicos, em sentido lato, isto é, de todos aqueles que "lutam" ou parecem lutar contra a morte e as doenças ...", lembrando a conexão entre religião e medicina. Chama a atenção para o fato de que, dada a continuidade histórica e sua qualificação, "... eles consideram a si mesmos como autônomos e independentes do grupo social dominante ..." (GRAMSCI, 1978c:5, 6) fato este que lhes permite ainda mais reforçar sua imagem como elementos neutros, autônomos com características próprias.

Como o próprio autor assinala, a indução a essa falsa concepção é dado pelo "... critério de distinção no que é intrínseco às atividades intelectuais e não ao conjunto do sistema de relações nas quais essas atividades (e, portanto, os grupos que as personificam) se encontram, no conjunto geral das relações sociais" (GRAMSCI, 1978c:6, 7).

Tanto Marx como Gramsci ressaltam a participação

das frações médias da burguesia entre as camadas de intelectuais, que fazem parte do aparelho estatal. GRAMSCI (1978c: 10) nota, inclusive, que o desenvolvimento desigual cria intelectuais que se inserem diferentemente na divisão do trabalho:

"... trata-se das mesmas camadas que, muito frequentemente, especializaram-se em "poupança", isto é, a pequena e média burguesia fundiária e alguns estratos de pequena e média burguesia das cidades ... assim, na Itália, a burguesia rural produz notadamente funcionários estatais e profissionais liberais, ao passo que a burguesia urbana produz técnicos para indústria, por isso a Itália setentrional produz notadamente técnicos e a Itália meridional notadamente funcionários e profissionais ..."

chamando a atenção para sua função político-social de mediação:

"... Este tipo de intelectual põe em contato a massa com a administração estatal ou local. ... por isso possui uma grande função político-social já que a mediação profissional difícilmente se separa da mediação política. Além disso, no campo, o intelectual (padre, advogado, professor, médico, etc...) possui um padrão de vida médio superior ou pelo menos diverso daquele do médio camponês e representa, por isso, para esse camponês um modelo social na aspiração de sair de sua condição e de melhorá-la ..." (GRAMSCI, 1978c: 13).

MARX (1977:59, 116, 120), ao analisar o desenvolvimento capitalista na França e com esse a destruição das bases econômicas do campesinato, mostra como ele, é utilizado como uma classe de apoio ao regime napoleônico. Assinalando que os pequenos camponeses por sua condição de classe, por sua natureza de classe.

"... que tem que ser representados. Seu representante tem, ao mesmo tempo que aparecer como seu senhor como autoridade sobre eles, como um poder governamental ilimitado que os protege das demais classes e que do alto lhes manda sol e chuva ..... A pequena propriedade forma uma base adequada à burguesia toda poderosa e inumerável ... Finalmente, produz um excesso de desempregados para os quais não há lugar nem no campo nem nas cidades, e que tentam, portanto, obter postos governamentais como uma espécie de esmola respeitável, provocando a criação de postos do governo ... aqui, encontram postos para sua população excedente e compensa sob forma de vencimentos o que não pode embolsar sob forma de lucros, rendas, juros e honorários ... Por outro lado, seus interesses políticos forçaram-na a aumentar, diariamente, medidas de repressão e, portanto, os recursos e o pessoal de poder estatal ...".

Assim, sob diferentes regimes políticos, frações médias tendem a preservar seus próprios interesses, em articulação com aqueles da classe que representam, na posse do

aparelho estatal "... os partidos que disputam o poder encararam a posse desta imensa estrutura de Estado como principal espólio do vencedor ..." (MARX, 1977:114).

WEBER (1985:20, 21) nota, também, esta relação as sinalando que no sistema parlamentar baseado na representação de grupos profissionais corporativos para a burocracia "... aumentaria a oportunidade e tentação de aproveitar-se dos interesses econômicos divergentes e de expandir o sistema de ajuda mútua de concessão de cargos e contratos, a fim de preservar o seu próprio poder ... Em estados não parlamentaristas (como na Alemanha Imperial), os partidos não controlam a concessão de cargos máximos, mas os partidos mais influentes podem geralmente pressionar a burocracia dominante no sentido de conceder cargos políticos a seus protegidos, ao lado dos candidatos recomendados por ligações com funcionários efetivos ...".

Verifica-se, portanto, a complexidade da relação Estado/classes sociais. As oposições existentes entre as diferentes frações da burguesia, somam-se às contradições de outras classes; oposições e contradições presentes no aparelho estatal, gerando diferentes alianças e/ou conflitos.

É dentro deste contexto de diferentes interesses das frações de classes, que se deve analisar a questão burocrática, uma vez que "... a relação entre intelectuais e o mundo da produção não é imediata, como o caso dos grupos sociais fundamentais, mas é "mediatizada", em diversos graus por todo um contexto social, pelo conjunto das superestruturas do qual os intelectuais são precisamente os funcionários" (GRAMSCI, 1978c:10).

Como se processa a relação Estado-burocracia-classes?

Com o desenvolvimento das forças produtivas e "a divisão do trabalho na sociedade burguesa, criando novos grupos de interesses e, por conseguinte, novo material de administração do Estado" (MARX, 1977:114) e com a necessidade de consolidação da dominação, amplia-se o aparelho burocrático:

"a primeira Revolução Francesa, em sua tarefa de quebrar todos os poderes independentes, locais, territoriais, urbanos e provinciais - a fim de estabelecer a unificação civil da nação, tinha forçosamente que desenvolver o que a monarquia absoluta começara: a centralização mas ao mesmo tempo, o âmbito, os atributos e os agentes de poder governamental ... Finalmente, em sua luta contra revolução, a república parlamentar, viu-se forçada a consolidar, juntamente com as medidas repressivas, os recursos e a centralização governamental ..." (MARX, 1977:114).

O crescimento da burocracia com o desenvolvimento capitalista também, é assinalado por WEBER (1985:17):

"o progresso em direção ao Estado burocrático que julga e administra segundo o direito e os preceitos racionalmente estabelecidos, tem, hoje em dia, estreitas relações com o desenvolvimento do capitalismo moderno ..."

A incorporação de diferentes frações de classes no

aparelho estatal burocrático introduz interesses conflitantes e mutantes. O desenvolvimento das forças produtivas, o avanço científico-tecnológico e divisão do trabalho, assim como a apropriação destes conhecimentos modificam a importância dos diferentes intelectuais e, portanto, sua posição na estrutura de dominação. Ou seja, seu papel no aparelho estatal está condicionado à importância de seu saber para continuidade e reprodução da sociedade.

Como nota POULANTZAS (1980:64, 69) "a apropriação da ciência pelo capital se faz certamente na fábrica mas igualmente pelo Estado ... Não se trata de uma simples instrumentalização da ciência ou de sua manipulação ao serviço do capital. O estado capitalista arregimenta a produção da ciência que se torna uma ciência de Estado, imbricada, em sua textura intrínseca nos mecanismos de poder ...". Ressalta, ainda, o papel fundamental dos intelectuais afirmando: "... baseada num campo que implica a especialização característica de suas funções e do trabalho intelectual, a burguesia é a primeira classe da história que tem a necessidade para se firmar como classe dominante, de um corpo de intelectuais orgânicos. Estes, formalmente distintos dela, embora arregimentados pelo Estado, não têm um papel de simples instrumento (como o caso dos padres no feudalismo) mas um papel de organização da hegemonia ...".

Necessários porque portadores de uma racionalidade, que tem como pressuposto que as técnicas fundamentais na ciência podem resolver os conflitos de classes e evitar os antagonismos, racionalidade essa, portanto, que tem a função

de obscurecer estes conflitos.

"A relação poder-saber se traduz por técnicas particulares de exercício de poder, por dispositivos precisos, inscritos na trama do Estado, de distanciamento permanente das massas populares dos centros de decisão: por uma série de rituais de formas de discurso, de modos estruturais de tematização, de formulação, de tratamento dos problemas pelos aparelhos de Estado de maneira tal (monopolização do saber) que as massas populares (nesse sentido trabalho manual) ficam de fato à parte disso .. . ." (POULANTZAS, 1980:67).

A posse desses conhecimentos técnico-científicos dá aos intelectuais-burocratas a legitimidade necessária para estabelecer um consenso.

Esta legitimidade possibilita a capacidade de obtenção e controle de recursos ou seja, contratar força-de-trabalho, fornecer serviços, adquirir e distribuir bens e elevar sua capacidade operativa, necessários a sua existência e reprodução.

Contudo, o controle desses recursos deve articular-se com os interesses externos e nessa articulação, a racionalidade técnica, o domínio da razão, subordina-se à "irracionalidade" política, o domínio da paixão.

"Executivo, parlamento, exército, magistratura, diferentes ministérios, aparelhos regionais, municipais ou centrais, aparelhos ideológicos, eles mes

mos divididos em circuitos, redes e trincheiras diferentes, representam com freqüência, conforme as diversas formações sociais, interesses absolutamente divergentes de cada um ou de alguns componentes do bloco do poder ... Muito mais que com um corpo de funcionários e de pessoal de estado unitário e cimentado em torno de uma vontade política unívoca, lida-se com feudos, clãs, diferentes facções, em soma com uma multidão de micropolíticos diversificados ..." (POULANTZAS, 1980:153).

Dividida, fragmentada, mas ao mesmo tempo, homogeneizada e unificada em torno do Estado-Nação, a burocracia tem um importante papel, como demonstram CLOWARD & PIVEN (1974), na diminuição da influência das classes populares na esfera pública.

Influência esta a que o Estado se contrapõe e, neste sentido, a utilização de mecanismos coercitivos não deve ser vista apenas em seu aspecto negativo, de repressão, de contenção e exclusão mas em seu aspecto positivo de construtor, de organizador das relações sociais de produção. Na busca da hegemonia, o Estado promove uma série de medidas positivas para a classe trabalhadora, imposta pelas lutas de classe, o que não exclui o aumento da exploração.

É dentro dessas considerações anteriores, que deve ser vista a questão da reprodução das relações sociais. E o papel do Estado nesta reprodução, inclusive da força-de-trabalho que extrapola a simples qualificação desta força mas envolve toda uma série de medidas, em relação ao consumo co-

letivo, entre as quais a saúde.

E se no processo de desenvolvimento capitalista, há uma priorização de determinadas frações de capital, ocorre, também o não favorecimento de outras. Este fenômeno tem conseqüências fundamentais nas diferentes condições da classe trabalhadora e na sua possibilidade de obter uma melhor qualidade de vida e de saúde.

2. DO TRABALHADOR A COLETIVIDADE

A Organização Mundial da Saúde - OMS - define saúde como "... o completo bem-estar, físico, mental e social ...", englobando nesta definição vários aspectos, afirmando que saúde é um bem, uma qualidade inerente ao homem.

Esta qualidade assume em determinado momento histórico um valor econômico e fundamental para sobrevivência do homem, e associa-se à sua capacidade de pôr em movimento um conjunto de energias de uma determinada maneira, num determinado modo de produção, donde a posse desta qualidade - ter saúde - deve ser redimensionada.

É neste redimensionamento que a Saúde Pública, como uma prática social, relações de classes sociais, "o coletivo", origina-se nos países centrais, visando a recompor as energias consumidas no processo produtivo, recomposição esta que permite a reprodução social e o desaparecimento dos agentes sociais. Neste sentido, a Saúde Pública, como prática social, resulta da contradição fundamental entre capital/tra

balho, da divisão do "coletivo" em classes antagônicas, constituindo-se elemento importante na reprodução capitalista, sejam em nível infra ou supra-estrutural.

Esta constatação generalizadora pouco significa sem que se recupere como a saúde, medida como capacidade de trabalho, cria valor excedente.

É através de relações sociais, do processo e da divisão social do trabalho, que se constrói o objeto da Saúde Pública, encoberto, ideologicamente, pelas inúmeras designações como: coletividade, indigência, carência, ou seja, um grupo de indivíduos que, aparentemente, não possuem ou aos quais falta algum atributo essencial necessário àquilo que a sociedade considera à integração social. Se este atributo essencial, numa sociedade capitalista, é o trabalho e através dele os homens participam do processo de produção e distribuição e têm acesso às mercadorias, pode-se afirmar, a princípio, que esta massa de indivíduos, parte do coletivo, tem como característica o não-trabalho, impedindo-a de ter acesso aos bens de consumo e serviços necessários à sua sobrevivência ou de ter saúde, em grau suficiente para integrar-se no processo produtivo e/ou distributivo. Como se adquire esta incapacidade de obtenção dos meios de subsistência na sociedade capitalista?

Na análise marxista do desenvolvimento capitalista, verifica-se a transformação do dinheiro em capital comercial e deste em capital produtivo; este mesmo movimento do capital é acompanhado pela transformação do trabalho. No início, o capital comercial compra a força-de-trabalho que, neste

momento, possui ainda os meios de produção, mas já não de têm a matéria prima. Portanto, o capital ainda não dispõe de uma mão-de-obra livre, estando sujeito não só às formas de produção pré-capitalistas como à sua população, caracterizada pela alta natalidade e mortalidade e por um processo migratório incipiente, fatores limitantes, não só para a re produção da mão-de-obra como para sua circulação no mercado.

Ambos, capital comercial e trabalho artesanal e do do místico, passam a constituir entraves ao desenvolvimento das forças produtivas e é com a transformação destes em capital produtivo que se verifica a concentração dos meios de produção e de mão-de-obra, previamente liberada para circulação no mercado.

Esta concentração de indivíduos, desprovidos dos meios de produção, absorvidos ou não pela produção capitalista, não se faz acompanhar de uma estrutura urbana adequada, gerando precárias condições de habitação e de subsistência e, conseqüentemente, favorecendo o aparecimento e a rápida transmissão de doenças e uma maior mortalidade, ameaçando a própria viabilidade capitalista, que necessita de um afluxo constante da força-de-trabalho. Esta situação agrava-se, ainda mais, dada a intensidade de exploração, que reduz não só a expectativa de vida da força-de-trabalho como sua própria reprodução biológica, pela incorporação maciça de mulheres e crianças.

MARX (1971b) e, posteriormente, ROSEN (1980) citam inúmeros trabalhos desenvolvidos por médicos, assinalando as conseqüências do processo produtivo na saúde dos trabalhada

dores. KAY (apud Rosen:92), em 1832, notava que mais da metade da população de Manchester eram "... tão carentes ou tão aviltados que precisavam da assistência da caridade pública para trazer sua prole ao mundo". THACKRAY (apud Rosen: 93), num tratado pioneiro de medicina ocupacional, em 1831, ressaltava o estado de "... milhares de crianças, muitas entre seis e sete anos de idade, arrancadas de seus leitos ainda de madrugada para correr para as fábricas e lá serem mantidas, com um único intervalo de quarenta minutos, até horas avançadas da noite". GASKELL (apud Rosen:94), em 1833, achava que as condições sobre as quais os operários viviam e trabalhavam afetavam sua saúde; "... a vida, concluiu ele, apesar de não necessariamente encurtada pela ocupação manufatureira sofre a queda de um aspecto que é de extrema importância e que tem o poder de torná-la deliciosa - a posse da saúde. E, daqueles que trabalham na fábrica, pode ser dito que vivem numa vida próxima à morte."

Observa-se, pelas descrições, que ao capital interessava um afluxo, uma quantidade de força-de-trabalho, não importando a sua qualidade e é aqui que residem os limites da Saúde Pública que se pretende reger por uma lógica qualitativa mas deve atender a uma lógica quantitativa, uma quantidade mínima para produzir.

Nesta lógica, deve atender, também, aos interesses das outras classes a fim de que esta quantidade mínima não possibilite a rápida disseminação e transmissão de doenças, que não obedecem as fronteiras classistas e cujo controle é desconhecido. E é este aspecto que, ainda, constitui a tarefa

fa fundamental da Saúde Pública, o controle de determinados tipos de doenças, passíveis de serem transmitidas às classes dominantes e não todas ou quaisquer doenças, que em nada afetam as outras classes e se as afetam, não trazem consequências tão graves como para a classe trabalhadora. Proteção às classes capitalistas e disponibilidade de classes trabalhadoras, as classes sociais, eis a área de atuação da Saúde Pública.

A disponibilidade de mão-de-obra para produção é recolocada, constantemente, no desenvolvimento do capitalismo. MARX (1971b:132) assinala que, ao produzir a acumulação do capital, a classe trabalhadora "... produz em proporções crescentes os meios que fazem dela uma população supérflua ou um exército industrial de reserva, que excede às necessidades médias da expansão do capital. Esta é a lei da população peculiar ao modo de produção capitalista".

Com o desenvolvimento das forças produtivas, o processo de acumulação sofre mudanças periódicas que interferem na totalidade do capital ou mudanças simultâneas e em diferentes ramos de produção. Este movimento altera a composição orgânica do capital, expandindo ou contraindo sua parte variável, que está sujeita a oscilações; ou o capital variável põe em movimento maior quantidade de força-de-trabalho sem recrutar novos trabalhadores (trabalho intensivo e extensivo) ou mobiliza quantidade de forças-de-trabalho inferiores (menos qualificadas) ou mão-de-obra incipiente (mulheres, jovens, crianças), expulsando as de nível superior (mais qualificadas) ou mão-de-obra madura (homens e adultos) criando uma

população ociosa.

"O trabalho excessivo de parte da classe trabalhadora empregada engrossa as fileiras do exército de reserva, enquanto que a forte pressão que este exerce sobre aquela, através da concorrência, compete ao trabalho excessivo e às exigências do capital. A condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada, em virtude do trabalho excessivo de outra parte, torna-se fonte de enriquecimento individual dos capitalistas e acelera ao mesmo tempo a produção de um exército industrial de reserva numa escala correspondente a progresso da acumulação de capital".

As relações sociais não se limitam à esfera da produção, em nível infraestrutural. De um lado, a realização da mais-valia só se concretiza com a distribuição e circulação das mercadorias e posterior consumo e de outro, para que a produção capitalista se realize, ela necessita de mecanismos externos, em nível supraestrutural.

Como coloca OFFE (1984:18, 20) "... é necessário de finir, através de uma regulamentação política quem pode e quem não pode tornar-se trabalhador assalariado ... Daí, por um lado, a tendência de considerar delituosos e reprimir modos de subsistência que constituíam uma alternativa de trabalho assalariado (da proibição da mendicância aos atos de repressão do tipo da lei anti-socialista) e, por outro, a transmissão de normas e valores, organizada pelo Estado cuja ob servância assegura a passagem para a relação de traba

lho assalariado ...".

É necessário que a classe operária "... por educação, tradição e uso, reconheça as exigências daquele modo de produção como sendo leis da natureza evidentes" (MARX, 1971b: 854).

Conseqüentemente, na estrutura social, além dos trabalhadores diretamente ligados à produção da mais-valia, constata-se outros tipos de trabalhadores. PEREIRA (1977: 22), referindo-se "... aos portadores individuais da mercadoria força-de-trabalho efetiva ou ativa, assinala as seguintes categorias ...": 1) trabalhadores produtivos ou seja produtores (diretos) da mais-valia global; 2) trabalhadores improdutivos ou seja trabalhadores não produtores da mais-valia global, cabendo distinguir, entre eles, duas categorias: a) os envolvidos "infra-estruturalmente no processo de realização da mais-valia produzida (comerciários, por exemplo) e b) os assalariados dos aparelhos repressivos e ideológicos do Estado que, contribuem como tais, para a produção e para a realização da mais-valia (e, portanto, para a acumulação do capital) através da produção e reprodução de condições não-naturais (supra-estruturais dominantes) necessárias à produção e à realização da mais-valia); 3) os portadores (assalariados) da função do capital".

Assinalada a existência de diferentes trabalhadores, assim como de um exército industrial de reserva, cabe ressaltar a presença de uma superpopulação relativa, como observa MARX (1971b:743). "... Além das diferentes formas em que o trabalhador está desempregado ou parcialmente emprega-

do, a superpopulação relativa assume três outras formas: flutuante, latente e estagnada ...".

É flutuante quando os trabalhadores são atraídos ou repelidos "... em quantidade maior, de modo que no seu conjunto aumenta o número de empregados, embora em proporção decresce com o aumento da produção ..." (MARX, 1971b:744) constituem também a população flutuante meninos e rapazes que, ao atingirem a idade adulta, são despedidos, sendo absorvida apenas uma pequena parcela. A forma latente é gerada pela penetração do capitalismo na agricultura, quando diminui a procura absoluta da população trabalhadora rural e parte dela, embora expulsa, não é absorvida na indústria, encontra-se na iminência de se transferir para a cidade; mas este fluxo só é possível dada a existência, no campo, de uma superpopulação supérflua sempre latente. A forma estagnada é composta de trabalhadores com ocupação totalmente irregular, trabalhadores à domicílio.

Assinala, ainda, a existência de uma outra forma que "... vegeta no inferno da indigência e do pauperismo. Pondo de lado os vagabundos, criminosos, prostitutas, o rebotalho do proletariado, esta camada social consiste em três categorias: primeira, os aptos para o trabalho, cujo número aumenta em épocas de crises; segunda, os órfãos e filhos de indigentes; terceira, os degradados, desmoralizados e incapazes de trabalhar (incapacidade à divisão do trabalho, os que ultrapassam a idade normal, os mutilados, enfermos e viúvos)..." (MARX, 1971b:746).

Esta população supérflua mas necessária não pode ser vista como resultante do processo de acumulação, mostrando sua outra face, a miséria. E, portanto, esta última deve aparecer como um atributo individual, encobrindo seu caráter social.

Com estas considerações, pode-se concluir que, no processo de desenvolvimento capitalista, sua acumulação gera o trabalho produtivo e improdutivo, assim como, o não-trabalho ou seja, cria uma massa de trabalhadores assalariados, tendo acesso, embora diferencial, aos bens e serviços que possibilitam sua sobrevivência através de um salário regular, e outra massa de trabalhadores, embora necessária ao capital, não teria esta mesma situação: trabalho, salário e acesso aos bens e serviços.

Contudo, a relação trabalho assalariado/acesso a bens e serviços não é verdadeira e, mesmo o trabalho assalariado não permite aquele acesso de maneira satisfatória. Isto se verifica, na medida em que, como assinalam MARX (1971b); BRUNHOFF (1978) e OFFE (1984), ao capital interessa apenas remunerar o valor da força-de-trabalho diária e efetivamente dispendida e não sua paralisação por motivo de doença ou sua reprodução, o que representaria um custo a mais.

Nestas circunstâncias nem o trabalho nem o salário constituem elementos suficientes para uma grande parcela da classe trabalhadora e suas famílias terem acesso aos bens e serviços que possibilitem conservar ou preservar ou mesmo manter a saúde. Mesmo porque este acesso atua num processo já de desgaste da força-de-trabalho não mais recuperável, num

processo produtivo, cuja função, segundo MACCACARO (1973:79) é "... conservar, consumindo, consumir, conservando a força-de-trabalho". Exemplo disto, está nos corpos heterogêneos das diferentes classes; em alguns trabalhadores produtivos industriais que, submetidos duramente às condições ambientais de trabalho, têm sua capacidade pulmonar reduzida deslocando-se para o trabalho agrícola pouco qualificado "para recuperar a saúde" perdida; contudo, já não contam mais com a mínima capacidade física mesmo para enfrentar a atividade agrícola, também poluidora e paga por produção ⁽²⁾. Desqua-lificado profissionalmente e, portanto, salarialmente, resta-lhe engrossar as fileiras dos trabalhadores pobres e indigentes, objeto da Saúde Pública, cabendo ao Estado, como elemento, aparentemente, externo ao capital, criar mecanismos de gestão desta classe trabalhadora.

3. DO ESTADO E DA REPRODUÇÃO DA FORÇA-DE-TRABALHO NO BRASIL: ALGUMAS NOTAS

Embora conservando os elementos essenciais da produção e, portanto, de um Estado capitalista, a formação do Estado onde o capitalismo foi implantado do exterior, como o caso dos países colonizados e onde o próprio capitalismo implanta-se tardiamente e desenvolve com características espe-cíficas, coloca questões mais complexas.

---

(2) Comunicação pessoal de Dora Elisa Rodrigues Tolosa, da disciplina de Medicina do Trabalho.

Uma das questões refere-se não à sua origem mas à institucionalização e consolidação de um Estado burguês, que se forma a partir da desintegração e crise de um Estado colonial. Estado este, sob forma de monarquia com uma estrutura centralizadora e burocrática, necessária ao tipo de relações econômicas dominantes.

Se, nos países centrais, o Estado deriva do Capital, nos países colonizados, esta relação colônia-metrópole modifica esta relação, é de uma economia mundial constituída, que deriva o Estado, como assinalam MATHIAS & SALAMA (1983).

Como demonstram estes autores, numa primeira etapa "... a conquista, a pilhagem e a exploração necessitam de um poder no território ocupado" (MATHIAS & SALAMA, 1983:41). Numa segunda etapa, a busca de uma autonomia e da detenção de uma parcela maior do excedente produzido dão origem aos movimentos insurrecionais, que resultam numa autonomia política relativa e na implantação de um Estado-Nação, que se relaciona com o Estado-Nação dos países centrais.

PEREIRA (1970) estabelece, em termos típico-ideais, três etapas de desenvolvimento capitalista e suas conexões entre centro e periferia e que estão resumida no quadro a seguir.

Etapas do desenvolvimento capitalista	Nexos entre sub-sistemas centrais e periféricos	Natureza do Estado e das ideologias
CAPITALISMO MERCANTILISTA	Nexos comerciais-legais e monopolistas	1. Nação-Estado em constituição no "centro" 2. Colonialismo na "periferia" 3. Estado racional-legal em constituição no "centro" 4. Liberalismo em constituição
CAPITALISMO LIBERAL OU CONCORRENCIAL	Nexos comerciais puramente econômicos não-monopolistas	1. Nação-Estado constituída no "centro" 2. Nação-Estado em constituição na "periferia" 3. Estado racional-legal constituído no "centro" 4. Vigência da ideologia liberal
CAPITALISMO MONOPOLISTA OU NEOCAPITALISMO	Nexos comerciais mais investimentos monopolistas na "periferia"	1. Colapso da Nação-Estado em constituição na "periferia" (neocolonialismo) 2. Ideologias pós-liberais: neocapitalista e socialista 3. Redefinição da atuação do Estado no "centro" e na "periferia" a) planificação indicativa (sociedade afluyente) b) planificação flexível (sociedade "sob" o Estado do Bem-estar)

FONTE: PEREIRA (1970:43)

Esta articulação entre países centrais e dependentes cria uma série de relações e conflitos internos e/ou externos bastante complexa e dá origem a um capitalismo cujas características são bastante peculiares. O impacto das relações capitalistas mundiais sobre uma área econômica, cujas condições objetivas para implantação do capitalismo estão ausentes, gera inúmeras contradições. Porém, sob o mesmo impacto, os países dependentes incorporam técnicas, idéias, tipo de organização que não correspondem ao desenvolvimento de suas forças produtivas internas.

Esta articulação, também, modifica o caráter de intervenção pública quanto à reprodução da força-de-trabalho, na qual tem-se enfatizado o papel importante da Saúde. O desenvolvimento capitalista, não reproduzindo, *ipsis litteris*, o modelo central, implica em que tanto o Estado como a reprodução da força-de-trabalho colocam-se de diferentes maneiras.

III. QUESTÕES METODOLÓGICAS

Tendo em vista os objetivos anteriormente assinalados e a complexidade do objeto analisado, optou-se por utilizar uma metodologia histórico estrutural, buscando uma abordagem mais qualitativa embora considerando aspectos quantitativos que servissem para fundamentar alguns fatos.

Tentou-se analisar as forças atuantes no período analisado e seguir alguns princípios de metodologia histórica, procurando identificar, como ressaltado por GRAMSCI (1978a: 189) "... os movimentos orgânicos (relativamente permanentes) dos movimentos que se podem chamar de conjuntura (e que se apresentam como ocasionais, imediatos)". Esta distinção, como assinalado pelo autor, é de grande relevância uma vez que "... verifica-se uma crise que, por vezes, se prolonga por dezenas de anos. Esta duração excepcional significa que na estrutura se revelaram (se amadureceram) contradições insanáveis e que as forças políticas positivamente atuantes para conservação e defesa da própria estrutura se esforçam ainda por curar, dentro de ditos limites, e por superar".

Em decorrência, também, do tipo de abordagem ao objeto de estudo buscou-se uma periodização que marcasse relações de forças políticas existentes e sua interferência na solução das questões de saúde. Considerou-se a demarcação de datas em que ocorreram rupturas políticas, significativas na tentativa de solucionar os conflitos e acomodar os diferentes interesses. A periodização, contudo, deve ser vista com

ressalvas, uma vez que as propostas, as soluções são processos dinâmicos das classes sociais envolvidas e nestes processos, aquelas são, constantemente, recolocadas.

O período analisado estendeu-se de 1889 a 1978 e englobou quatro fases: 1) 1889 a 1930; 2) 1930 a 1945; 3) 1945 a 1964 e 4) 1964 a 1978. Compreendeu, ainda, um período anterior a 1889, uma vez que muitos dos elementos constitutivos do primeiro período encontravam-se presentes antes desta data. Utilizando-se como critério as formas de governo, poder-se-ia classificar a primeira e terceira fases como democracia, ainda que com restrições e a segunda e quarta como ditadura.

Pretendeu-se situar a área de estudo no Estado de São Paulo. Contudo, dado o tipo de organização administrativa do Brasil, legalmente federativo embora caracteristicamente unitário e centralizado, a análise extrapolou esta área. Conseqüentemente, conforme as formas de governo, esta análise é desigual com maior ou menor atenção para o Estado de São Paulo e maior ou menor aprofundamento nos períodos.

Os dados provêm das seguintes fontes:

- 1 - estudos realizados em diferentes áreas do conhecimento, publicados sob forma de livros, revistas, monografias, relatórios de atividades;
- 2 - documentos oficiais, compreendendo Mensagens do Executivo ao Legislativo, Decretos, Leis, Atos e notícias publicadas no Diário Oficial do Estado;
- 3 - entrevistas sistematizadas com cinco sanitaristas, abor-

dando sua visão sobre Saúde Pública, sua inserção na área, opiniões sobre a organização e estrutura da Secretaria de Saúde;

- 4 - informações eventuais e dispersas, fornecidas por diferentes sanitaristas em reuniões e encontros sobre temas de Saúde Pública.

IV. S A Ú D E P Ú B L I C A :-

REPRODUÇÃO DA FORÇA-DE-TRABALHO OU LEGITIMAÇÃO?

1. O CARÁTER EVENTUAL DA SAÚDE PÚBLICA:- AS COMISSÕES (ATÉ 1889)

Estudar a Saúde Pública no Brasil, tendo como referência a questão Estado/Sociedade, é uma questão bastante complexa. Essa complexidade torna-se maior pois, embora se possa servir das leis gerais do desenvolvimento capitalista, em seus aspectos econômicos e político-ideológicos, este desenvolvimento tem especificidades próprias, no Brasil, interferindo também na própria Saúde Pública.

Trata-se, assim, de analisar este objeto - a Saúde Pública - dentro de uma formação social, uma "... estrutura concreta, organizada e caracterizada por um modo de produção dominante e pela articulação à volta deste modo de um conjunto de modos de produção que a ele estão submetidos ..." (AMIN, 1976:12). Essa complexidade é mais ampla, dada a articulação dessa formação social com outras via comércio a longa distância estabelecendo-se relações de dependência. Em suma, cabe considerarem-se os contornos específicos da sociedade brasileira e nesta, a constituição da Saúde Pública.

Inserindo-se, tardiamente, no capitalismo mundial e mantendo com os países centrais, uma relação de dependência, o Brasil percorre uma longa caminhada na dissociação entre trabalho e meios de produção. Dissociação ainda não total

mente concretizada e, portanto, afeita apenas a pontos específicos e em diferentes graus.

O Brasil surge sob influência do feudalismo português em sua fase de transição para o capitalismo ou seja na fase mercantil do capitalismo. Sua articulação com os países europeus dar-se-á através do comércio, contribuindo, de um lado, para a acumulação primitiva dos países europeus, via Portugal e do tráfico negreiro, e por outro para a constituição de economias regionais a ele ligadas.

A condição de colônia implica numa série de barreiras para um desenvolvimento autônomo, uma vez que grande parte do excedente produzido é exportado, permanecendo, no país, apenas parcela dele que serve para a sustentação de um aparelho estatal, cuja finalidade principal é o escoamento da produção e sua fiscalização. Cabe evidenciar que algumas características das áreas de colonização, como a brasileira, apresentam-se como obstáculos para o estabelecimento de relações capitalistas, que pressupõem, de um lado, o aumento de riquezas e de outro a existência de uma mão-de-obra livre, como assinala MARX (1971b:885):

"... nas colônias, a propriedade do dinheiro, dos meios de subsistência, de máquina e de outros meios de produção não transformam um homem em capital, se lhe falta o complemento, o trabalhador assalariado, o outro homem que é forçado a vender-se a si mesmo voluntariamente. Descobrir que o capital não é uma coisa mas uma relação social entre pessoa efetiva por coisa ..."

Trata-se, portanto, do estabelecimento de relações sociais específicas, em condições que não existiam no país. O Brasil caracterizava-se por ser uma colônia onde eram co
muns:

"... grandes extensões de territórios, podendo ca
da colonizador transformar pedaços de terra em sua propriedade privada e meio individual de produção, sem impedir o que vem depois de fazer a mesma coi
sa ..." (MARX, 1971b:887).

não havendo, nestas condições, dissociação entre trabalha
dor e seus meios de produção.

É evidente que da maneira como se deu a ocupa
ção de alguns espaços regionais, e com base na grande propriedade fundiária, foi possível alcançar um certo grau de produti
vidade, permitindo o desenvolvimento esporádico da região. Contudo, este desenvolvimento deu-se sob relações escravocra
tas dominantes por quase três séculos (1532 - 1852) e que acompanharam os diferentes ciclos econômicos regionais: do açúcar (1550 - 1700), das minas (1700 - 1775) e parcialmente, do café (1820 - 1870).

Pode-se afirmar ainda, que, até o século XVIII, as relações monetário-mercantis praticamente inexistiam no Bra
sil. Grande parte da riqueza social era medida em termos de posse da terra e número de escravos ou controle sobre traba
lhadores estabelecidos nas propriedades.

A decadência das atividades econômicas, embora pre
judiciais às oligarquias regionais, não as afetava profundamente, uma vez que a principal base econômica, a renda da

terra, não desaparecia e, inclusive, a parcela da mão-de-obra empregada podia ser reaproveitada pelo estímulo a formas não-capitalistas de produção, por meio de concessão de terra a ser explorada sob forma de foro ou parceria, graças a qual, parcela dos trabalhadores, sem a propriedade dos meios de produção, tinha ainda acesso aos meios de subsistência, ainda que mínimos.

Assim sendo, não existiam ainda condições favoráveis ao desenvolvimento capitalista, no Brasil: uma parcela da mão-de-obra estava ligada à economia agro-exportadora, direta ou indiretamente, e outra grande parcela à economia de subsistência ou seja, relações escravocratas e relações não-capitalistas de produção.

É evidente que nem toda população inseria-se nessas relações. Parte dela era lançada em situação de invalidez, miséria, de vagabundagem ou de roubo, o que é evidenciado pela existência de mecanismos de controle para esse tipo de indivíduos, mecanismos estes correspondentes às relações econômicas prevalentes. Predominantemente era a Igreja, através das ordens religiosas, que assumia essa população com controle e subvenção estatais.

Convém lembrar que às relações econômicas correspondem relações ideológicas e políticas, transplantadas pela Coroa portuguesa para o Brasil. A colonização ou a conquista fez-se por meio do aprisionamento de índios e escravos, legitimada pelas ordens régias e pela evangelização; eram os colonizadores e religiosos portugueses que se ocupavam das atividades econômicas dominantes. Estes últimos participaram

tensamente destas atividades, em todo o Brasil até 1755; ao pretenderem "... assentar um imenso território temporal da Igreja Católica constituíam-se em importantes empresas comerciais" (PRADO JR., 1956:73).

Se, de um lado, o escravo era assunto privado do senhor, assim como o eram os homens livres que viviam em suas terras, por ligações pessoais, de agregação, compadrio, por outro, às ordens religiosas ou às próprias famílias cabiam assumir os índios empobrecidos, os mamelucos, os inválidos, os doentes. Contudo, a assunção era bastante precária, inclusive pela falta de excedente destinado a esta tarefa e, inclusive, à evangelização.

Em 1803, o vigário de São Miguel, informava ao governador da Capital de São Vicente (São Paulo) sobre a "... impossibilidade d'elle poder existir com a insignificante porção que os moradores oferecerão a sua subsistência, e não devendo ser obrigados a contribuir com mais pela pobreza a que se veem reduzidos" (SPOSATI, 1987:65).

A emancipação política, em 1822, cujas bases foram lançadas pelo governo metropolitano e que somente transfere os poderes governamentais da metrópole para o Brasil, não destrói as relações não-capitalistas. A constituição de uma Nação ocorre sem sequer se ter iniciado o processo de formação de uma burguesia e a soberania dá origem a um Estado, fundamentado nas relações escravocratas, cujo poder, apesar da feição burguesa, é evidentemente absolutista.

A Constituição de 1824 estabeleceu um governo unitário, dividindo o país em províncias, com Presidentes nomea

dos pelo Imperador; adotou como forma de governo a monarquia hereditária e um sistema de representação, baseado num Senado vitalício e numa Câmara de Deputados, eleitos pelos representantes das províncias. Teriam direito ao voto aqueles que tivessem uma renda superior a 100 mil réis por ano.

Trata-se, portanto, de um regime monárquico altamente centralizador e elitista, expressando os interesses das oligarquias regionais.

Enquanto o Estado burguês, em países centrais como Inglaterra e França, fundamenta-se na aliança entre a burguesia comercial e industrial contra a nobreza feudal, a classe dos proprietários, no Brasil são os proprietários rurais que constituem a Nação brasileira contra a burguesia mercantil daqui e do Reino (PRADO JR., 1957) e que se servem de princípios filosóficos e políticos, como liberdade econômica e soberania nacional, para romper com a dominação portuguesa.

Verifica-se, portanto, a criação legal de um Estado Nacional, constituído de oligarquias latifundiárias regionais. A constituição da Nação brasileira processa-se no final da fase mercantilista e início da fase liberal ou concorrencial do capitalismo internacional, sob predomínio da Inglaterra. Parece que não é sem razão que, no Brasil, desenvolvem-se as condições infra e supraestruturais para o início da constituição de uma sociedade burguesa, quando a segunda Revolução Industrial altera a produção de mercadorias e a produtividade pela introdução de motores a vapor e o capitalismo internacional busca novos mercados para seus produtos manufaturados e de fornecimento de matérias primas. En

tre as condições infra e supraestruturais, destacam-se:

1 - O estabelecimento da Lei nº 601, em 1850, conhecida como Lei das Terras, como assinala IANNI (1976:7), "... a legislação do Império cuidava para que as terras não estivessem demasiado disponíveis a quaisquer interessado. Houve preocupação em encarecê-las para evitar que os trabalhadores livres viessem a tornar-se facilmente proprietários, fugindo assim à condição de vendedores de força-de-trabalho ...". Em 1850, esta condição é legalizada para que seu acesso só fosse permitido não mais como uma concessão, pelo menos para uma parcela da população, mas através do poder de compra.

"... o governo fixara para terras virgens um preço artificial, independente da oferta e procura. O imigrante teria que trabalhar longo tempo como assalariado até obter dinheiro suficiente para comprar terra e transformar-se em lavrador independente. Assim constituía um fundo extorquido do trabalho ... o governo utiliza esse fundo para importar pobres da Europa ..." (MARX, 1971b:892).

2 - Inicia-se processo de constituição, no Brasil, de uma mão-de-obra livre proveniente do Exterior ⁽¹⁾. A própria

---

(1) As relações escravocratas, a desvalorização do trabalho manual, a possibilidade de reprodução em terras devolutas parecem ter sido obstáculos para incorporação da mão-de-obra nacional no processo capitalista, pois como assinala MARX (1971b:854) "não basta que haja, de um lado, condição de trabalho sob a forma de capital e do outro seres humanos que nada têm para vender além de sua força de trabalho. Tampouco, basta forçá-los a se venderem livremente. Ao progredir a produção capitalista, desenvolve-se uma classe trabalhadora que, por educação, tradição e costume aceita as exigências daquele modo de produção como leis naturais e evidentes ...".

Lei das Terras incorpora uma prática já utilizada pela Coroa, de importação de mão-de-obra subvencionada. Entre 1847 e 1857 instalam-se, no Estado de São Paulo, as primeiras colônias sob regime de parceria, como utilizadas em Minas Gerais. No entanto, esta experiência fracassa, pela intensa exploração da mão-de-obra que, ela própria custeando suas despesas iniciais de deslocamento, acaba-se ligada à propriedade. A partir da década de 1870, intro^uz-se o colonato, regime de trabalho, que combina o trabalho assalariado e o fornecimento de moradia, de áreas de plantio e criação.

3 - Efetiva-se a abolição do tráfico negreiro, processo que se iniciou formalmente em 1821, sob imposição da Inglãterra, e que se prolonga até 1850, quando o número de escravos entrados decai de 23.000 para 3.000 (PRADO JR., 1956: 155).

4 - Discute-se a questão da abolição da escravidão, processo iniciado, timidamente em 1871 e que se prolonga até 1988.

Além destes fatos, observa-se que as relações mercantis tornam-se mais monetarizadas, a produção assume um caráter mais mercantil, inclusive parte da produção de bens de consumo necessários ao trabalhador; ou seja, cria-se um mercado interno para a incipiente indústria nacional e local, estende-se a rede ferroviária, fluvial e marítima, favorecendo a circulação de mercadorias. A propriedade privada e a introdução de uma mão-de-obra livre são ao mesmo tempo pressupostos da formação de uma burguesia nacional e consequência do capitalismo liberal, ao qual essa burguesia se vincu-

lava, através dos financiamentos.

Porém, a constituição de relações capitalistas é regionalmente localizada, gerando outras regiões tributárias onde se reproduzem relações ainda não-capitalistas e não se constituem entraves para produção capitalista.

Como se apresenta a questão da saúde, neste regime monárquico? Como uma questão do domínio privado, familiar ou local e no máximo com um tipo de organização bastante precária e deficiente, as Comissões de Homens Bons (na Colônia), ou Probos (no Império), com funções filantrópicas e/ou fiscalizadoras, nas quais os proprietários rurais participavam como meio de obter prestígio social.

Não que não houvesse problemas sanitários graves. A Tabela 1 mostra os coeficientes de mortalidade por algumas doenças, entre 1860 a 1900, Rio de Janeiro. Constatam-se elevadíssimos coeficientes de mortalidade por tuberculose em todo o período. Todos os coeficientes mostram uma tendência de crescente, com alguns surtos de febre amarela. Na virada do século, a mortalidade por tuberculose ainda predomina, seguida pela malária, varíola e febre amarela.

TABELA 1 - Coeficientes de mortalidade por tuberculose (todas as formas), febre amarela, varíola e malária, por 100.000 habitantes. Rio de Janeiro, 1860 - 1900.

ANO	TUBERCULOSE	FEBRE AMARELA	MALÁRIA	VARÍOLA
1860	1.221,86	807,03	--	85,93
1861	1.061,28	156,12	--	112,51
1862	1.140,09	7,41	--	174,97
1863	1.046,70	4,23	--	--
1864	924,22	2,95	--	--
1865	959,17	--	--	--
1866	957,48	--	--	--
1867	1.063,54	--	--	--
1868	961,12	1,61	244,60	55,07
1869	996,68	143,51	243,23	17,93
1870	974,33	585,33	314,65	176,96
1871	937,23	3,74	368,71	56,15
1872	796,17	45,88	273,03	414,28
1873	813,79	1.567,20	449,30	697,72
1874	781,16	342,99	246,59	238,32
1875	798,52	516,36	362,89	145,07
1876	759,69	1.341,82	310,74	65,23
1877	766,13	105,13	274,76	38,40
1878	790,96	423,38	343,10	783,04
1879	745,64	338,58	266,27	68,48
1880	715,14	545,33	256,05	9,06
1881	658,19	83,24	207,95	41,13
1882	650,18	27,82	190,36	292,89
1883	624,88	484,94	287,10	411,96
1884	565,20	251,04	162,02	26,18
1885	528,47	124,82	211,78	1,12
1886	561,62	391,81	313,66	44,34
1887	527,66	35,69	244,94	874,75
1888	499,51	187,50	240,47	42,92
1889	526,19	521,11	496,94	147,19
1890	512,27	167,26	287,77	83,98
1891	540,30	1.012,45	501,81	896,12
1892	485,53	956,86	459,35	81,88
1893	459,67	178,79	254,65	11,70
1894	450,20	1.026,97	399,82	18,20
1895	504,57	169,08	361,53	385,51
1896	536,08	588,25	462,14	85,01
1897	482,56	31,34	226,89	7,09
1898	499,13	207,50	309,33	12,51
1899	497,14	137,39	251,10	262,19
1900	500,25	63,12	187,00	108,27

FONTE: RODRIGUES (1967:112).

É evidente que, sendo a capital do país, centro administrativo e político, esse quadro de mortalidade torna-se aí mais evidente; contudo, é de se supor que as doenças grassassem em todo território nacional (2).

Em 1820, constata-se um aumento de número de lepros no Vale do Paraíba, zona cafeeira do Estado de São Paulo, "... uma região densamente povoada e de todas a mais próspera pelo desenvolvimento agrícola" (R. NETTO, 1942:18, 21); em 1846, ocorre uma epidemia de febre amarela em Salvador, Bahia (LABRA, 1985). Contudo, poucas medidas efetivas eram tomadas, inclusive em 1837, "... a verba de 1 conto de réis para vacina baixara para 400\$000" (R. NETTO, 1942:21).

Do mesmo modo, órgãos responsáveis pelo controle de doenças não faltaram. Segundo o Visconde de Uruguai (apud MASCARENHAS, 1973:434), "... os serviços de saúde pública no Império de 1828 a 1850 ficaram a cargo dos municípios que nada fizeram senão organizar alguns regulamentos para tentativas de saneamento do meio; de 1850 a 1889, a centralização fez-se pela criação de órgãos centrais de saúde pública, seguidos, posteriormente, de órgãos provinciais e municipais, subordinados a um órgão central, tendo as municipalidades direito de legislar sobre a saúde pública".

Para elaboração dos regulamentos constituíam-se as

---

(2) Nos casos de epidemias, fora o isolamento para algumas doenças, sustentada pela teoria do contágio, as medidas de prevenção com base em teorias sobrenaturais consistiam em dias de oração e penitências. Em 1768, o Morgado de Matheus mandou "... fazer separar os doentes em todas as vilas e rogar ao Reverendo Vigário Capitular que ordenas se preces públicas em todas freguesias da Capitânia" (R. NETTO, 1942: 15). Dias de oração e penitências também eram freqüentes, nos séculos XVIII e XIX, nos Estados Unidos, como assinala TESH (1982).

comissões: "... em 1854, o Presidente José Antonio Saraiva Maria havia nomeado uma Comissão de Médicos incumbida de apresentar bases para o regulamento da higiene preventiva, mas a comissão entendera que esse regulamento só deveria ser confeccionado depois de se constituir, em Santana, um lazareto para 200 morféticos. E como para isso não se dispusesse de verba ..." (R. NETTO, 1942:24).

Quanto ao direito das municipalidades de legislar, essa função parece precária, mesmo considerando-se legalmente o período de descentralização política, entre 1820 a 1850.

SPOSATI (1987:66), analisando a Irmandade de Misericórdia, nota que "... quem a ela pertencesse possuía um status diferente. Tal honraria possibilitava que o paulista não se desvencilhasse do exercício da vereança ou de outros cargos públicos. Estes, não remunerados, exigiam ainda uma dedicação que obrigava a permanência no povoado e impedia que se tocassem "os negócios" mata adentro, no estilo paulistano". É possível que esta "aversão" aos negócios públicos permanecesse ainda, no final do Império.

A existência de uma legislação sanitária não efetivava sua aplicação, como mostra a mesma autora:

"... os fiscais da Câmara, também, deveriam realizar inspecções e sugerir medidas adequadas, como por exemplo, em relação aos cortiços. Uma das situações urgentes em São Paulo era solucionar a precariedade das moradias. Contudo, como consta de jornal da época, os fiscais temiam que as medidas mais efetivas comprometessem seu compadrio com os

vereadores e que isso levasse a perda do seu em
pre
go ...". (SPOSATI, 1987:77).

observando a existência de interesses associados no aparelho de Estado; dos fiscais, na preservação de seus cargos e dos vereadores, na sua política clientelística.

A normatização não se efetiva, também, porque a ex
pedição de leis e normas para o estabelecimento de uma orga-
nização sanitária ocorre sem a implantação de estrutura admi-
nistrativa sanitária adequada, fato este comum na Saúde Pú
blica brasileira. As vezes, a própria ação a ser desenvolvi-
da é uma atitude de um indivíduo, exercendo a atividade no
domicílio e, submetido às regras formais, administrativas que
orientam sua ação:

"O Instituto Vacínico, criado em 1838, ainda esta
va sem "organização regular" e por isso não havia
prestado os bons serviços a que se destinava, fun-
cionando no domicílio do Dr. Comissário Vaccinador
e Inspetor de vacinação, sem que fosse auxiliado
por indivíduos de competência" (R. NETTO, 1942:23).

Em 1886, ARRUDA (1936:100), inspetor de higieneda
Província de São Paulo, aponta entre as necessidades da Pro
víncia: "... montar e manter-se a repartição de hygiene
que installada desde março do ano passado, continua a funcio-
nar em um escriptório médico mantenido a custa particular do
Inspector de Hygiene que lhe fornece desde o papel, penna e
tinta e até o aluguel da casa, acrescento que mesmo assim a
municipalidade exige que sejam pagos os direitos desse con
sultório médico onde, cumulativamente e a expensas particula

res, está desempenhando uma repartição pública, sem pagar aluguel".

Como nota R. NETTO (1942:24), os recursos eram mínimos para o exercício da função sanitária:

"... no último ano da monarquia, reservara-se 597 contos ou apenas 0,4% do total para a higiene pública, quando os ministérios da guerra e da marinha deviam absorver 19,6%, as vias férreas 35% e a imigração estrangeira 7%."

Estes fatos, contudo, não devem ser vistos, negativamente, como uma demonstração de ineficiência, da crônica falta de recursos dos órgãos públicos. Muito pelo contrário, devem ser vistos em seu caráter positivo, na sua contribuição para implantação de uma legislação sanitária, de uma estrutura burocrática e na preservação dos vários interesses que o aparelho estatal incorpora. Observa-se que as ações e os indivíduos são absorvidos, posteriormente, na estrutura organizacional, preservando, também, os interesses particulares, pelo regime jurídico de trabalho.

Essa "organização embrionária", já regida por uma série de normas legais, não desaparecerá na República.

2. A FORÇA-DE-TRABALHO E A CONEXÃO INTERNACIONAL (1889-1930)

A República, em 1889, representa mais uma etapa na

constituição de um Estado-Nação, mas não destrói as oligarquias regionais e nem os resquícios monárquicos, centralizadores. Estabelecendo uma série de direitos e liberdades burguesas (a Constituição, a Assembléia de duas Câmaras, ampliação de direitos eleitorais), processo inerente à expansão e consolidação de uma sociedade de classes combina os interesses das diferentes oligarquias regionais, sob a hegemonia da burguesia cafeeira (mineira e paulista), interesses estes em oposições e que se expressam nos conflitos entre uma centralização estatal e descentralização regional, que marcam este período e que o Estado Novo tentará solucionar.

A Constituição de 1891 adota um sistema federativo, constituído de estados autônomos; um sistema de representação composto de Câmara de Deputados e Senado Federal, eleitos por sufrágio universal; segundo FAUSTO (s/d:9) "... ela representa uma vitória dos grandes Estados ... deu-lhes ampla autonomia para contrair empréstimos externos, constituir forças militares próprias e uma justiça eleitoral. Garantia a supremacia regional da oligarquia paulista e mineira, sem esfacelar o Poder Central ...".

Como nota RODRIGUES (1967:23, 24), "... os nossos legisladores e constituintes da época, tomando como paradigma os Estados Unidos da América, estruturam o Brasil e deram-lhe uma Carta Magna, inspirada naquele país amigo. Entretanto, as origens e a formação dos Estados Unidos foram completamente diversas das que determinaram a nossa República .... O Estado é uma entidade autônoma e soberana para resolver e decidir sobre todos os assuntos internos, ficando a atribui

ção federal limitada aos assuntos que digam respeito à relação entre os Estados ou à alçada internacional. Este espírito que se procurou outorgar ao Brasil com a Constituição de 1891, magnífico do ponto de vista da concepção, falhou na base, isto é, a situação de fato das então chamadas Províncias do Brasil" onde "... cada Estado reger-se-á pela Constituição das leis que adota, respeitados os princípios constitucionais da União..."

É este poder central, sob hegemonia da burguesia cafeeira, que iniciará a incorporação da Saúde como uma área de atividade estatal, sua forma de organização, os momentos e os locais de sua atuação.

Em momentos "normais", a saúde não se caracteriza por ser uma área específica, tanto que os recursos a ela destinados encontram-se englobados em "Socorros Públicos", mostrando ainda seu caráter filantrópico e emergencial. A existência de recursos, contudo, serve às duas finalidades: a subvenção das entidades filantrópicas e a política clientelística, como mostra MASCARENHAS (1949:18):

"... as verbas, consignadas de 1892 a 1930, na rubrica de Socorros Públicos... criadas, inicialmente, para o combate as epidemias foram desvirtuadas. Tornaram-se ... propriedade de deputados estaduais. Cada deputado tinha uma certa proporção dessa verba e a distribuía pelos hospitais de sua zona eleitoral sem controle algum por parte das autoridades sanitárias. Presumimos, sem poder afirmar com segurança, que parte das verbas dessa rubrica era

encaminhada às Prefeituras Municipais para obras de saneamento. Em alguns casos, eram utilizadas em carácter provisório para pagamentos de funcionários dos serviços sanitários. Em vésperas de eleições, essas verbas eram aumentadas quer diretamente, quer indiretamente através de suplementação, o que mostra o cunho político das mesmas ...".

Em caráter emergencial, deslocam-se recursos de outras fontes, como nota R. NETTO (1942:25), "Rodrigues Alves ... tentou, às vésperas da República facultar os incipientes serviços de higiene e saúde de São Paulo a autoridade e os recursos necessários para torná-los satisfatoriamente eficazes. Para isso, fez retirar 25.000\$000 dos créditos de imigração, sempre folgados afim de distribuí-los do seguinte modo:

Hospital de isolamento de contagiados ..	6:000\$000
Instituto Vaccinogenico	3:000\$000
Laboratório de Análises Químicas	2:000\$000
Hospedaria dos Imigrantes	2:000\$000
Gratificação aos Inspetores de Higiene e outros empregados da repartição	6:000\$000
Melhor acomodação da mesma repartição ..	6:000\$000

Constata-se, portanto, que, mesmo na República, apesar do quadro de morbilidade e de alta mortalidade, as questões de Saúde Pública eram tratadas como área não específica e seus recursos, destinados à assistência médica-hospitalar ou outras. As doenças e suas conseqüências são solucionadas

predominantemente, fora do âmbito público, em nível privado, pelas famílias e entidades filantrópicas, estas mantidas pelas contribuições de proprietários rurais e/ou auxílios e subvenções governamentais.

Neste sentido, a Saúde Pública, como uma área específica de atuação não se institucionaliza, apesar das tentativas de organização e não se institucionaliza, inclusive, por ausência de uma feição própria, fundamentada num saber específico, combinando atividades assistenciais (sociais ou médicas) e fiscalizadoras. E apesar das leis, decretos, normas, ela não ganha muita expressão, nas diversas Constituições desde 1824 até 1964, tendo alguns de seus aspectos incorporados à legislação trabalhista, após 1930.

Internacionalmente, contudo, em meados do século XIX, ou antes, a questão do controle de doenças transmissíveis, cujas medidas impediam a circulação, torna-se um problema econômico e político. Em 1851, realizava-se, em Paris, o 1º Congresso Internacional de Saúde com 12 delegados, cujo debate fundamental girava em torno da teoria da causalidade de doenças, opondo-se os miasmáticos e os contagionistas (HOBSON, 1965:5).

TESH (1982:328) assinala como a ideologia liberal suprime a teoria do contágio, encontrando sua sustentação forte oposição entre médicos liberais e novos industriais. Nota que:

"Lacking sufficient scientific evidence to the theory, they dressed up contagionism in symbolic garb that linked it to the ancien regime. Contagionism

they implied, was the province of vapid mentalities of people with no sense of progress, leftovers from prescientific era who revered authority for its own sake. They called quarantines ineffective and wasteful, and charged that closing was mere mindless bureaucracy. In contrast, they presented the atmospheric or anticontagionist hypotheses as a new idea, consistent with the ideals of progress, individualism and freedom that guided the Industrial Revolution."

Gualtier, escrevia, em 1833, "... quarantine is useless and the injury it inflicts on the commercial relations and maritime intercourses of the country is an absolute and uncompensated evil ..." (apud TESH:328) (3).

No Brasil, "... o Decreto 1558 de 07 de outubro de 1892, assinado por Floriano Peixoto estabelecia que a carne de charque, entre outros artigos, era ... suspeita ou suscetível de reter ou transmitir contágio levou a uma série de reclamações, pelos inconvenientes que provocara ao comércio internacional ..." (GARCIA, 1984:86). A chamada "guerra da quarentena" entre Brasil, Argentina e Uruguai, em 1893, correspondeu em grande parte às lutas internas entre diferentes setores da burguesia do Brasil" (GARCIA, 1984:29).

---

(3) Portanto, parece incorreta a afirmação de BLOUNT (1972) de que os partidários da saúde pública paulista recorriam a argumentos econômicos, ao contrário, que os americanos e europeus cujos argumentos eram mais humanitários. TESH (1982) mostra que as medidas de controle de doença sempre se associaram a interesses econômicos e políticos, em diferentes épocas, tanto nos Estados Unidos como na França.

Em 1895, sob pressões internacionais da burguesia externa que controlava o comércio exportador no Brasil, e internas da burguesia cafeeira, as restrições impostas pelo decreto acima referido são anuladas. São estes mesmos interesses que resultam na criação de uma Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e no saneamento dos principais portos. Como nota FAUSTO (s/d:9) "... burguesia cafeeira não foi simplesmente beneficiária da ação do Estado mas forjou as instituições estatais e transformou-as no instrumento de seus interesses."

O aparecimento, em 1899, da peste bubônica, em Santos, marca a chegada, na América, da pandemia mundial que havia começado no Extremo Oriente, em 1894. De Santos, a doença alastrou-se para o Rio de Janeiro em 1900 e em ambos os Estados, essa situação possibilitou a instalação de laboratórios de produção de soros e vacinas, Butantã e Manguinhos (STEPHAN, 1976), incorporando-se a alguns institutos e serviços de saúde já existentes.

Entre 1898 a 1910, ocorrem, no Brasil, as primeiras campanhas sanitárias em todos principais portos brasileiros (Santos, Rio de Janeiro, Recife) ⁽⁴⁾, integrando-se a um vasto programa de saneamento marítimo em nível mundial e sob imposição do imperialismo internacional.

É evidente que estas Campanhas, através de medidas de saneamento dos portos, de extinção dos cortiços, resultaram em alterações dos coeficientes de mortalidade, que já vinham decrescendo (v. Tabela 1) mas, como nota COSTA (1985:

---

(4) Para Recife, v. MELLO, M.A.B.C. (1985).

64), apesar das Campanhas Sanitárias, "... a dita mortalidade causada pela varíola continuou a dizimar contingentes ponderáveis da população e a significar uma ameaça à força-de-trabalho a um mal incontrollável mesmo entre as classes dominantes", como provavelmente a malária, a tuberculose, doenças que ainda, em meados do século XX, continuaram a ter importância fundamental.

O que parece relevante na Saúde Pública brasileira é que não é na reprodução da força-de-trabalho, em âmbito da produção, que reside sua primordial função, mas, essencialmente, na circulação e distribuição de mercadorias, inclusive da mercadoria força-de-trabalho estrangeira. A imigração estrangeira contava com significativa subvenção governamental, como mostra a Tabela 2.

TABELA 2 - Total de imigrantes e porcentagem de imigrantes subvencionados, Brasil 1888 a 1915.

Período	Total de imigrantes	% imigrantes subvencionados
1888/1890	152.240	63,4
1891/1900	719.595	79,4
1901/1910	420.447	40,1
1911/1915	356.045	36,0

FONTE: CARDOSO (1977:25).

Observa-se que, entre 1891/1900, ocorre maior entrada de imigrantes e, conseqüentemente, maior subvenção, decaindo, paulatinamente até sua extinção. Imigração essa que contribuiu, entre 1890 a 1940, com o valor estimado de 10,0%,

conforme LEVY (1974) para o crescimento populacional. Por outro lado, desde 1870, as taxas brutas de mortalidade vinham decrescendo, enquanto as taxas brutas de natalidade permaneciam altas, possibilitando um elevado crescimento vegetativo, Tabela 3.

No Estado de São Paulo, observa-se uma taxa de crescimento de 3,6% ao ano, entre 1872 a 1900, contando, também, com o excedente de mão-de-obra de regiões economicamente de menor produtividade, conforme observa FURTADO (1971).

TABELA 3 - Taxas brutas de crescimento de natalidade e mortalidade, Brasil, 1870 a 1970/1.000 habitantes.

Período	Taxa Bruta de Natalidade	Taxa Bruta de Mortalidade	Taxa Bruta de Crescimento*
1870-1875	46,33	31,12	15,21
1875-1880	46,66	30,19	16,47
1880-1885	46,77	29,10	17,67
1885-1890	46,55	28,00	18,55
1890-1895	46,32	26,84	19,48
1895-1900	46,33	25,71	20,62
1900-1905	46,53	24,61	21,92
1905-1910	46,69	23,61	23,08
1910-1915	46,61	22,69	23,92
1915-1920	46,46	21,87	24,59
1920-1940	44,37	24,94	19,43
1940-1950	44,37	20,60	23,77
1950-1960	43,32	13,43	29,89
1960-1970	37,73	9,43	28,30

* Somente o crescimento vegetativo (Natalidade-Mortalidade).

FONTE: MADEIRA apud POSSAS (1978:82).

Consequentemente, dada a essa disponibilidade de mão-de-obra, é pouco provável que se colocasse como fundamental a reprodução da força-de-trabalho. São interesses predominantemente comerciais e financeiros (internos, regionalmente localizados e externos) e os investimentos neles envolvidos, que determinam as Campanhas e não interesses propriamente produtivos.

Na zona rural, o próprio regime de colonato combinava salário em dinheiro e em espécie, fornecendo ao colono habitação e áreas de cultivo e de criação. Esse regime era necessário para funcionamento da produção cafeeira em duplo sentido, de um lado, o fornecimento de moradia favorecia um certo grau de estabilidade dos colonos; por outro lado, permitia a regeneração da força-de-trabalho e o desenvolvimento de uma prole, tanto em área rural como urbana, como indica a existência de colônias e vilas operárias (5).

É evidente que a produtividade do trabalho era um elemento importante e neste sentido, o saneamento terrestre através do controle de doenças debilitantes como a ancilostomíase e a malária, teve sua importância e principalmente, nas zonas cafeeiras do Estado de São Paulo. Contudo, mais do que isso parece que o intenso fluxo migratório, o regime especial de trabalho vigente, e a permanência de relações não capitalistas nas áreas rurais brasileiras, tiveram um papel fundamental no crescimento da população brasileira e, dada às condições específicas do desenvolvimento capitalista, pos

---

(5) Neste aspecto, cabe ressaltar os obstáculos para estabelecimento de relações tipicamente capitalistas, analisadas no item 1.

sibilitaram a ampliação de uma mão-de-obra excedente.

Cabe notar, inclusive, que as relações capitalistas de produção não eram predominantes, mesmo nos raros centros urbanos, onde o processo de industrialização era ainda incipiente e compunha-se de pequenas empresas de produção de bens de consumo não duráveis e destinados a mercados locais. Mesmo, as indústrias existentes no interior de São Paulo (e provavelmente em outras regiões) estavam ligadas aos interesses comerciais e financeiros de grandes empresários, não dispondo de máquinas próprias, utilizando-se de um sistema de arrendamento (IYDA, 1979).

Com as considerações acima, quer-se assinalar que a não ser em pequena escala, não há generalização de relações capitalistas, mesmo no setor industrial.

Neste sentido, as Campanhas Sanitárias tiveram uma outra face, a de estabelecer, dentro dos princípios prevalentes de ordem e progresso, uma área específica de atividade estatal e sua organização, em nível nacional. Tratava-se de estabelecer um consenso sobre a legitimidade dessa ação estatal, legitimidade essa dada pela utilização de meios racionais, científicos. E, sem dúvida nenhuma, tanto Oswaldo Cruz como Emilio Ribas, foram fundamentais na construção desta legitimidade, pelo prestígio científico que gozavam nos meios intelectuais e coerência com os ideais republicanos ⁽⁶⁾.

---

(6) Emilio Ribas fundou, em 1888, um Club Republicano, "... moço de idéias adiantadas e espírito democrata não se fez esperar a sua ação em favor da Democracia. É assim que, a 29 de julho de 1888, como distinto republicano que era convocou com outros amigos e correligionários uma reunião, à qual compareceu representantes de três partidos militantes e fundou o Club Republicano..." (Arq. Hyg., 1936:42).

A ação do primeiro ganha maior expressão nacional, não somente em virtude das circunstâncias econômicas e políticas em que ocorrem as Campanhas Sanitárias (movimentos contra o custo de vida, de tentativa de golpe militar), como também, pelo fato de ter tentado implantar um modelo de organização em nível nacional, por meio das Missões Científicas, utilizado pelos colonizadores europeus, na África, Ásia e América, e que consistia no envio de missões para obter material ou realizar estudos e regressar ao centro, deixando um embrião, uma reprodução da organização existente na Metrôpole (GARCIA, 1984) ⁽⁷⁾. Uma alternativa semelhante a esta, era seguida pela Fundação Rockefeller:

"A Fundação motivara o interesse dos Estados por determinados problemas. Propunha-lhes modelos de organização e operação. Fazia demonstrações orientadas para se constituírem em normas teóricas e prática. Não descuidava da legislação necessária. Introduzia tecnologia e financiava os primeiros passos para deixar a totalidade dos custos e necessidades, geradas pelo modelo nas mãos do governo" (FRANCO-AGUDELO, 1984:121).

E estes modelos estavam estritamente vinculados aos interesses econômicos, de ocupação de áreas:

"... Como os colonizadores europeus, grande parte dos primeiros trabalhos de saúde pública no estrangeiro feito por americanos, inclusive a pesquisa

---

(7) Oswaldo Cruz desenvolveu em fins do século passado, estágio de estudos e de aperfeiçoamentos em Paris (FONSECA FILHO, 1974).

científica, era relacionada diretamente não apenas aos negócios, mas também às necessidades militares do imperialismo ..." (CLEAVER, 1984:51; FEE, 1987).

Segundo GARCIA (1984:51, 53):

"... em 1900, o Departamento Médico do Exército dos Estados Unidos nomeou duas comissões para estudar as doenças tropicais, a primeira nas Filipinas e a segunda em Cuba... Entre 1898 e 1901, Gorgas, médico do Exército, havia tentado erradicar a febre amarela, sem êxito, com base na limpeza do porto de Havana, de acordo com o pensamento da época. .. Em março de 1901, Gorgas mudou a estratégia, ao levar em conta a quarta comissão norte-americana que havia confirmado a teoria de Finlay, segundo a qual o mosquito transmitia a febre amarela, conseguindo em seis meses a erradicação da doença ...".

No Brasil, Emílio Ribas, nomeado diretor do Serviço Sanitário do Estado em 1898 e encarregado de acabar com epidemia de febre amarela, principalmente em Jaú e Campinas, começou, em dezembro de 1902, "... uma experiência seguindo as pegadas da Comissão Norte-Americana de Cuba, presidida por Reed; mosquitos infectados por terem picado doentes no Interior, foram trazidos à Capital ..." (MASCARENHAS, 1973:432).

Esta experiência teve apoio do governo central: "... o Presidente Rodrigues Alves autorizou (Pereira) Barreto, Ribas e Adolfo Lutz, diretor do Instituto Bacteriológico, a realizar uma série de experiências de inoculação em seres humanos a fim de confirmar a descoberta da Comissão Reed" (STEPHAN, 1976:84).

No Rio de Janeiro, Sales Guerra convidado a assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública, "... recomendou Oswaldo Cruz, com quem havia estudado as novas descobertas de Reed. Oswaldo Cruz esboçou para (Rodrigues) Alves um plano de ação ambicioso contra as três doenças epidêmicas no Rio, passíveis de controle imediato:- a febre amarela, a varíola e a peste ... e ao assumir o cargo de Diretor mandou um delegado a Havana para observar o trabalho das autoridades americanas em Cuba" (STEPHAN, 1976:86).

Estabelecia-se, assim, o que LABRA (1985:25) denominou a conexão internacional, favorecida pela criação, em 1902, da Oficina Sanitária Panamericana - OPS - "... como um mecanismo para que os Estados Unidos pudessem implantar certas medidas relativas ao saneamento marítimo ..." como assinala GARCIA (1984:37) ficando as empresas industriais-financeiras, como a Fundação Rockefeller, responsáveis pelo saneamento terrestre nas Campanhas contra Doenças Debilitantes (Ancilostomíase e Malária). Esta conexão marcará a Saúde Pública no Brasil e a organização dos seus serviços saúde.

FONSECA FILHO (1974) assinala que as primeiras e as diferentes Missões do Instituto Oswaldo Cruz atendiam às solicitações de entidades públicas e privadas, entre as quais o próprio Ministério das Relações Exteriores.

Em 1906, a Missão desloca-se para Itatinga (SP) para possibilitar "as obras de construção de usina hidro-elétrica empreendida pela Companhia Docas de Santos, suspensas devido a epidemia de impaludismo que grassava entre trabalhadores ...", realizando, no Brasil, a primeira campanha anti-ma

lária, e posteriormente, em Xerém (RJ) para possibilitar os trabalhos de prolongamento de abastecimento de água; em Minas Gerais, para o prolongamento das linhas da Estrada de Ferro Central do Brasil até Pirapora. Na mesma época, Arthur Neiva é encarregado de importante campanha contra malária "que estava prejudicando a construção da Estrada de Ferro No_{roeste} do Brasil, no Estado de São Paulo" (FONSECA FILHO, 1974:19).

Em 1910, Oswaldo Cruz, a convite dos dirigentes da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, associada a "Port of Pará", empresa americana, inicia a campanha contra febre amarela, no Pará, que já havia experimentado uma epidemia, em 1850, com elevada mortalidade, como assinala FRAIHA (1972). Relata, ainda, o autor que, quando esses dirigentes decidiram recorrer a Oswaldo Cruz, este apresentou ao governador as condições que deveriam ser indispensavelmente observadas, entre as quais, "a adoção pelo Estado, dos regulamentos sanitários em vigor do Distrito Federal e dos que regem os serviços sanitários dependentes da União; criação de uma Comissão Sanitária de Profilaxia da Febre Amarela, sendo esta comissão inteiramente autônoma ... execução das medidas coercitivas de que cogitam os aludidos regulamentos, por via administrativa e pela Comissão de saneamento" (FRAIHA, 1972:35, 36). Além destas condições, estabeleciam-se, por leis e decretos estaduais, os recursos financeiros e materiais indispensáveis, contribuindo para a eficácia das campanhas.

Tanto na lei que instala o Serviço de Profilaxia de Febre Amarela, no Pará, quanto no decreto que cria a Co

missão, estabelecem-se que "em caso de antagonismo entre leis estaduais e federais vigorarão sempre estas ..." e "... para acorrer às despesas com o serviço de profilaxia de febre amarela ... fica o Governador do Estado, autorizado a abrir os créditos necessários e a fazer operações de crédito, se achar conveniente ..." (FRAIHA, 1972:47, 49).

Em 1919, quando se reorganiza o serviço de profilaxia rural, "o governo, visando a que fossem executadas as instruções do Ministério do Interior na forma estabelecida, condicionou a liberação das verbas à obediência as diretrizes do Centro, mediante declaração prévia desse compromisso por parte dos Estados ... Para os Estados que contratassem a assistência da Fundação Rockefeller, a União se comprometia a entrar com um auxílio de 25% das despesas ..." (LABRA, 1985: 104) que, como mostra FRANCO-AGUDELO (1984), possibilitava a essa Fundação a exigência de manter a direção e o controle sobre o programa empreendido.

Em 1919, a "... Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia elevou veementemente seu protesto contra o que considerou intromissão indevida da Diretoria Geral de Saúde, expressando "... a tutela que a saúde pública federal nos quer impor é inadmissível e fere nossos bríos ... Não obstante, no mesmo ano, houve um surto de febre amarela nesse Estado, solicitando-se ajuda federal. O Ministério do Interior, através da Diretoria de Saúde, impôs uma série de restrições "insólitas, inéditas e descabidas aos passageiros provenientes da Bahia, instituindo passaportes sanitários e quarentenas aos viajantes... medidas que, aliás, há muito tempo Oswaldo

Cruz tinha extinto" (LABRA, 1985:107).

São estas medidas coercitivas, extintas em 1919 que marcam, também, os mecanismos utilizados e incorporados na organização sanitária, como em qualquer órgão estatal no controle de massas populacionais.

GARCIA (1984) chama a atenção para o fato de que a origem do Saneamento estatal americano surgiu nos serviços de hospitais da Marinha e que os diretores da Organização Panamericana de Saúde (de 1902 a 1947) provinham desses serviços ou do Public Health Service. Ora, esse fato imprime às campanhas sanitárias o enfoque conceitual e organizacional da corporação militar. Como assinala MANHEIM (1962:264, 265) o verdadeiro pioneiro na história das modernas técnicas sociais "... foi o exército dos Estados absolutistas porque foi a primeira grande instituição que não só previu os métodos racionais de criar artificialmente um comportamento uniforme das massas por meio da disciplina militar e de outros recursos para superar o medo, mas também, usou estes métodos para educar grandes massas (em sua maioria das classes mais baixas) a agir e, se possível, a pensar, de determinada forma".

É evidente que a criação deste comportamento uniforme incorpora-se em elementos ideológicos de "combate ao inimigo, às doenças" e cria uma identidade universal como se as doenças atingissem indiferencialmente todos os indivíduos, gerando um espírito de união, um consenso que dá legitimidade às ações, inclusive, a possibilidade de utilização da coerção física.

GAMBETA (1984) demonstra este fato, ao analisar o saneamento da cidade de Santos, cidade portuária que cresce entre 1886 a 1900, em 223%. Ligada ao interior do Estado, em 1868, por uma rede ferroviária, experimentou, em 1889 uma epidemia de febre amarela e em 1899, a entrada da peste bubônica. Cidade-acampamento de muitos imigrantes, sem infraestrutura habitacional, vê proliferar as "casas de cômodos", nela amontoando a população trabalhadora. Em 1891, o governo contratou um engenheiro sanitário da Universidade de Cornell para projetar o saneamento geral de Santos. Em 1893, é formada uma Comissão Sanitária com "... um poder paralelo se não preponderante à Intendência Municipal" (GAMBETA, 1984: 22) para extinção dos cortiços, altamente prejudiciais à saúde, estabelecendo o conflito entre as duas instâncias.

Para a Comissão Sanitária, a extinção dos cortiços não deveria ser protelada. A troca de ofícios com a Intendência Municipal de Higiene, em fevereiro de 1892, o deixa claro. Assim dirigia o Intendente à Comissão Sanitária:

"Quase diariamente, com a solicitude que vos despertam a salubridade desta terra e a responsabilidade do cargo que dignamente exerceis, requisitais de mim a demolição de cortiços, realmente imprestáveis, e manifestais o desejo de que a extinção destes casebres se torne efetiva imediatamente após o prazo concedido por ocasião da intimação. Penso convosco que há necessidade absoluta de eliminando perímetro urbano estas construções viciosas, anti-higiênicas e altamente nocivas à saúde daqueles

mesmos que os habitam; no entanto, sou forçado a confessar também que, rigorosamente possível uma ou outra demolição, nem todas são possíveis, porque uma vez desalojadas as famílias que moram nestes cortiços, não terão recurso de achar casa para habitarem de acordo com os recursos de que podem dispor. Não ignorais as dificuldades que aqui existem no que diz respeito a casas de aluguel para as classes pobres, de modo que demolindo os cortiços em que elas habitam pratica-se o ato violento de enxotá-las para a rua, uma vez que nem temos cômodos provisórios, em forma de galpões, para abrigar temporariamente estas famílias." (GAMBETA, 1984: 24)

Dois dias depois o Chefe da Comissão Sanitária lhe responderia:

"Compreendeis facilmente que a Comissão Sanitária não pode nem deve contemporizar e tão pouco ter contemplação, pois de outra forma será iludir a confiança que nela deposita o Governo do Estado, que, com louvável intuito, enviou-a para esta cidade. (...) Penso ser preferível que os seus moradores sejam obrigados a residir em outro (lugar), mesmo acumulados, observados certos preceitos higiênicos, do que permanecerem em verdadeiros focos de infecção constantes e permanentes." (GAMBETA, 1984:24,25)

Na medida em que o fundamental era o saneamento dos portos, diante dos impasses, prevalecia o organismo estadual,

apoiado no Código Sanitário e em nome da salubridade.

"... com o sabor de "dever cumprido" assim relata um zeloso inspetor sanitário: ... Quando intimidava a demolição de algum cortiço e não era cumprida a minha resolução no fim do prazo determinado, era aplicar a multa e imediatamente fazia demolir por uma turma de operários, garantida a boa marcha do serviço com a presença de praças, requisitadas às autoridades competentes." (GAMBETA, 1984:22)

Observa-se que, quando as medidas legitimadas pela ciência, não eram suficientes, contrapondo-se às reais condições de vida, provocando resistências, estas só são removidas à base da utilização de uma coerção maior. Do ponto de vista imediato, soluciona-se o problema localmente, gerando os mesmos problemas em outras áreas e a utilização dos mecanismos de controle. As medidas, impostas pela Comissão Sanitária "obrigação de residir em outro (lugar) mesmo acumulados, observados certos preceitos de higiene", disseminam a pobreza acumulada como recomenda o engenheiro sanitaria americano e resulta, conforme Simonsen, "... na preferência da classe operária pelas casinholas de madeira em pleno campo, livre da ação disciplinadora da higiene e ... do fisco" (apud GAMBETTA, 1984:26)

Contudo, em 1920, com o saneamento terrestre, na Campanha da Ancilostomíase, esta população foi novamente alvo de atenção profilática.

"Lá vem o Doutor da Comissão Sanitária subindo o Morro de São Bento com seus auxiliares fazendo lis

tas de moradores, exigindo amostra de suas fezes, receitando vermífugos, impondo uso de calçados, convencendo ou reprimindo." (GAMBETA, 1984:26)

Esta forma de institucionalização da Saúde Pública integra-se a um quadro mais amplo do novo regime governamental, a República. Ela não representa apenas uma nova forma de governar, mas também, novas bases de legitimação. Apesar de federativo, o regime republicano preserva traços centralizadores e autoritários do regime monárquico, motivo das frequentes discussões quanto à presença do governo federal nas atividades governamentais locais. Como uma nova forma de regime, correspondente ao desenvolvimento econômico que se inicia em meados do século XIX, a República não pode buscar seus fundamentos ideológicos nos princípios religiosos, mas naqueles que representam a ordem econômica em desenvolvimento. Princípios estes que já predominavam nas formações sociais europeias e norte-americanas e especificamente, o positivismo, onde se encontram os ditames da ordem e estabilidade social, necessários ao regime político.

Segundo SIMON (1986:129) "... as idéias de Comte encontraram um solo fértil no Brasil. Suas primeiras manifestações datam de 1850, em teses de doutoramento da Escola de Medicina e da Escola Militar mas só a partir de 1870, a discussão dos temas positivistas deixa a academia para interferir na política."

Assim se expressa IANNI (1983:66, 67):

"Da mesma forma que o catolicismo havia sido a doutrina básica dos governantes durante o período mo

nárquico (1822-89), o positivismo passa à categoria de doutrina principal no período republicano. Ao mudar a composição de forças do bloco do poder, modifica-se também a ideologia dominante. É inegável que o positivismo influenciou bastante o pensamento orgânico das classes dominantes, ao longo da primeira fase da república (1899-1930) ... favoreceu o militarismo e o forte predomínio do aparelho estatal em amplas esferas da vida social ... a repressão contra os movimentos sociais rurais e urbanos - Canudos, Contestado, protestos contra a vacina obrigatória e outros - foi a contrapartida antipopular e antidemocrática da ordem e progresso."

É para esta "ordem e progresso" que passa a haver uma necessidade de uma referência unificadora e identificadora em relação à Saúde. Do mesmo mesmo que, a partir da República, tenta-se criar uma identidade social em torno da Nação, elemento constituinte da sociedade burguesa e que, legalmente, inicia-se com a Independência, o mesmo processo ocorre com a Saúde Pública, o Estado, responsável pela saúde da população; do senhor de escravo e das ordens religiosas para uma entidade mais abstrata.

Tratava-se, em resumo, de constituir uma esfera da ação estatal, a Saúde Pública, sua área de atuação e sua especificidade, a autoridade legalizada e as formas organizacionais, e um corpo de funcionários, a burocracia sanitária, elementos constitutivos da estrutura social capitalista. Não se tratava apenas de organizar o âmbito da saúde pública pa

ra coagir as "classes populares", mas também de oferecer às outras classes as representações e, mesmo, os mecanismos de controle social.

Ao buscar esta área de administração estatal, procurou-se-ã, também, a formação de intelectuais para o exercício das funções, destacando-se o papel dos Institutos Oswaldo Cruz (RJ) e Higiene (SP).

É, na sua contribuição para constituição de relações políticas, das idéias sanitárias, de sua organização mais do que no controle de doenças, que a Saúde Pública se impõe. Em 1957, ALMEIDA (1957:211) dizia:

"Hoje, no Brasil, por incrível que pareça, ainda para a maioria dos médicos, dos professores de Escolas de Medicina e até de Escolas de Saúde Pública, saúde pública significa, apenas, fiscalização sanitária, quarentena, isolamento, comando sanitário, e por isso também assim pensam os leigos e a imprensa."

ressaltando que, no controle de doenças, ela se mostrava ineficaz:

"... da saúde pública, no seu conceito atual, que já erradicou as pestilências, dominou as epidemias, está controlando as endemias em muitos países e haverá de erradicá-las, que reduziu a mortalidade, diminuiu a morbidade e a invalidez, que recupera a saúde, que duplicou a vida média do homem em poucas décadas, nos países mais adiantados. Desta

saúde pública que, infelizmente, meus senhores, o interior do Brasil ainda desconhece a não ser em poucas áreas privilegiadas." (ALMEIDA, 1957:208)

Contudo, é esta a Saúde Pública que se impõe. Até hoje predominam o efeito e os mecanismos destas ações coletivas que, não só nos países centrais, como no Brasil, conseguiram controlar algumas doenças epidêmicas importantes do ponto de vista do capital, no final do século passado e no início deste, e considerada como uma "revolução da saúde pública", como assinala TESH (1982).

Se, como afirma a mesma autora, o Public Health Act não é uma vitória médica e sim de classes, a mesma afirmação se aplica às Campanhas Sanitárias.

Os conflitos internos entre as diferentes frações da classes no início da República, prolongam-se, na década de 20, agudizados pela Primeira Guerra Mundial. Associados aos debates sobre a organização político-social entre republicanos, as oligarquias regionais não hegemônicas, os anarquistas e, posteriormente os comunistas, as reformas dos serviços de Saúde Pública ocupam o centro de atenção e de debates. Nestes debates, como mostra LABRA (1985), não só se identificam forças divergentes, envolvendo representantes de entidades médicas, Sociedade de Medicina e Cirurgia, e órgãos oficiais, como também, está incluída a questão da autonomia das administrações locais, como bem mostrou o protesto da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, em relação às ações da Diretoria Geral de Saúde.

A descentralização republicana é meramente executi

va, uma vez que os recursos orçamentários, provenientes de taxas de importação, de selo e de consumo, estabelecidos pela Constituição de 1891, beneficiaram apenas os estados economicamente mais poderosos, como nota FAUSTO (s/d). Consequentemente, grande parte dos estados dependia do governo federal, não se concretizando os ideais republicanos de autonomia estatal.

Uma maior interferência do governo federal encontrará maior aceitação após 1920, em virtude da crise econômica cafeeira desde o início do século e agravada com a primeira guerra mundial. É a partir desta data que se inicia, segundo GOMES (1982a:151) "... o longo processo pelo qual a pobreza começa a ser identificada como incômoda e até perigosa e associa à valorização do trabalho e a uma esfera de maior atuação no Estado no mercado de trabalho ..." (8)

O liberalismo, de que se serviram os independentes para libertar-se de Portugal, "... sempre foi sensível às pressões dos interesses privados pelo aumento da capacidade regulamentadora do poder público" (GOMES, 1982a:152). E ao longo do tempo, "o abandono do liberalismo é comprovado pela política imigratória tarifária e no início do século, de valorização do café."

Contudo, as idéias liberais deveriam ser ajustadas às condições específicas do desenvolvimento econômico tardio do Brasil, além das condições internacionais que marcam este

---

(8) É, também, nessa década que se delineia a fragmentação de uma política social dirigida aos trabalhadores em geral e aos trabalhadores urbanos ativos, via previdência social. Sobre a previdência social no Brasil, v. MALLOY (1976, 1986); COHN (1980); TEIXEIRA (1980); BRAGA & PAULA (1981).

período (Primeira Guerra Mundial, a Revolução Russa, os movimentos nacionalistas da França).

Assiste-se, na década de 1920, como também no período de 1934 a 1937, à crítica ao liberalismo representado pela República, que pretendia "construir o progresso sem cogitar do homem em sua dimensão espiritual e subjetiva" (daí a importância da educação) e ao liberalismo internacional que não atentava para as especificidades nacionais, não integrando o homem à sua terra, a sua gente ...". (GOMES, 1982b:113)

Em 1922, assiste-se a uma série de movimentos sócio-culturais (o tenentismo, a semana de arte moderna) que procurarão valorizar aspectos nacionais.

As crises econômicas, as greves, os movimentos sociais são vistos como resultantes deste regime liberal-republicano, onde havia um território e um povo, mas não havia um governo. Na realidade, os conflitos políticos das oligarquias regionais, com predomínio dos Estados mais ricos no aparelho estatal, contrastavam com uma organização política de caráter nacional. Como assinala CUNHA (1963:16) a "...nação é entendida como um equilíbrio ou armistício entre grupos locais de poder. O poder desses grupos, reconhecido na Monarquia, amplia-se na República a ponto de livremente contratarem os Estados empréstimos no estrangeiro, de cobrarem impostos e manterem suas próprias Forças Armadas. As instituições político-governamentais nacionais são, não raro, simples emanções dos poderes estaduais." A revolução de 30 quebrará essa oligarquia num dos seus sustentáculos o café, criando o Departamento Nacional do Café, com poder suficien

te para se impor a todos estados produtores, garantindo ao regime com essa intervenção o apoio das oligarquias regionais mais pobres.

Por outro lado, os movimentos grevistas marcam a presença reivindicatória das classes trabalhadoras urbanas, tornando necessária a tentativa de harmonizar a relação capital/trabalho.

O liberalismo, voltado para ideais vagos e doutrinários, não resolvera os problemas centrais do país e, as propostas apresentadas por diferentes movimentos sócio-culturais, representavam para alguns "fantasias teóricas", como assinala o Deputado Gama Rodrigues, citado por MASCARENHAS (1949:94) na defesa de sua oposição à Reforma Sanitária Estadual de 1925:

"O fim é fazer a educação sanitária do povo ... Na minha fraca opinião, é uma dessas fantasias teóricas que se podem aproximar daquilo que, em tempo, foram as repúblicas escolares de triste e ridícula memória ..."

A grande questão, a partir da década de 20, era organizar o mercado de trabalho, valorizando o trabalho para a continuidade da ordem e do progresso e, conseqüentemente, combatendo os distúrbios, como a pobreza e a doença. É, dentro deste quadro geral, que à Saúde Pública caberá um novo papel. Se até 1925, e assim o demonstram as reformas e a estrutura administrativa do Serviço Sanitário de 1891, 1896, 1906, 1911 e 1918, predominavam na organização institucional os serviços laboratoriais, e os hospitais de isolamento e de doentes

mentais (v. MASCARENHAS, 1949) que eram bases fundamentais no controle de doenças específicas, a partir da década de 20, o Serviço Sanitário começa a ampliar suas atividades, com a proteção à infância, a inspeção de amas de leite e a profilaxia geral.

E, embora incorporando as Campanhas Sanitárias como seu método de ação fundamental, a Saúde Pública buscará, como todo regime político da época, novo mecanismo de controle social - a educação - integrando valores liberais de constituição do Estado burguês, que se inicia após a década de 20, "quando o governo passa a sobrepor-se à ordem estabelecida pelos senhores rurais, impondo uma ordem pública, seja em matéria de polícia, seja de educação, saúde pública e comunicação ..." (CUNHA, 1963:35)

Contudo, se a educação nos países capitalistas centrais representava um valor liberal para a prática da cidadania, da democracia, no Brasil, ela servirá de base para a construção do trabalhador dentro de "democracia" social, num regime ditatorial corporativista, como se verá posteriormente.

E não é sem razão que MASCARENHAS (1949:117) assinala que a reforma de 1931 consiste num retrocesso com relação a 1925 e que representa "... reflexos de duas escolas com pontos de vista diferentes." A reforma de 1925 resultava de "... três anos de estudos, recebendo influência das discussões prolongadas durante meses, na Câmara de Deputados e Senado estaduais, o Decreto nº 4891, de 13 de fevereiro de 1931, foi elaborado sem discussões públicas, saindo abrupta-

mente, conhecido apenas pelas autoridades sanitárias que o elaboraram, do Secretário do Interior e do Interventor Federal que quiçá nada mais fez do que apôr sua assinatura no mesmo ..."

Mas é pelo Código Sanitário de 1918 e pela Reforma de 1925, que a Saúde Pública cria e impõe sua área de atuação e sua autoridade no aparelho estatal. E a partir de então, incorporará, além do controle das doenças transmissíveis, a higiene do trabalho, do alimento, do escolar, a lepra, a fiscalização domiciliar, da medicina e farmácia, ampliando, ainda mais, nas reformas de 1931 e 1938, para incluir a tuberculose, a sífilis e doenças venéreas, assistência dentária e a febre amarela. Neste momento, demarca-se, com maior nitidez, o público e o privado, a saúde pública e a assistência médica privada de caráter liberal, liberalismo, diga-se de passagem incipiente, ligada ao setor público, através dos auxílios e subvenções estatais que manterá a maioria dos serviços médico-hospitalares, com o caráter filantrópico, dominantes na época e onde se desenvolve grande parte da atividade da medicina liberal.

A reforma de 1925 reflete os conflitos divergentes existentes quanto à organização social e, inclusive, sanitária e ela receberá críticas "... de uma corrente que se obstinava em não transformar a rotina dos serviços de saúde pública do Estado ...", corrente esta cujo porta-voz era o Deputado Gama Rodrigues "... ilustre clínico de grande nomeada região do Vale do Paraíba ..." (MASCARENHAS, 1949:94). Fenômeno que se reproduz, também, no Rio de Janeiro, em torno da Reforma de 1924, participando da discussão elementos da

Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Ciência, e dos órgãos públicos, como demonstra LABRA (1985).

A originalidade desta reforma estadual está na introdução de Inspetoria de Educação Sanitária e de Centros de Saúde e da Inspetoria de Higiene dos Municípios, suprimindo as Delegacias de Saúde. A primeira incumbiria de "... promover a formação de uma consciência sanitária da população em geral e dos serviços de profilaxia geral e específica ..." (MASCARENHAS, 1949:92) e seria constituída de 5 Centros de Saúde, na Capital, ficando os postos de higiene municipais responsáveis por aquela ação, no interior. Como assinala o mesmo autor, essas unidades teriam "... caráter essencialmente de assistência sanitária e estranho, conseqüentemente, a toda clínica que não tiver o objetivo profilático ..." (:92)

Pela reforma, caberia à Inspetoria de Higiene dos Municípios, "... promover a salubridade pública, de modo a abranger todos os problemas sanitários que interessarem a esta circunscrição; organizar e executar com estes objetivos serviços locais de higiene a expensas do Estado e do respectivo município; nos termos do decreto o serviço de higiene ora previsto, instalado no município, desligará o município da delegacia de saúde da respectiva zona ..." (MASCARENHAS, 1949:96). Portanto, previa-se uma maior autonomia local. Segundo o mesmo autor, na administração Paula Souza (1922 a 1925), "... só existiam no interior, além das delegacias de saúde, postos não permanentes de combate intensivo ao tracoma, à verminose e à malária. O Serviço Sanitário começou a

instalar ... postos de higiene de caráter permanente. Segundo relatório desse Diretor Geral, referente ao ano de 1922 ... a Rockefeller Foundation entrou em acordo com o Governo do Estado para auxiliar a instalação de postos de higiene permanente, estes postos deveriam ser em número de nove em 1924 e, paulatinamente, deveria atingir, até 1928, vinte e um postos. Esta instituição norte-americana auxiliaria financeiramente na organização destes postos municipais, contribuindo com 53% das despesas de cada posto no primeiro ano; em cada ano essa contribuição iria diminuindo, até atingir a 10% no último ano ..." (MASCARENHAS, 1949:97)

Porém, o grande mérito da Reforma de 1925 é que ela procurará construir no aparelho estatal o espaço da burocracia sanitária ⁽⁹⁾ inclusive a formação de quadros, tendo o centro de saúde e a educação sanitária como eixo central de um processo de descentralização e sob influência de princípios liberais. Nesta construção, a Saúde Pública não abandona mas adere a idéia de polícia sanitária, no sentido original do termo grego "politeia", "constituição ou administração do Estado" (ROSEN, 1980:148). Como observa o mesmo autor, a administração pública, ramo da ciência da polícia, "...forneceu a base a partir da qual o conceito de polícia médica pode se desenvolver ..." (ROSEN, 1980:151) e significava um programa de ação voltada à saúde que visava mais um aumento de poder do que melhoria de condições de vida da população.

---

(9) Na defesa da Reforma de 25, "o senador Reynaldo Porchat, entre outras coisas alegou: a reforma foi idealizada por técnicos de reconhecido valor ..." (MASCARENHAS, 1949:94).

Contudo, dadas às circunstâncias brasileiras, esta polícia sanitária não deveria ter o caráter policialesco e fiscalizador do Império, mas um caráter educativo, dentro dos princípios liberais vigentes ou seja, impor-se pela persuação.

A influência de princípios liberais decorre, internamente da República, reforçados pela formação exterior de grande parte desta burocracia sanitária. Assim como, a partir da República, a burocracia militar passa a ser treinada em centros europeus (Alemanha, França), a burocracia sanitária do Estado de São Paulo, em constituição, receberá seu treinamento basicamente sob influência americana desde seus primórdios e tendo seu espaço institucional limitado dentro da Faculdade de Medicina, buscará então através da criação de Instituto de Higiene, sua autonomia. Em 1918, o governo estadual estabelece convênio com a Fundação Rockefeller para ministrar cursos de higiene aos estudantes de medicina em moldes modernos, sendo enviados para cá dois sanitaristas, Darling e Smillie. O primeiro foi chefe dos Laboratórios da Missão Gorgas no Panamá, Maláia e zonas tropicais, tendo sido diretor do Laboratório de Higiene, de 1918 a 1920. O convênio possibilitou a criação deste laboratório, subordinado à cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina e, em 1924, transforma-se em Instituto de Higiene.

No mesmo ano, 1918, indicados pelo International Health Board of the Rockefeller Foundation, fazem parte da primeira turma da Johns Hopkins School of Higiene and Public Health (proposta e subvencionada por aquela Fundação) os Drs.

Francisco Borges Vieira e Geraldo Paula Souza que "... were brought from São Paulo, Brazil, where the International Health Board was intending to open a school of public health for Latin America; they were to be two of the first faculty of the Brazilian School." (FEE, 1987:76) Em 1927, Paula Souza e Borges Pereira escrevem ao Dr. Strode, solicitando auxílio da Fundação Rockefeller para defender a autonomia do Instituto. E, em 1930, Paula Souza sugere a transformação do Instituto em organização internacional (10).

Na aprovação da Reforma de 1925, "o Legislativo reduziu o número de Centros de Saúde de 5 para 1 permanecendo apenas o Centro de Saúde Modelo. Pretendendo economia, aumentou de 11 para 42 o número de funcionários solicitados para o Centro de Saúde Modelo!" (MASCARENHAS, 1949:95). Propostos na República, os Centros de Saúde serão implantados no Estado Novo.

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

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

---

(10) Faculdade de Saúde Pública - USP - "Histórico do Instituto de Higiene" - (datilografado).

desenvolviam nas décadas anteriores, se expressam nas eleições de 1930 (11).

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

Como mostra GOMES (1982b:120), "a construção do projeto ideológico do Estado Novo evidencia que a busca de legitimação da autoridade se dá de uma forma e por motivos completamente distintos daqueles que fundaram a legitimidade dos regimes anteriores. A competência da autoridade reside exatamente no abandono dos problemas políticos e no fato de se concentrar em uma série de objetivos englobados e definidos como medidas responsáveis pelo bem estar social. A questão social assume a dimensão simbólica de emanção dos males brasileiros e a bandeira identificadora do cerne do projeto político-ideológico do Estado Novo."

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

Como nota GOMES (1982b:126) "a nova democracia tinha o ser humano como alvo de suas preocupações não desejan-

---

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

do nem sua desintegração como ocorria no liberalismo nem a sua estatização, como ocorria no totalitarismo." Ao regime cabia uma forma de integração, divergente dessas experiências e essa integração dar-se-ia pelo trabalho, como valorização do homem.

"Pelo trabalho o homem conquista a prosperidade econômica, a cultural intelectual, o respeito e a proteção do Estado. A ordem política se destina a assegurar a paz, a concórdia, o bem estar, a felicidade dos que trabalham pelo bem comum ... O trabalho - outrora forma de escravidão - é hoje um meio de emancipação da personalidade ... Viver honestamente do trabalho é o maior dever do cidadão e sua mais alta virtude, no Estado Moderno... " assim afirma Andrade, um dos ideólogos do Estado Novo (apud GOMES, 1982b:126, 127).

A "democracia" a ser implantada não era para preservar a liberdade política mas, distribuir a justiça social. "... O que há de eterno no ideal democrático é esta aspiração de justiça social. Mesmo o problema da liberdade, exagerado pelos filósofos do liberalismo, passava a segundo plano diante do problema da justiça: "... pois a liberdade só se legitima quando é justa ... o problema fundamental é o obter justiça melhor e mais perfeita do que a que tem sido ministrada e não de conquistar uma liberdade que já lhe foi concedida pela graça da lei, inspirada na doutrina liberal ..." (Andrade, apud GOMES, 1982b:129, 130).

Neste sentido, o próprio sentido de política passa a ser revista e o Estado passa a se constituir "... no que deve ser: uma técnica de construção do povo ...", que, como

nota CUNHA (1963:6) "... precisamente quando o Estado assumiu feições mais marcantes do exercício de poder, a administração pública passou a ser entendida como técnica, ou que toda ação do Estado se pudesse exercer através de uma organização de caráter técnico ...".

CAMPELLO DE SOUZA (1983:84) mostra os mecanismos de centralização utilizados, a partir de 1930, com a "progressiva ocupação do espaço organizacional e decisório das agências burocrático-estatais ...", das quais o Departamento Nacional de Saúde - D.N.S. - é um deles. A ocupação do espaço é demonstrada pela Constituição de 1934, que inclui "... um capítulo especial sobre os funcionários públicos, enumerando todos os princípios e normas que lhe dizem respeito, inclusive a votação de um Estatuto do Funcionalismo Público (1934), estabelecendo os princípios de organização da função pública ..." (RODEE et alii, 1959:323).

CAMPELLO DE SOUZA (1983:85) observa que "... sem qualquer modificação radical na estrutura sócio-econômica encaixavam-se no sistema político novos grupos e interesses, devidamente captados e burocratizados;... a implantação de Estado centralizado e forte significou ... uma redefinição dos canais de acesso e influência para articulação de todos os interesses velhos e novos com poder central ..."

O novo regime busca a unificação, intervindo nos estados, implantando rede de órgãos burocráticos, via interventorias e DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público), ambos sujeitos ao Presidente da República.

Este último substitui o Conselho Federal de Servi-

ço Público, em 1937 e como nota GRAHAM (1968:4) resulta do modelo americano:

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

influência esta assinalada, também, por CUNHA (1963). Este mesmo autor mostra que o DASP, instalado em 1938, centralizou a reforma administrativa, tendo poderes para elaborar o orçamento dos órgãos públicos e o controle contábil da execução orçamentária. A multiplicação dos novos aparelhos burocráticos, encarregados de reformar as atividades de educação, saúde e agrícola, acentuou sua importância na montagem de uma estrutura de poder e a possibilidade de absorver as novas forças sociais surgidas nas décadas de 20 e 30 (as classes médias urbanas, o proletariado).

CAMPELLO DE SOUZA (1983:88) ressalta que "... em São Paulo e no Rio Grande do Sul, estados política e culturalmente mais complexos e resistentes à sujeição do centro e que, além disso possuíam fortes milícias estaduais, o gover-

no federal viu-se obrigado a estabelecer um sistema de rodízio de interventores, provavelmente em virtude de tensões que este mecanismo ocasionava, e também, para evitar um rápido encastelamento das novas máquinas políticas ...", ou também, em decorrência dos conflitos de interesses, que marcam o pe ríodo de 1930 a 1938 (Revolução Constitucionalista, Constitui ção de 1934, formação do Partido Integralista).

Conseqüentemente, este sistema de rodízio repercu tia nos órgãos estatais, obstando qualquer tentativa de orga nização mais autônoma em relação ao poder central. Uma das dificuldades, na organização sanitária, que se segue à ges tão de quatorze anos de Emílio Ribas, foi a troca dos respon sáveis:

"... a permanência média, no período anterior a 24 de outubro de 1930, foi maior, sendo 740 dias. A média para nomeados entre 20 de outubro de 1930 a 26 de julho de 1948, foi de 203,81 dias ..."

(MASCARENHAS, 1949:28)

A princípio, o sistema de interventoria, na área de saúde, parece ter sido mais direto, sem intermediação de quadros locais. BARROS BARRETO (1942) ⁽¹²⁾, ele próprio Delegado de Saúde, em São Paulo, em 1931, ao analisar a organi zação dos serviços de saúde nos Estados, mostra a liga ção do Departamento Nacional de Saúde - D.N.S. - e as Delegacias

---

(12) Barros Barreto foi, em 1914, Diretor de Higiene do Estado do Rio de Janeiro; bolsista da Fundação Rockefeller, na Johns Hopkins University - Área de Higiene Industrial em 1924; assistente de Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde entre 1926 a 1929; Diretor do mesmo Departamento, entre 1935 a 1939 e 1941 a 1945 e Vice-Diretor da OPS, em 1942. (Arq. Hig., 1960; LABRA, 1985).

Estaduais para o progressivo aprimoramento dos serviços locais sob bases uniformes.

"Hoje, Amazonas e Piauí têm médicos do D.N.S. na direção das suas repartições sanitárias, para as do Acre e do Pará devem ir outros médicos ... Na Paraíba, aquele cargo de assistente do diretor foi preenchido por técnicos federais de 1935 a 1938. Assim, também, vai se sucedendo em Pernambuco que, de 1931 a 1937, teve como diretor de saúde um sanitarista do D.N.S. ... Sergipe ... há um mês o cargo está ocupado por um técnico do D.N.S. porque assim o recomendou o Sr. Presidente da República... Em São Paulo, implantaram-se normas modernas, quando na superintendência dos serviços de saúde, o atual diretor geral do D.N.S. ... as mesmas diretrizes gerais, fixadas para outros Estados, inspiraram a reforma de 17 de junho de 1938 ..." (BARROS BARRETO, 1942:205).

Em 1939, em 13 Estados, os diretores de saúde ou assistentes de diretores eram técnicos do D.N.S. Em 1941, retoma-se a "... iniciativa de mesma estreita vinculação, que se vai assegurando pela mesma forma ou pela atuação eficiente das Delegacias Federais de Saúde." (BARROS BARRETO, 1942: 206)

A partir de 1930 e, dentro desta estratégia federal, a Saúde Pública ocupa um maior espaço institucional e, inclusive como assinala CUNHA (1963:50) "... por pressão dos intelectuais e militares na criação de novos serviços ... num

período de dificuldades financeiras ... em que a administração federal não se propõe a grandes esforços de aprimoramento ..." Esta pressão resulta, em 1931, na criação do Ministério de Educação e Saúde e, em nível estadual, da Secretaria de Educação e Saúde Pública. Em 1935, esta é reorganizada e aquele em 1937, como resultado de "... um dos raros esforços do Legislativo para reformar a administração" (CUNHA, 1963:70), num período de intenso desgaste da organização constitucional, de desmoralização do Congresso pelas classes dominantes, divididas entre interesses econômicos divergentes dos grupos agrícolas, grupos financeiros e comerciais, como mostra o mesmo autor.

RODRIGUES (1967:28) nota que "... inegavelmente, a Constituição de 1934, entre todas as outras dispensou especial carinho à Saúde Pública dando-lhe a devida importância como responsabilidade de governo ... Mais duas constituições vieram a reger os destinos do nosso país depois de promulgada em 1934 mas, em nenhuma delas, nem mesmo na atual com suas reformas, vamos encontrar estabelecidos tão amplos cuidados com a saúde pública do país ... A Constituição de 1946, inexplicadamente continua bastante suscinta no que se refere à Saúde Pública ... A própria organização de combates às endemias rurais, que na Constituição de 1934, se destacava como artigo especial, ficou englobada com outros problemas..."

Contudo, a Saúde Pública procurará sedimentar sua ampla área de atuação e neste processo, provavelmente, a burocracia sanitária como parcela da burocracia pública composta por frações da classe média e outras frações será extrema

mente beneficiada, em virtude de sua larga adesão a Resolução Constitucionalista de 32, como nota CUNHA (1963:53).

"... Nunca o funcionalismo público granjeou tantas simpatias, o que explica porque, no final desta arrancada contra-revolucionária ou seja, na Constituição de 1934, seja ele especialmente beneficiado..."

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

Mas, se a partir de 30, a Saúde Pública assume maior peso institucional com proliferação de unidades, como se verá, outras áreas também o fazem, correspondendo a uma ampliação da esfera governamental, e a incorporação de novos interesses, além daqueles da burocracia sanitária, resultante de uma maior divisão social do trabalho.

Assim nem bem constituído, do Departamento de Saúde, tanto em nível federal como estadual, desmembram-se algumas áreas que lhe eram específicas, como nota RODRIGUES (1967: 114, 115).

"Instituiu-se, então, a uniformidade de ação, englobando todas as atividades que, direta ou indiretamente tinham influência na prevenção, manutenção ou recuperação da saúde do povo. O Departamento Nacional de Saúde Pública iria, durante anos, exercer sua ação normativa e executiva, até começarem

a ser desintegradas do seu bojo atividades que por direito deveriam continuar na sua alçada ... Surpreendente é observar o paradoxo de terem sido desmembradas as atividades de saúde pública da organização onde estavam entrosadas, espalhando-as por várias Secretarias de Estado da administração federal, exatamente quando a Saúde Pública, até então, subordinada ao Ministério da Justiça, passava com a Educação, a ter Secretaria própria."

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

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

Ao mesmo tempo em que se assiste a uma fragmentação dos órgãos originalmente da Saúde Pública, tem-se, na própria Secretaria, a concentração de alguns departamentos junto à autoridade máxima, o Secretário. Assim se, na estrutura de 1938, todas atividades referentes à Saúde Pública concentram-se no Departamento de Saúde, (Organograma 1), em 1943, parte dessas atividades passa a subordinar-se direta

mente ao Secretário e especificamente a Saúde Mental, a Medi
cina Social, o Instituto Butantã e o Departamento de Profil
xia de Lepra e a Repartição de Transportes, (Organograma 2)
incorporando-se, a partir de 1948, o Departamento Estadual
da Criança, demonstrando que algumas atividades, embora tec
nicamente justificada sua subordinação à burocracia sanitá
ria, saem do seu âmbito de autoridade legítima para, provavel
mente, servir a interesses políticos, destruindo a pretensa
racionalidade técnica.

A destruição desta racionalidade técnica encontra
fundamento na sua própria constituição dentro do aparelho de
Estado, que ao abrigar interesses diferentes, conflituos
os põe em jogo a própria legitimidade da burocracia, como ór
gão técnico.

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

Como já foi assinalado anteriormente, a tuberculo
se, a lepra e a mortalidade infantil já aparecem no cenário
nacional como fenômenos relevantes no século anterior, fican
do a responsabilidade de seu controle basicamente para San
tas Casas.

Ao adquirirem maior transparência com as aglomera
ções urbanas, dão origem a movimentos civis, que congregam
médicos e leigos, basicamente, mulheres que se dedicam à fi

ORGANOGRAMA 1 - Secretaria de Educação e Saúde, 17 de junho de 1938.

ORGANOGRAMA 2 - Secretaria de Educação e Saúde, 31 de dezembro de 1943.

FONTE: MASCARENHAS (1949)

lantropia, em associações ou ligas. Estas ligas (contra lepra, contra tuberculose, de proteção à infância), servindo-se da divulgação e propaganda, arrecadam recursos da população em geral ou criam taxas de contribuição, buscam auxílios governamentais fundando sanatórios, leprosários ou casas de proteção aos órfãos.

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

WAKSMAN (1964:112, 113) descreve que "...numerosos grupos de médicos e leigos, em vários países, organizaram associações para prevenção da consunção e de outras formas de tuberculose. Uma das sociedades foi fundada em Londres, em 1898. Seu objetivo era divulgar para o grande público a natureza contagiosa e as medidas sanitárias e de prevenção que deveriam ser adotadas. Em 1904, havia 38 sociedades desse gênero, nos Estados Unidos e nesse mesmo ano, a "National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis" foi organizada. Uma campanha para venda de selos especiais na época do natal foi iniciada por um funcionário postal da Dinamarca e foi levada a efeito nos Estados Unidos. A iniciativa permitiu enfrentar alguns problemas financeiros da novel Associação ..."

No Brasil, a origem de ligas remonta ao período imperial, quando são fundadas inúmeras obras filantrópicas de cuidado às crianças órfãs, leprosos, alienados, doentes e inválidos pelas elites paulistanas e pela Igreja, como mostra SPOSATI (1987), cujos resquícios persistem na República, o que não é raro na transição de um regime para outro. Em ge

ral, como é demonstrado pela autora acima, nestas associações, sempre havia um representante governamental ou era presidida pelo próprio governador da Província.

Em 1929, a Associação de Socorro aos tuberculosos, que lança o selo da Tuberculose, é presidida pela Sra. Clementino Fraga, diretor do Departamento Nacional de Saúde. Em 1933, a Secretaria de Educação e Saúde cria e regulamenta "... uma Comissão de Assistência Social do Estado composta de senhoras e cavalheiros sob a presidência do Diretor Geral do Serviço Sanitário ..." (MASCARENHAS, 1949:129)

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

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

- "I - estudo da infecção;
- II - promover no Estado a profilaxia da mesma;
- III - fiscalizar todos os serviços que se organizarem com o mesmo fim profilático;
- IV - organizar plano de construção de colônias e outros estabelecimentos de leprosos, a cargo do Estado e verificar os que forem orga-

nizados por municípios ou particulares, a fim de autorizar a execução quando os planos convierem e forem adequados as localizações destes estabelecimentos, que funcionarão sob a fiscalização e orientação técnica do serviço estadual ora instituído."

(MASCARENHAS, 1949:96)

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

"A lepra está na moda, precisa de uma inspetoria especial ... Mas nada também me convencerá, senhor presidente, de que não seja por exemplo necessária nessa mesma ordem de idéias, uma inspetoria de profilaxia de tuberculose, não sei qual delas levará vantagem, no que diz respeito à sua assolação entre os habitantes do Estado." (MASCARENHAS, 1949:96)

O que se pode deduzir é que, a partir de determinado momento, torna-se altamente dispendioso para entidades filantrópicas assumir o controle da doença como a lepra, necessitando sua incorporação como uma atividade estatal. Esta permite a obtenção de maiores recursos do que as contribuições ou taxas. A Lei nº 2169 de dezembro de 1926 que estabelece medidas destinadas à profilaxia de Lepra para construção de colônias, asilos e instalação de leprosários regionais modelos, estabelece, também, a possibilidade de contrair empréstimos no valor de Cr\$ 10.000.000,00. A mesma lei determina a elevação ao dobro do imposto sobre consumo de

aguardante "destinado o aumento de arrecadação para o serviço de juros e amortização de empréstimo ..." (MASCARENHAS, 1949:105). Contudo, a parte da atividade é repassada a particulares, sob a justificativa de descentralização.

Em 16 de maio de 1931, a Lei é modificada pelo Decreto nº 5027 e permite a "... médicos clínicos, devidamente habilitados, examinar, tratar, em seus consultórios ou em domicílio, as pessoas atacadas por lepra que os procuram ...." (MASCARENHAS, 1949:124), justificada pela necessidade de descentralização de serviços. O mesmo decreto autoriza os hospitais gerais fundarem dispensários, cria subvenção aos sanatórios privados, autoriza Departamento de Saúde fundar cinco leprosários de emergência e para despesas, deposita, parceladamente, no Banco do Estado, à disposição do Inspetor Chefe até a quantidade de Cr\$ 2.000.000,00 ..."

Um fato relevante na captação de recursos é a criação de taxas sobre consumo. Na ausência de recursos orçamentários ou como complementação, a proposta de criação e ou ampliação dos serviços de saúde vincula-se à cobrança de taxas sobre consumo. LABRA (1985:96, 97) assinala que, em 1918, na proposta visando o saneamento do Brasil e a criação de um Ministério de Saúde, o deputado federal e membro da Comissão de Saúde Pública na Câmara, Dr. Azevedo Sodré, sugere a constituição de um fundo com os seguintes recursos:

- "a) taxa de 15% sobre produtos brutos dos jogos de azar em clubes, cassinos, etc., idéia essa baseada na legislação francesa de 1907;
- b) impostos de consumo de álcool ... exprimindo

os anseios das elites brasileiras que, na época, estavam engajadas na luta contra alcoolismo e que fazia parte dos países industrializados para aumentar a produtividade dos operários e

- c) o produto de venda de selo sanitário à semelhança do já criado na Argentina justamente para obras sanitárias ..."

Em São Paulo, MASCARENHAS (1949:129, 133) nota o mesmo fenômeno não só com relação à lepra, mas, com relação à assistência social. Os Decretos nº 5797 de 11 de janeiro de 1933 e nº 6297 de 07 de fevereiro de 1934 estabeleciam, respectivamente:

"... impostos sobre determinados jogos e cassinos de praias de banho e estação de água ..." e

"... contribuição especial a ser exigida nos fronteiras de jogo de pela, em benefício da Comissão de Assistência Social. A quota mínima de cada fronteira era de Cr\$ 7.000,00, sendo cobrada a base de Cr\$ 0,40 por "prole" premiada ..."

Em 1932, o governo estadual, sob intervenção federal, inclusive substituída por militares, em decorrência do movimento constitucionalista, libera o jogo nas estâncias balneárias e decide aplicar recursos de sua tributação nas obras assistenciais. A criação de taxas, como nota o mesmo autor (1949:212) "... sob os variados rótulos serviam para alguns diretores de órgãos de saúde pública ampliassem as atividades dos órgãos ..."

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

Observa-se que, do total de 1.008 estabelecimentos não hospitalares, criados entre 1918 a 1946, apenas 18,5% correspondem ao nível federal, ficando 72,7% a encargo dos governos estaduais e 8,8% dos municipais. A grande expansão ocorre, no período de 1931 a 1946, dos 1.008 estabelecimentos, 50,6% foram instalados entre 1931/1940; 40,6% no período posterior e apenas 11,6% entre 1918 a 1930.

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

É a partir de 1938, quando se estabelece uma organização federal padrão (Organograma 3) para os serviços estaduais de saúde, que os centros de saúde passam a ser implantados como órgãos polivalentes e distritais, segundo BARROS BARRETO (1942), executando atividades de controle de doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, lepra, doenças venéreas, a proteção médico-sanitária da gestante e criança, o saneamento e polícia sanitária das habitações, a higiene do trabalho e da alimentação e exames periódicos de saúde, destinando-se para estes, no mínimo 5 médicos, 5 enfermeiras ou visitadoras. As unidades, que executavam as mesmas atividades em escala menor mas com menor número de pessoal, eram

TABELA 4 - Estabelecimentos dos serviços oficiais de saúde pública, não incluídos na organização hospitalar, segundo o ano de instalação, principais tipos de serviço e a entidade mantenedora, Brasil, 1946.

Especificação	Estabelecimentos Oficiais de Saúde Pública (1)			
	Total	Segundo Entidade Mantenedora		
		União	Estado	Município
Total	1.008	186	733	89
Segundo o ano de instalação				
- De 1918 a 1920	8	-	8	-
- De 1921 a 1930	79	8	70	1
- De 1931 a 1940	512	39	411	62
- De 1941 a 1946	409	139	244	26
Segundo os principais tipos serviço - Centros e Postos de Saúde e Higiene	718	47	598	73
Postos especiais				
De combate à malária	140	110	28	2
De proteção à maternidade e infância	45	3	35	7
De combate às doenças tropicais	39	10	25	4
De combate à lepra	20	3	17	-
De combate ao tracoma	11	2	9	-
Outros	35	11	21	3

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

(1) Abrangendo 97% dos serviços existentes.

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL (1950:445).

ORGANOGRAMA 3 - Organização do Departamento de Saúde de um pequeno Estado

FONTE: BARROS BARRETO (1942:207).

classificadas como Postos de Higiene de primeira classe (P. H.1) e de segunda classe (P.H.2), este correspondendo como assinala o autor a "Country health unit" (médico, visitadoras, escrevente-microcopista, guarda ou inspetor sanitário, servente). A ausência de visitadora sanitária relegava o posto a categoria de sub-posto (S.P.). Os Postos especializados (PE) destinavam-se a uma atividade específica (bouba, tracoma) e os Postos Itinerantes (P.I.) móveis e independentes das unidades.

A Tabela 5 mostra o número de unidades sanitárias existentes no Brasil, sendo São Paulo o Estado com maior número de unidades, principalmente de sub-postos e Distritos.

TABELA 5 - Unidades sanitárias existentes no Brasil, segundo categorias, segundo Estado, Território e Distrito Federal, 1941.

Estados Território e Distrito Federal	Nº dos Distritos Sanitários	C.S.	P.H.1	P.H.2	S.P.	P.E.	P.I.
Acre	7	-	-	-	7	-	-
Amazonas	6	1	-	-	2	-	-
Pará	7	2	-	-	7	-	-
Maranhão	6	1	-	2	4	-	6
Piauí	3	1	-	2	16	-	-
Ceará	4	1	4	6	-	3	2
R.G. do Norte	11	1	-	1	3	-	-
Paraíba	-	1	1	6	10	-	-
Pernambuco	10	4	2	13	32	-	4
Alagoas	10	1	-	4	-	-	-
Sergipe	7	1	-	-	6	-	-
Baía	10	3	-	11	44	4	-
Espírito Santo	7	1	1	5	1	2	1
Rio de Janeiro	11	2	3	-	57	-	-
D. Federal	15	15	-	-	-	-	-
São Paulo	93	7	2	8	77	-	-
Paraná	6	1	1	17	30	-	-
Santa Catarina	7	1	4	2	-	-	-
R.G. do Sul	88	5	35	32	-	-	-
Minas Gerais	26	1	-	25	-	4	-
Mato Grosso	9	1	-	-	8	-	-
Goiás	7	-	1	6	-	-	-
T O T A L	350	54	54	140	304	13	13

FONTE: BARROS BARRETO (1942:209).

MASCARENHAS (1949) assinala que, em 1932, algumas prefeituras e o governo estadual criaram algumas unidades sanitárias, responsabilizando-se pela nomeação e pagamento de pessoal e que, em 1938, existiam 82 unidades sanitárias locais, sem legislação alguma sobre elas, criadas graças ao esforço do Delegado e Inspector Geral do Interior.

Um fenômeno bastante importante no Brasil é a expansão, também, neste período, dos serviços hospitalares, Tabela 6. Se, entre 1918 a 1930, existiam apenas 87 unidades de saúde pública (Tabela 4) e 705 unidades hospitalares, crescendo as primeiras a partir de 1931, o mesmo fenômeno verificava-se na rede hospitalar, principalmente, particular, que já detinha a maioria dos hospitais, 76,5% de um total de 705 hospitais.

Observam-se alguns fatos importantes como a pequena participação dos estabelecimentos públicos, 392 (23,3%), dos quais 44,4% da União, 49,5% dos Estados e 6,1% dos Municípios. Dos 174 estabelecimentos instalados pela União, 86,8% destinavam-se aos militares. Fato este compreensível, dada a importância desta categoria no aparelho estatal e, na vida política brasileira, ocupando após 1930, algumas intervenções.

O fortalecimento do executivo, na década de 30 e a consequente expansão da burocracia civil e militar, unificada em 1938, decorre da necessidade de sedimentação de uma hegemonia burguesa de cunho urbano-industrial. "De 1920 a 1940, o crescimento relativo da burocracia militar e civil é nada mais que quinze vezes superiores ao crescimento relativo da população ..." (CUNHA)

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

E s t a b e l e c i m e n t o s								
Ano de	Segundo a finalidade médico-social							
Instalação	Total	Hosp. Gerais	Mater- nidade	P/Le- prosos	Doentes mentais e nerv.	P/Tuber- culosos	Outro civis	P/Mi- lit.
U N I Ã O								
1900-1930	85	-	2	-	3	-	3	77
1930-1946	89	-	2	-	3	1	9	74
TOTAL	174	-	4	-	6	1	12	151
E S T A D O								
1900-1930	78	13	3	8	14	6	21	13
1930-1946	116	27	12	22	12	18	13	12
TOTAL	194	40	15	30	26	24	34	25
M U N I C Í P I O								
1900-1930	3	-	-	-	-	1	2	-
1930-1946	21	12	1	-	-	-	7	1
TOTAL	24	12	1	-	-	1	9	1
P A R T I C U L A R								
1900-1930	539	357	24	2	20	15	121	-
1930-1946	750	280	67	4	36	45	318	-
TOTAL	1289	637	91	6	56	60	439	-
T O T A L								
1900-1930	705	370	29	10	37	22	147	90
1930-1946	976	319	82	26	51	64	347	87
TOTAL	1681	689	111	36	88	86	494	177

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL (1950:442).

O predomínio da assistência médica-hospitalar privada mostra o equívoco de alguns autores brasileiros que afirmam que esta se expande pós-64. Realmente, neste período, verifica-se uma nova expansão, cujo caráter mais empresarial corresponde às novas condições da sociedade brasilei-

ra, contudo, a rede privada sempre foi dominante e privilegiada pelos regimes governamentais.

Como também parece equivocada a afirmação de um predomínio da Saúde Pública até 1960 para decrescer a partir desta data, exigindo, portanto maior investigação ou uma melhor qualificação quanto a este fenômeno.

BRAGA & PAULA (1981:64, 65) deduzem sua afirmação a partir de gastos, "... a partir dos anos 60, observa-se em termos de gastos, o declínio relativo da saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária ..." e como eles mesmos hipotetizam, uma das razões seria a tributação e sua estrutura, onde "... a Saúde Pública viu-se muito pouco aqui-nhoadada ..." e, portanto, não poderia ser predominante. Neste sentido, parece pouco indicado comparar duas atividades complementares cujas fontes de tributação são bastante diferentes, inclusive, porque mesmo em termos de Previdência, a União pouco participou, muito pelo contrário, caracterizou-se pelo declínio de sua participação.

Por outro lado, parte dos recursos destinada à Saúde Pública, na Secretaria, é canalizada para entidades privadas sob o rótulo de "Auxílio e Subvenções", inclusive para expansão da rede hospitalar privada, onde se desenvolverão as atividades ligadas à assistência médica previdenciária, sendo, portanto, aparente a divisão entre Saúde Pública/Medicina Previdenciária. GRIECO, apud AMADO (1985:25) assim se expressa quanto aos recursos destinados ao controle de tuberculose:

"Reconhecemos que no Brasil, tanto o governo fede
ral como estadual sempre se interessaram pelas as
sociações particulares, sempre incentivaram suas
atividades, destinando-lhes verbas não desprezi
veis, com objetivo de auxiliá-las a preencher sua
finalidade."

O que os dados demonstram é que, realmente, as
ações sanitárias nunca foram prioritárias a não ser em momento
s específicos e conjunturais da sociedade brasileira. Es
te fato não decorre de fatores orçamentários, mas resulta
de fatores econômicos e políticos (inclusive internacionais,
como se verá), sendo aqueles mera consequência. A falta de
prioridade decorre, essencialmente, do caráter estrutural da
Saúde Pública, como nota BERNIS (s/d:16, 17) "... a Saúde
Pública responde, sem nenhuma dúvida, primeiramente, a necess
sidades coletivas. Mas estas não são nem expressas, nem re
conhecidas no sistema de produção de cuidados que, como o
sistema de produção em geral, toma conhecimento de necessida
des individuais ...", além do que, a Saúde Pública "... cor
re o risco de por em questão o sistema econômico, colocando o
problema das verdadeiras causas das afecções, enquanto a me
dicina de cuidados não o faz, contentando-se em "reparar"..."

Mas, no seu limite estrutural, ela assume importa
ância como mecanismo de controle social ou sua potencialidad
e de contribuir para realização da mais valia através dos
serviços, consumindo ou repassando bens de consumo.

Após 1942, o desenvolvimento das forças produti
vas, nacional e internacional, acelera-se e esta nova condi-

ção exigirá mudanças estratégicas na área de Saúde, inclusive internacionalmente.

FRANCO-AGUDELO (1984:122, 123), avaliando a questão da malária e a Fundação Rockefeller, observa que pós-40, há uma grande virada para um novo campo, a medicina

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

"... a Divisão de Medicina e Saúde Pública da Fundação assim se expressa, em 1953: em contraste com os esforços iniciais, dirigidos para o controle direto ou a eliminação de pragas específicas como a febre amarela, a malária ou a ancilostomíase, o programa atual adota a abordagem indireta. Seu objetivo imediato é o desenvolvimento de instituições locais para treinamento de pessoal e o avanço das pesquisas que a longo prazo proporcionarão be

nefícios permanentes nas áreas implicadas ..."

É evidente que este fato tem implicações na organização dos serviços de saúde, no Brasil. Parte da burocracia sanitária tenderá incorporar este campo de atuação, nas unidades sanitárias existentes e isso dar-se-á, basicamente, através daquelas áreas já devidamente estabelecidas nas décadas anteriores, inclusive em nível hospitalar (lepra, tuberculose, materno-infantil) (13).

A incorporação da assistência médica e a influência americana, como exposta por FRANCO AGUDELO (1984), é assinalada, também, por RODRIGUES (1967:158):

"... A assistência médica, depois de vários anos proscrita das rotinas de saúde pública, a partir da década de 40, passou a integrar definitivamente os serviços de qualquer unidade sanitária. Essa prática foi por nós adotada no Paraná, na Bahia; então o Serviço Especial de Saúde Pública também compreendeu a necessidade da mesma, nos seus postos e o Congresso de Higiene, realizado em São Paulo, em 1948, endossou a recomendação nesse sentido ... Decorreram anos de dificuldade e incompreensões antes que fosse vitoriosa a tese de que a saúde pública devia compreender não só os aspectos preventivos, mas igualmente os de recuperação da saúde.

---

(13) A ampliação da assistência médica encontrará obstáculos dado ao fraco desenvolvimento das forças produtivas na área da saúde (dispersão populacional, ausência de produção de bens de consumo duráveis ou não e formação de médicos), obstáculos estes que serão superados no final da década de 1960.

Grande óbice residia na doutrina sustentada, contrariamente, nos países desenvolvidos, particularmente nos Estados Unidos da América, de onde vinham os figurinos seguidos então, pura e simplesmente. A classe médica americana alinhava objeções à prática de assistência médica nas unidades sanitárias como prejudicial à livre empresa, daí advindo o critério seguido por nós! Entretanto, as condições financeiras, existentes nos Estados Unidos e no Brasil, eram e são completamente diferentes, não comportando o assunto outra alternativa senão a defendida inicialmente por restrito grupo de administradores brasileiros de saúde pública e hoje francamente aceita, já tendo mesmo a assistência médica sido o assunto das discussões técnicas da XVI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Minneapolis, EUA, no ano de 1962..."

(RODRIGUES, 1967:158).

PESSOA (1960:188), também, ressalta que a incorporação da assistência médica foi, em 1948, "... a tese aprovada pelo VII Congresso Brasileiro de Higiene. Eis o que dizem Candau e Braga: "A inclusão formal da assistência médica entre as funções de saúde pública das unidades sanitárias rurais é, no Brasil, apenas o reconhecimento de um fato que vem ocorrendo, disfarçadamente ou não, em todo o nosso Interior ..."

É no final da década de 1940 que aquelas áreas (lepra, tuberculose e atenção materno-infantil), ainda hoje bas

bastante prevalecentes na Saúde Pública, iniciam sua sedimen
tação, correspondendo a uma nova expansão de desenvolvimento
capitalista, e de intensa mobilidade da mão-de-obra nacional.
Nesse momento, de concentração da classe trabalhadora nos
grandes centros urbanos, de crescimento de sua fração operá-
ria e do exército industrial de reserva, tornava-se necessá-
rio delimitar os trabalhadores com direitos garantidos, na
Previdência Social, e os doentes, os pobres, ainda que traba-
lhadores mas sem aqueles mesmos direitos.

A constatação de que algumas doenças atingiam a
classe trabalhadora já havia sido detectada com relação, por
exemplo, a tuberculose. Dos estudos de morbilidade realizados
pela Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose, no período de
1927-1929, segundo BARROS BARRETO (1940:30), constava que
ela prevalecia entre diferentes ocupações e, segundo ordem
decrecente entre os trabalhadores 1) de serviços domésti
co, ocupações ligadas à alimentação e ao vestuário; 2) cons
trução; 3) transporte e comércio; 4) profissões liberais,
serviços de administrações e pessoas vivendo de rendimentos;
5) indústria textis e de madeira; 6) força pública e 7) cul
tura do solo. Em 1935/37, dados do exército constatavam que
"... os números de doentes baixados por tuberculose, nas di
versas regiões militares, relacionados a 1000 homens de efe
tivo médio de cada uma delas, evidenciam serem maiores as ci
fras na Primeira Região (Distrito Federal e Estado do Rio),
seguindo-se-lhes de perto a Segunda (São Paulo e Goiás)."

Ainda, segundo o mesmo autor, o Congresso Pan-Amé-
ricano de Tuberculose, em 1934, reconheceu como base econô-
mica da luta a instituição de um seguro obrigatório contra a

doença. A criação de um seguro obrigatório específico à tu
berculose possibilitaria, a assistência ao doente e
seus familiares, isentaria os Institutos e Caixas de parte
de um grande encargo, uma vez que "... 50% das aposentado
rias por invalidez e percentual análogo de pensões às famí
lias correm, atualmente, por conta da tuberculose ..."(BARROS
BARRETO, 1940:71).

A captação de recursos por este meio daria a Saúde
Pública maior autoridade, e, esta solução é defendida pelos
sanitaristas "... para que se evitem as ações dispersivas, ine
ficientes, deve caber privativamente à autoridade sanitária
a gestão do seguro da doença, com amplos poderes de fiscali-
zação na aplicação dos recursos e mesmo depois, da melhor
forma, de utilizá-los em determinadas circunstâncias ...".
(BARROS BARRETO, 1940:71, 72).

No entanto, essa forma de captação de recursos não
se verificou mas a tuberculose passa a se incorporar, defini
tivamente, ao aparelho estatal, isentando a Previdência des-
se encargo. A tentativa de incorporação já se verifica, na
década de 20, quando em São Paulo, são criadas as Prefeitu
ras Sanitárias, das quais sobressai a de Campos de Jordão,
criada pela Lei nº 2140, de 01 de outubro de 1926, dando
"... poder ao governo para nomear seu prefeito, fiscalizar
aplicação de verbas, melhorar e aparelhar aquela estância pa-
ra profilaxia e tratamento da tuberculose ..." (MASCARENHAS,
1948:104). A criação da Prefeitura Sanitária de Campos de
Jordão continua a obra de Emilio Ribas que, em 1912, recebeu
concessão para a implantação de uma rede ferroviária de Pin

damonhagaba a Campos de Jodão (TAMEIRÃO, 1962:70-71; Arq. Hig., 1936), onde "... grande maioria das organizações particulares estabeleceu seus hospitais e sanatórios ..." (AMADO, 1985:23, 30).

Contudo, a Saúde Pública não só não consegue captar recursos de outras fontes como não implanta o modelo em que se inspirou, "o modelo "Philips do Edinburg Tuberculosis Scheme, do final do século, combinando a atuação dinâmica do dispensário com isolamento sanatorial ..." (AMADO, 1985:27). Entre 1938 a 1941, duas medidas de impacto sobressaem na área da saúde, o início da construção do Hospital das Clínicas, em São Paulo e de numerosos sanatórios de Tuberculose (FGV-CPDOC, 1984).

AMADO (1985) assinala que o modelo foi aplicado no sentido inverso, dando primazia aos sanatórios, sendo uma única exceção o Dispensário, fundado em 1904, por Clemente Ferreira. Mostra também, que, após 1930, com introdução de novos métodos terapêuticos, tanto clínicos como cirúrgicos, a infinidade de instituições filantrópicas não tinham como arcar com os custos deste tipo de assistência. A introdução de novos métodos como a colapsoterapia que "... poderia ser, aplicado ambulatoriamente veio atribuir ao dispensário novas funções que, segundo Grieco, era possível encarar, separadamente, o problema médico e profilático ... (apud AMADO, 1985:31) e diante da escassez da rede hospitalar, o dispensário obrigava-se a assumir função terapêutica, o qual este não deveria se esquivar, conforme Paula Souza (apud AMADO, 1985:31).

A eficiência reduzida dos sanatórios era enfatizada por Paula Souza que afirmava que o "... número de indivíduos que saem do hospital sem que se beneficiem em nada ou quase nada, é elevadíssimo, sendo considerado tão contagiante quanto no momento de sua entrada ..." (AMADO, 1985:35)

Entretanto, o modelo implantado pelas entidades privadas, dando ênfase ao atendimento sanatorial prevaleceu. Os princípios do Serviço Nacional de Tuberculose, que deveriam regulamentar o controle contra tuberculose e apresentados na 1ª Conferência Nacional de Saúde, em 1941, enfatizaram a necessidade de expansão do número de leitos, em hospitais gerais e/ou em sanatórios, o que se verifica a partir da aquela data.

Como acentua AMADO (1985), o avanço dos conhecimentos e técnicas, ao invés de possibilitar uma melhoria, provocava um sentido inverso; a introdução da quimioterapia, em 1940, no Brasil, diminuía eficiência do tratamento sanatorial e piorava o quadro epidemiológico da tuberculose, devido ao tempo de permanência hospitalar alta (253, em 1949, a 302 dias, em 1953), altas de pacientes bacilíferos, alto custo do leito dia (Cr\$ 49,64, entre 1951/1956 a Cr\$ 51,34, em 1956), redução de queda da mortalidade e aparecimentos de doentes crônicos, "... salvos da morte ..., porém não conseguiam a cura pela não aplicação correta do tratamento 100% ..." (AMADO, 1985:54) ⁽¹⁴⁾

A ênfase no tratamento sanatorial e a limitação das funções dos dispensários, aos quais cabia apenas diagnosticar e encaminhar para tratamento, assim como o escasso número

(14) A quimioterapia recém-utilizada apresentava índices de cura próximos a 100%.

de dispensários existentes, (apenas 27 em todo Estado) inviabilizam o tratamento ambulatorial, fragmentando a assistência.

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

No Estado de São Paulo, como mostra AMADO (1985: 46), o orçamento da Divisão de Serviço de Tuberculose mostra, claramente, a magnitude de investimentos. De 1932 a 1945, o item tuberculose consumia anualmente entre 0,94 e 2,05% das despesas totais anuais do gasto estatal em saúde. A partir de 1946, esta porcentagem subiu para 15,38% e depois, gradativamente até 29,18% em 1951 ... investimentos, realizados especialmente em serviços hospitalares ..."

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

Em 1947, a Seção de Tuberculose, criada em 1931, passa constituir a Divisão de Serviço de Tuberculose da Secretaria de Saúde.

No final da década de 1950 e início de 1960 "...

a política sanitária, que vem se intensificando e ampliando, consiste no diagnóstico precoce pela abreugrafia em massa... o Plano de Ação previu a instalação de novos dispensários... bem como a aquisição de 12 unidades móveis de abreugrafia (CARLOS, 1962:77). Dentro da mesma política, para os casos de internação e dentro da "... política de cooperação com entidades assistenciais privadas, procurou-se ampliar os números de leitos em convênio que já atingiram 900, em 1961 ..." (CARLOS, 1962:77)

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

4. A CRIANÇA, O TRABALHADOR RURAL E A NECESSIDADE DO CONTROLE DA IRRACIONALIDADE (POLÍTICA) (1945 - 1964)

O regime político, implantado em 1945, não rompe

totalmente com o regime anterior, permanecendo, praticamente, inalteradas as estruturas anteriores. Em 28 de maio de 1945, o Decreto-Lei nº 7586 institui os partidos nacionais, surgindo quinze partidos políticos; em 1948, cassa-se o direito do Partido Comunista Brasileiro, que obtivera, nas eleições de 1945, 8% dos votos (RODEE et alii, 1959).

O sistema multipartidário, surgido pós-45, beneficiará os grandes partidos ligados ao regime anterior, o Partido Social Democrático - PSD - que absorve as interventorias e as bases municipais, "... estruturando-se em São Paulo como grande partido de clientela ligado à máquina burocrática: à Caixa Econômica Federal, às Coletorias, às Secções de Imposto de Renda ..." (CARDOSO, 1975:53) e o Partido Trabalhista Brasileiro - PTB, incorporando as clientelas urbanas ou cobertas pelas instituições previdenciárias. Contudo, parte desta massa é absorvida, em nível estatal, pelo Partido Social Progressista - PSP ⁽¹⁵⁾, que contava com uma máquina política, estruturada no Estado Novo, compondo-se de partido e burocracia estatal, como sistema de participação política das massas.

Sob intervenção de Adhemar de Barros "... a assistência ao interior foi dinamizada através do Departamento de Municipalidades, órgão diretamente subordinado ao Interventor, que abriu créditos especiais as obras de saneamento e

---

(15) Surgido, em 1945, da fusão do Partido Republicano Progressista (PRP) e dos partidos Paulista Popular e Sindicalista (PPS) e Agrário Nacional (PAN), tendo como líder principal, Adhemar de Barros, interventor estadual (1938-1942); governador de Estado (1947-1951 e 1964-1966), candidato a Presidente da República (1955); prefeito de São Paulo (1957-1961). Formado em Medicina, em 1923, no Rio de Janeiro, cursou a Universidade Popular de Berlim de 1924 a 1928, trabalhando, entre 1928 a 1932, no Instituto Oswaldo Cruz (FGV-CPOC, 1984:371, 323,2591, 2597).

implantou um sistema de financiamento mais flexível para as prefeituras, com taxas de juros menores (FGV-CPDOC, 1984: 317).

É bastante interessante o depoimento do Sr. Mário Beni, um dos líderes do partido sobre a atuação partidária:

"... É claro que o PSP quando elegeu o governador, não tinha a totalidade do Estado porque elegeu apenas 9 deputados ... Mas depois de 1947, o governador, então Adhemar, em determinado período, foi substituindo os prefeitos, por decretos ... Ele (Adhemar) destituía prefeitos e nomeava para prefeitos correligionários seus e foi se fortalecendo. Quando vieram as eleições, as municipais, os que comandavam o executivo dos municípios lideravam as eleições e deram ao PSP uma vitória fabulosa... As zonas de influência do PSP eram todo o Estado ... eram diversificadas ... o PSP tinha por norma estabelecer zonas de influência dos candidatos a deputado, como se faz no regime de distritos regionais ... Naquela zona (Mogiana) não faltava nada, porque eu trabalhava só para ela, porque ela me deu os votos. Da mesma maneira o PSP estabelecia regiões para outros candidatos, como por exemplo, Luciano Nogueira Filho no novo Estado de São Paulo, que é Osvaldo Cruz, Marília, Tupã... Geraldo Barros era São Manuel, Botucatu. Carvalho Sobrinho Botucatu. Eles iam para Avaré, iam para Itapetininga, então nós tínhamos uma divisão total do parti

do ...". (CARDOSO, 1975:51). O mesmo autor, assinala que, na caracterização usual do PSP "... é o de que ele foi um partido populista e fez uso do estilo clientelismo tradicional." Nota, também, como característica o fato de que, através dele, "abriuse a possibilidade de setores sociais em ascensão participar dos negócios de estado e em função do lobbysmo ... E de fato, por intermédio dele (PSP), alguns descendentes de imigrantes ... enriquecidos com a guerra e a industrialização passaram a atuar na política paulista e a fazer negócios junto ao Estado ...". (CARDOSO, 1975:52).

A base clientelística, construída por Adhemar de Barros desde o Estado Novo, como Interventor Federal, entre 1938 a 1941 manterá a forte influência do PSP, mesmo quando o partido estava alijado da máquina estatal. Tendo suas bases populares sido minadas por Janio Quadros nas eleições municipais, de São Paulo, recuperou-se, em 1957, com eleição do Adhemar de Barros para Prefeito e mais tarde (1964 - 1966) como Governador (CARDOSO, 1975).

A Tabela 7 mostra o predomínio do PSP na Assembléia Legislativa entre 1950 a 1962; apenas, em 1947, o PSP e PTB o superam.

Dentro deste quadro político, a estrutura da Secretaria de 1948 será mantida, fortalecendo seus principais Departamentos e, assumindo, com maior peso também, a assistência social, e a colaboração com entidades de nível federal e internacional. Esta assunção reflete as mudanças

TABELA 7 - Composição dos partidos na Assembléia Legislativa,
Estado de São Paulo, 1947, 1950, 1954, 1958, 1962

Partido	Ano 1947	1950	1954	1958	1962 (*)
PSP	12.0 (9)	25.3 (19)	22.7 (17)	17.6 (16)	17.4 (20)
PSD	34.7 (26)	12.0 (9)	14.7 (11)	7.7 (7)	17.4 (20)
PTB	18.7 (14)	16.0 (12)	10.7 (8)	6.6 (6)	10.4 (12)
PR	4.0 (3)	4.0 (3)	9.3 (7)	7.7 (7)	11.3 (13)
PTN	-	12.0 (9)	9.3 (7)	11.0 (10)	16.5 (19)
UDN	12.0 (9)	13.3 (10)	9.3 (7)	10.0 (9)	9.6 (11)
PSB	-	2.7 (2)	5.3 (4)	6.6 (6)	1.7 (2)
PDC	2.7 (2)	6.7 (5)	5.3 (4)	12.1 (11)	10.4 (12)
PRP	1.3 (1)	2.7 (2)	4.0 (3)	5.5 (5)	6.1 (7)
PST	-	1.3 (1)	4.0 (3)	6.6 (6)	8.7 (10)
PRT	-	2.7 (2)	4.0 (3)	6.6 (6)	7.8 (9)
PI	-	1.3 (1)	1.3 (1)	2.2 (2)	-
PCB	14.7 (11)	-	-	-	-
ED	-	-	-	-	-
TOTAL	(75)	(75)	(75)	(91)	(115)

(*) Em 1962, há duas importantes coligações: PSP - PSD, com 20 deputados eleitos e PTN - MTR, com 19.

FONTE: CARDOSO (1975:48).

sócio-econômicas pós-guerra, como se verá posteriormente. De Secretaria de Educação e Saúde Pública, SESP - desde 1931, passa, em 1947, a Secretaria de Saúde Pública e Assistência

Social - SSPAS -. Nesta nova reestruturação da Secretaria, a Seção de Tuberculose passa a ser Divisão, e a Seção de Higiene da Criança e o Serviço de Puericultura a se constituírem no novo Departamento Estadual da Criança, demonstrando o novo espaço burocrático da década de 50, a assistência materno-infantil, espaço este que a tuberculose não consegue alcançar, apesar de sua importância em termos de mortalidade e morbidade, e talvez até devido a sua metáfora, como mostra SONTAG (1984:21).

"A tuberculose é sempre imaginada como uma doença da pobreza e da privação - falta de roupas, corpos magros, quartos sem aquecimento, higiene deficiente, alimentação inadequada. A pobreza pode não ser tão literal quanto no sótão de Mimi, em "La Bohème", a tuberculosa Marguerite Gauthier, em "A dama das Camélias", vive no luxo mas por dentro ela é um trapo ..."

Mas "um trapo" que não tem a transparência da lepre e é, portanto, mais aceita em termos de circulação e a grande problemática, em termos de circulação, será o homem do campo, do interior e motivo de preocupação governamental. Se a tuberculose não mostra a sua transparência, adquirem-na os milhares de trabalhadores que se deslocam para os centros urbanos e passam a avolumar-se. E se, em 1933, a Secretaria já criara uma Comissão de Assistência, cujos recursos são incorporados à assistência hospitalar (MASCARENHAS, 1949), em 1948, com a reformulação dos órgãos públicos, após a Constituinte de 1946, ela reafirma sua posição no domínio desta

área assistencial, e a assume até a década de 60.

Esse volume de trabalhadores, deslocado de várias áreas do Estado e do Brasil, corresponde às necessidades industriais, desenvolvidas num período favorável de proteção, proporcionado pela Segunda Guerra Mundial (1938 - 1945). Se até 1940, grande parte da população vivia em área rural, esta situação se modifica a partir de então. A Tabela 8 mostra a distribuição da população em áreas urbana e rural. Observa-se, que, em 1940, 55,9% da população do Estado de São Paulo viviam em área rural, invertendo-se a partir de então com o predomínio da população urbana no Estado como um todo e, na década posterior, também no interior.

TABELA 8 - População relativa urbana e rural, Estado de São Paulo, 1940/1970

Área	1940		1950		1960		1970	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Estado	44,2	55,9	52,6	47,4	62,8	37,2	80,3	19,7
Capital	94,9	5,1	93,4	6,6	88,0	12,0	99,1	0,9
Interior	32,6	67,4	39,7	60,3	52,7	47,3	70,9	29,1

FONTE: SAAD (1980:18)

MÜLLER (1982:264) observa que a "... desruralização da população da região Sudeste, mormente a do Estado de São Paulo, ocorre pelo menos uma década antes da do restante do país, exceção feita ao Estado do Rio de Janeiro (Guanabara). .." A Tabela 9 mostra as taxas médias de incremento anual,

no Estado de São Paulo, observando-se maior crescimento para população urbana, atingindo seu ponto máximo entre 1960/1970, para posterior decréscimo.

TABELA 9 - Taxas médias de incremento anual da população total, urbana e rural, Estado de São Paulo, 1940/1980

Período	Área	Total	Urbana	Rural
1940/1950		2,44	4,25	0,77
1950/1960		3,44	5,26	1,01
1960/1970		3,33	4,94	-3,10
1970/1980		3,49	4,51	-2,04

FONTE: MÜLLER (1982:265).

O incremento da população urbana verifica-se, com comitadamente, com o aumento de número de municípios, conforme Tabela 10 e que ocorre, principalmente, nos períodos de 1940/1960.

TABELA 10 - Número de municípios existentes, taxas de acréscimo, Estado de São Paulo, 1940/1960

Período	Nº de municípios existentes no início do período	Nº de municípios existentes no final do período	Acréscimo
1940/1950	270	369	36,7%
1950/1960	369	505	36,9%
1960/1970	505	571	13,1%
1970/1980	270	571	11,5%

FONTE: SAAD (1980:7).

Em sua análise desse processo de desruralização, MÜLLER (1982:263) assinala que "... ele expressa o aumento de produtividade do trabalho no campo juntamente com alterações de padrões de produção e consumo que, a grosso modo, tendem a assemelhar-se aos padrões urbanos ...", alterações estas que significam uma maior mercantilização ou seja expansão de um mercado interno.

O agravante da situação é que, conforme LOPES (1968:18), nas cidades não industriais a urbanização é mais intensa. Observando-se a Tabela 11, verifica-se que o crescimento das cidades, na década de 1940/1950 deu-se, principalmente, naquelas com até 10.000 habitantes. Nota ainda o autor que "... o crescimento dessas cidades não industriais, entretanto, ocorre com uma parcela maior de desocupação e subocupação ..."

TABELA 11 - Distribuição dos municípios, segundo grupo de habitantes 1940/1980

Grupo de habitantes	1940	1950	1960	1970	1980
até 5.000	9	24	70	118	153
5.001 - 10.000	57	112	169	179	120
10.001 - 20.000	101	120	133	129	122
20.001 - 50.000	81	91	101	99	99
50.001 - 100.000	19	18	19	23	43
mais de 100.000	3	4	11	23	34
T O T A L	270	369	503	571	571

FONTE: FIBGE (1981:3).

A preocupação com presença desta massa de desocupados em centros urbanos é atestada já, em 1941, pelo estudo sobre problemas de bases do Brasil, elaborado naquele ano, pela Secretaria Geral do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - (1948:66), assinalando-se entre outros objetivos daquele momento:

- "a) aliviar os atuais centros metropolitanos das massas demográficas que para eles acorreram e estão sobrando na sua organização social e econômica, em virtude da debilidade orgânica do país ...
- "b) efetuar a transladação demográfica num esforço simultâneo que vise a regenerar, pela higienização, pela alimentação, pela educação e socialização intensiva, os elementos componentes das massas a deslocar, a fim de que possam elas formar, nas regiões interiores a que se transferirem, uma sociedade normal e de alto teor de eficiência ..." (16) .

Diante da crise mundial, tornara-se necessária, a reestruturação e reorganização da vida nacional, por meio de medidas de base entre as quais a criação do "Exército de Trabalho", para ocupação das novas metrópoles interiorizadas, inclusive o novo Distrito Federal, no Estado de Minas Gerais e sua adaptação aos novos ambientes através de:

---

(16) Assim como nas décadas de 10/20, o binômio higiene-educação, divulgado pela Cruzada de Medicina pela Pátria e pela Campanha Nacional, em prol da Construção Nacional, é visto como salvação da democracia e regeneração da raça (LABRA, 1985), aqui apresenta-se para construção de uma "sociedade normal e alto teor de eficiência."

"... a) a obra intensiva de assistência sanitária, educativa e econômica sobre as massas demográficas que permanecem desocupadas ou mal ocupadas nas cidades atuais ...

b) submissão inicial destas massas ao regime militar, a fim de tornar-lhes mais fácil o comando e mais eficiente o trabalho e, ao mesmo tempo, na intenção de criar uma reserva poderosa, sem ônus especial, à disposição das Forças Armadas para o caso de emergência ..." (IBGE, 1948:70, 71).

Esta "... grandiosa obra colonizadora e de construção nacional sob auspícios do Exército", por outro lado, prepararia os elementos de seu quadro para "... uma excelente escola prática de empresas enérgicas e um meio de cultivarem o espírito de iniciativa, ficando assim ao mesmo tempo articulado esse esforço de reconstrução nacional com as necessidades de defesa do país ..." (IBGE, 1948:72).

Propõe-se, ainda, a instituição de colônias-escolas para "... atrair por contrato de trabalho e concentrar em pontos convenientes do seu próprio "habitat" (sem desambientá-las, portanto) as famílias de nível miserável de vida, ora dispersas nas zonas rurais e semi-áridas dando-lhes, a "valência" social e a existência condigna, de que estão dolorosamente privadas e prestar a estes elementos desdobrada as assistência sanitária e educativa, no intuito de regenerá-los e reajustá-los ao meio social ...". Após a passagem nas colônias-escolas, "... estas famílias regeneradas" seriam fixadas em colônias-modelos, tornando-se os povoadores eficien

tes e bem socializados das zonas rurais, como seus exploradores por conta própria ou como seu proletariado ..." (IBGE, 1948:71).

Parcela desta massa, realmente, passará a constituir a clientela dos asilos-colônias para os doentes mentais, tuberculosos e leprosos, onde também se valorizará o trabalho, a disciplina. Os últimos, organizados em caixas beneficientes por intermédio do Serviço de Profilaxia de Lepra, realizam obras diversas como: construção de igrejas, restaurantes, cine-teatros, escolas, praças de esporte, e, "... em consequência da colaboração entre Estado e instituições de Combate ao Mal de Hansen, há mais de 2.000 leprosos trabalhando remunerada e permanentemente. Esses enfermos, sem o menor risco de contagiar a população sã, estão em tratamento, enquanto produzem. O seu trabalho rende mensalmente 89:238\$956 ...", tendo um patrimônio, em 1938, de 3.665.770\$019..." (Arq. Hig., 1940a:336, 337).

Como nota DIAS (1985:265) com relação ao doente mental, "... a ética do mundo burguês, fundada na disciplina, aproxima os banidos mesmo que impossibilitados de saírem do isolamento, seu tempo é preenchido pelo trabalho, o ócio é o maior pecado dessa sociedade. Daí a construção de colônias-agrícolas ..."

Contudo, embora se afirmasse que o Brasil era um imenso hospital, as novas condições pós - 42 do desenvolvimento capitalista impediam o confinamento dessa imensa massa quer seja em asilo-colônia ou colônias-modelos, ao contrário, exigiam uma maior circulação da mercadorias, inclusive da

mão-de-obra interna e sua concentração em áreas, já anteriormente, industrializadas.

As novas condições redefinem a relação Estado e Sociedade, internamente e as relações capitalistas internacionais, gerando novas contradições à sociedade brasileira.

Em 1942, como resultante da II Guerra Mundial, cria-se a ONU "... com a finalidade de preservar a paz mundial ...", assim como órgãos especializados como a CEPAL, OIT, FAO, OMS. A Conferência de Yalta, em 1945, já resultara na divisão do mundo em países do bloco capitalista e comunista constatando-se a presença de um bloco de países, que constituía o Terceiro Mundo. O confronto entre as duas potências dominantes, os Estados Unidos e União Soviética, denominou-se "Guerra Fria" e seus princípios foram formulados pela Doutrina Truman, em 1947, com a finalidade de preservar a hegemonia americana entre países capitalistas ocidentais. Este fato permite aos Estados Unidos, a intervenção nos assuntos internacionais dos países capitalistas, intervenção esta acentuada com a Revolução Chinesa (1949) e, posteriormente, com a ruptura da unidade do sistema capitalista na América, com a Revolução Cubana, em 1959.

A política americana, adotada por Truman, dará ênfase ao fornecimento de alimentos, rações animais e fertilizantes para aumento da produção agrícolas dos países dependentes, tendo como justificativa ideológica o combate à fome e à miséria, que poderiam tornar os povos famintos receptivos às idéias comunistas, cabendo aos Estados Unidos "...oferecer aos países amigos, afirmara Truman no seu discurso de

posse, os benefícios de nosso cabedal de conhecimentos técnicos e ajudá-los a realizar suas aspirações por uma vida melhor ..." (AMMANN, 1985:30).

Dentro desta perspectiva, em 1947, "... reuniu-se, em Petrópolis, a Conferência Interamericana para Manutenção da Paz e da Segurança no Continente, prestigiada pelo presidente norte-americano, Truman ... Assinava-se o Tratado de Assistência Recíproca e criava-se a Comissão Mista Brasil-Estados Unidos, além de outras análogas para o fim de mais estreita colaboração entre as Repúblicas do Continente ..." (BELLO, apud IANNI, 1986:115). Em 1949, o mesmo presidente anunciou o Ponto IV, visando fornecer assistência técnica e financeira a diferentes setores econômicos, educacional, agrícola e militar (IANNI, 1986).

Nos acordos estabelecidos, incluem-se aqueles destinados as populações rurais com a criação de associações rurais, sob auspícios da American International for Economic and Social Development, criado pelos Rockfeller (AMMANN, 1985) e tendo como método de intervenção local o desenvolvimento de comunidade ⁽¹⁷⁾. A revolução cubana, em 1959, fortalecerá o programa de assistência técnica e financeira americana, via OEA e por meio da chamada Operação Pan-Americana (OPA), apresentada nos anos 50 e posta em prática em 1961/63, com a Aliança para o Progresso.

No Brasil, os acontecimentos mundiais pós-42 resultam na luta pela democratização do país e na nova consti-

---

(17) Sobre assunto AID (1964) v. AMMANN (1985), DONNANGELO (s/d).

tuição de 1946. Contudo, assiste-se a uma profunda transformação no desenvolvimento das forças produtivas, acelera-se o processo de urbanização e constata-se uma maior presença política dos trabalhadores.

A Tabela 12 mostra a participação da população na escolha presidencial a partir da década de 1920, verificando-se a duplicação do número de votantes entre 1930/45, elevando-se, lentamente, após o período.

TABELA 12 - Distribuição da população e porcentagem de votantes nas eleições presidenciais, 1922/60

A n o	População (milhões)	% votantes da população
1922	28.5	2.9
1922	30.9	2.3
1930	33.5	5.7
1945	46.2	13.4
1950	51.9	15.9
1956	58.9	15.6
1960	70.1	17.8

FONTE: RETRATO DO BRASIL (1984:15).

Mas, se a democratização resulta na conquista do direito político de uma maior parcela da população, ela não traz a ampliação de direitos sociais, gerando tensões. Face a estas, acentua-se nas Campanhas de Reconstrução Nacional, a valorização do homem, agora rural, que predominará no discurso governamental.

Neste processo de reconstrução nacional são contemplados, na saúde, a atenção materno-infantil e as propostas de assistência médico-social rural que passam a constituir, a partir da década de 50, objetos de maior interesse estatal.

As atividades, desenvolvidas na área materno-infantil, iniciam-se, no começo do século, com a inspeção das amas de leite, passando, paulatinamente, a higiene e assistência à criança (MASCARENHAS, 1949). Contudo, o Estado amplia sua atuação na atenção à criança, com o surgimento, em 1940, do Departamento Nacional da Criança e, em nível estadual do Departamento Estadual da Criança (DEC), em 1944, aglutinando atividades dispersas na Secretaria de Educação e Saúde Pública (SESP).

A ampliação desta área estatal, assim como aquelas referentes à lepra e à tuberculose, é precedida pela mobilização de médicos e entidades filantrópicas em torno da fome, desnutrição, da questão nacional. Posteriormente, fundam-se entidades filantrópicas, dedicadas à criança. Entre 1901 a 1927, segundo SPOSATI (1985) houve profileração destas instituições. Em 1922, realiza-se o I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Em 1932, "... Getúlio Vargas ... o primeiro Chefe de Nação a preocupar-se com a importância que assumia para nós, a proteção à infância e à maternidade ... na sua Mensagem de Natal, ecoando por todo o Brasil ... conclamou os Interventores para tão patriótica cruzada ..." (Arq. Hig., 1940c:285). Em 1937, cria-se o Instituto Nacional da Criança e em comemoração aos 12 de outubro, institucionalizada pelo Decreto nº 4867 de 1924, como dia da festa da criança, celebra-se a Semana da Criança, em todo território nacioo

nal. Nos dois acontecimentos, a criança é enaltecida como futuro da nação.

"... celebrada a Semana da Criança, destinada a disputar onde não existe e a intensificar onde já existe, a convicção de que do interesse e do preparo que lhes merecem as novas gerações depende fundamentalmente o futuro da nacionalidade ..." (Arq. Hig., 1940b:339). "... atendendo à necessidade fundamental de zelar pelo aperfeiçoamento da raça e defender as fontes de renovação do organismo da nacionalidade, o governo da República sob a direção esclarecida do Presidente Getúlio Vargas, traçou para todo o país um largo programa de proteção à maternidade, à infância, à adolescência ... o Governo Nacional empenha-se decididamente na valorização do elemento humano nacional e no preparo eugênico e racial da infância e da juventude para que elas possam enfrentar e vencer as inegáveis dificuldades da vida social contemporânea ..." (Arq. Hig., 1940c: 287).

Simultaneamente, são realizadas demonstrações públicas de educação física, sessões solenes, visita e distribuições de brinquedos, concurso de robustez e irradiados e publicados artigos, comentários sobre a criança, com intensa propaganda pelo rádio e jornais.

Em 1945, não só se realiza a Semana da Criança como a Campanha da Redenção da Criança. Para esta redenção, como ressalta o Diretor do Serviço de Centros de Saúde da Capi

tal, necessita-se da colaboração tanto dos pobres como dos ricos "... para que por intermédio do rádio, imprensa e palestras, soasse, em todos os lares, a voz amida dos batalhadores da Cruzada do Bem, a penetrar fundo nos ambientes Sagrados da família para pedir aos ricos a sobra de suas migalhas em prol de tão nobilitante campanha e aos pobres a cooperação de sua freqüência aos serviços de assistência a Maternidade e Infância, mantidos pelos poderes públicos e instituições particulares, nos Centros de Saúde ou Postos de Puericultura ... que, por certo, valorizada a saúde de seus filhos, terão maior desenvolvimento econômico, maior fomento à riqueza pública ..." (Arq. Hig., 1945:151).

Nessa mesma data, a Legião Brasileira de Assistência - LBA - contribui com elevados donativos a todo interior para instalação de mais de 50 postos de puericulturas nos diferentes municípios. É esta entidade ⁽¹⁸⁾ que parece ser responsável pela instalação dos primeiros postos de puericultura, no Estado de São Paulo. Em 1941, sob intervenção de Fernando Costa, cuja filha, presidia a LBA - SP, o governo doa àquela entidade "... dez milhões de cruzeiros para construção de 80 postos de puericultura, estando em funcionamento, em 1947, 60 unidades ... (MORAIS, 1947:16). Ressalta-se, novamente, a relação entre entidades civis e aparelho estatal não só em termos diretivos; da direção regional da LBA, um de seus diretores era um representante do Departamento Es

---

(18) Fundada por Darcy Vargas para amparar as famílias de soldados convocados para guerra, ampliando sua atuação com atendimento a velhos inválidos, tuberculosos, mães solteiras, recém-nascidos desamparados (MORAIS, 1947) e, em 1974, é incorporada ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

tadual de Criança.

"Sociedade civil, possuindo recursos de 1 milhão e oitocentos mil cruzeiros mensais para serem empregados sem entraves burocráticos ou injunções externas ..." (MORAIS, 1947:16) estabelecerá, em 1953, convênio com Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social e em 1957, com auxílios extraordinários subvencionará os postos de puericultura volante (LBA, 1957).

Além de instalação de unidades, a LBA será responsável pelo fornecimento de leite e/ou auxílios financeiros. Em 1947, no Interior, de uma verba mensal de Cr\$ 782.000,00, 7,67% eram gastos no fornecimento de leite aos postos de puericultura, sendo o restante dispendido em sopa escolar e auxílio às instituições (MORAIS, 1947), observando-se que, nesta distribuição, os postos de puericultura de alguns municípios eram privilegiados; tanto na distribuição de leite como de auxílios. Destacaram-se os municípios de Santos (especificamente o Bairro de Macuco), Franca, Itapetininga, Campinas, Bauru, Jacareí, Jaú, Marília, Avaré, Tietê, entre os 107 municipios beneficiados (LBA, 1957).

É bastante provável que a distribuição obedecesse a interesses político-partidários, apesar de que, em 1947, estabelece-se que os presidentes das Comissões Municipais, ligados, provavelmente, ao Executivo Municipal, como se verifica em nível Estadual, deveriam "... ser elementos de merecido prestígio local, de elevado caráter e de acentuado pendor pelos problemas assistenciais e manter-se eqüidistantes das paixões partidárias ..." (MORAIS, 1947:18), fenômeno bastan

te raro, nas disputas partidárias nas cidades interioranas e pela máquina estabelecida pelo PSP como já foi visto.

É evidente a participação do governo estadual e federal, na expansão dos serviços médicos-hospitalares de assistência à maternidade e à infância. Em 27 de junho de 1951, pela Lei nº 1091, a Secretaria da Fazenda é autorizada a abrir um crédito especial no valor de Cr\$ 15.000.000,00 à Secretaria da Saúde para instalação de postos de puericultura e postos de puericultura volantes, assim como, para aquisição de veículos para estes últimos (D.O. 27.06.1951). Em 1952, são instalados 157 postos de puericultura e 16 postos de puericultura volantes (D.O. 09.08.1952). Em 02 de janeiro de 1953, a Lei nº 2128 estabelece a participação da Secretaria de Saúde, juntamente com a LBA e outras entidades públicas e privadas, na fundação de hospital destinado à criança, abrindo um crédito especial junto à Secretaria de Fazenda para o mesmo fim. No mesmo ano, é estabelecido convênio com a LBA regional para construção, instalação e manutenção de Postos de Puericultura (D.O. 04.09.1953).

Provavelmente, a captação de recursos federais, assim como seu repasse, faz com que o governo crie junto à Secretaria o Fundo de Proteção à Maternidade e Infância pelo Decreto nº 27.498, em 1957, ⁽¹⁹⁾ cujos objetivos eram:

---

(19) É provável que, a partir dessa data, tenham sido criados vários fundos; em 1962, a Lei nº 6864 regulamentou os Fundos Especiais e ainda não criados por Leis e, em 1966, a Lei nº 9.303, de 15 de abril de 1966, em cumprimento à lei anterior, institui os Fundos Especiais criados pelo Executivo e vinculados a Secretaria de Saúde e Assistência Social (Fundo de Puericultura do Departamento Estadual da Criança; de Pesquisa do Departamento de Assistência aos Psicopatas e Fundo de Proteção à Maternidade e Infância e, posteriormente, outros).

" - promover acordos ou estabelecer contratos com entidades privadas para ampliação de suas atividades;

- contribuir para ampliação e melhoria das instalações e aparelhamento dos órgãos dos serviços públicos ou de instituições particulares que tinham por finalidade a assistência à maternidade e infância ..." (D.O. 20.02.1957).

Entre 1957/1958, surgem inúmeros decretos para instalação de postos de puericultura, decrescendo o número de decretos, com esta finalidade a partir de 1960.

A Tabela 13 mostra o número de postos de puericultura, observando-se um aumento um pouco maior na Capital, entre 1955/57, invertendo esta posição nos dois anos seguintes e inclusive a diferença, aumento maior de postos no Interior. Em 1965, o número de postos é praticamente semelhante, privilegiando, como se verá, os postos de assistência médica.

TABELA 13 - Número de postos de puericultura, por área, Estado de São Paulo, 1955/1959 e 1965

Ano	Área		
	Capital	Interior	Total*
1955	8	248	256
1956	52	278	329
1957	95	309	404
1958	114	417	531
1959	112	452	564
....			
1965	128	428	556

* Excluídos os postos volantes

FONTE: CARLOS (1960:42), LEMOS (1967)

Segundo CARLOS (1960:42) "... as verbas destinadas ao Departamento Estadual da Criança - (DEC) - foram aproximadamente de Cr\$ 152.000.000,00, em 1955, para num crescendo, atingir perto de Cr\$ 460.000.000,00, em 1959 ...",provavelmente, em decorrência do convênio com a Comissão Regional da LBA para instalação, construção e manutenção de 100 postos de puericultura (D.O. 15.01.1958). Como assinala o autor "... a assistência à infância, tanto médica como alimentar, foram intensificados, havendo incentivo das vacinações anti-varíola, antidiftérica, Salk e outras, assim como uma grande campanha de combate à desidratação ... Por outro lado, a assistência alimentar compreendeu farta distribuição de leite, tanto fresco, como principalmente em pó ..." (CARLOS, 1960:42), permitindo, portanto, o acesso a alguns bens de consumo, que passam a ser produzidos, no Brasil, ou mesmo importados como vacinas. Em 1950, foram distribuídas 66.149 latas de leite em pó, em 1955, 504.179 passando para 1.525.452 em 1959, além de 1.245.422 litros de leite fresco (MONETTI & SOUTO, 1960:299).

Segundo L'ABBATE (1982:52) "... os programas de ajuda alimentar estabelecidos através de alguns organismos da ONU, como a FAO e a UNICEF, prestam-se, também como afirma Paulette Goldenberg, para o escoamento dos excedentes da produção do Canadá e Estados Unidos, que haviam alcançado grande desenvolvimento agrícola, a partir da Revolução Verde. Esses programas ganham maior expressão entre 1950 e 1960 e, em 1954, através da "Lei dos Alimentos para Paz", os Estados Unidos passam a regulamentar essas "doações..."

É interessante notar que altas taxas de mortalidade infantil, prevalentes desde o início do século, começam a decair, acentuadamente, a partir dos meados da década de 40, Tabela 14 e especificamente, no município de São Paulo, onde o número de postos de puericultura sempre foi menor. Este fenômeno leva a considerar outros fatores a serem investigados, uma vez que as campanhas de vacinação só ocorrerão, a partir da década de 60, como se verá posteriormente, quando as taxas apresentam, novamente, uma tendência crescente até meados da década de 70, declinando a partir de então, com uma taxa em torno de 57 por 1000 nascidos vivos, em 1979.

Dados disponíveis sobre o salário mínimo real no Brasil, Tabela 15, demonstram que, em relação a 1963, ele decresceu no período 1952 a 1954 e ao elevar-se, apresentou oscilações sendo que, entre 1959 e 1961, atinge seu ponto mais alto, decrescendo, a partir de então, a níveis mais baixos do que àqueles apresentados, em 1952, deflagrando uma série de movimentos grevistas, como se verá

Segundo DUARTE (apud HOFFMANN, 1975:108) entre 1960/70, "... metade da população não foi atingida pelos benefícios do crescimento econômico (em termos monetários) e outros 30% tiveram acesso apenas marginal a estes benefícios ...". No mesmo período enquanto 50% da população de renda mais baixa tiveram um aumento percentual da renda média do estrato de 1%; os 5% da população de renda mais alta tiveram um aumento de 72%.

TABELA 14 - Taxas de mortalidade infantil, Município e Estado de São Paulo, Interior 1930/1979

Anos	Município	Interior	Estado	Anos	Município	Interior	Estado
O C O R R Ê N C I A							
1930	192,63	170,42	167,87	1955	86,51	107,37	102,18
1931	140,32	170,14	168,83	1956	86,38	103,81	99,38
1932	140,79	167,43	163,75	1957	75,54	96,49	91,12
1933	149,22	186,17	183,97	1958	70,21	95,19	88,72
1934	141,29	183,89	178,13	1959	65,42	88,36	82,34
1935	147,83	179,35	174,93	1960	62,94	82,55	77,17
1936	137,80	193,48	188,48	1961	60,21	83,20	76,20
1937	134,39	177,64	171,54	1962	64,42	81,01	76,20
1938	138,18	171,04	166,56	1963	69,90	82,27	78,71
1939	142,65	175,45	170,85	1964	67,75	71,79	70,60
1949	123,99	187,51	178,30	1965	69,38	73,89	72,58
1941	135,12	182,44	175,03	1966	73,80	76,74	75,86
1942	121,53	149,09	140,23	1967	74,30	76,09	75,58
1943	125,37	147,71	142,94	1968	76,61	72,40	73,67
1944	123,79	154,97	148,53	1969	84,50	83,15	83,57
1945	101,49	138,53	132,60	1970	89,52	81,87	84,34
1946	79,78	115,83	109,78	R E S I D Ê N C I A			
1947	40,12	112,11	106,11	1971	85,38	92,30	90,07
1948	87,85	123,58	116,81	1972	85,66	86,38	86,15
1949	50,64	119,14	113,96	1973	87,20	90,15	89,17
1950	49,71	122,45	115,85	1974	78,03	84,55	82,33
1951	71,47	119,75	113,70	1975	79,96	87,99	85,24
1952	71,00	114,00	104,39	1976	74,81	78,45	77,20
1953	79,16	111,20	103,77	1977	66,52	69,90	68,79
1954	74,72	102,16	95,41	1978	54,28	65,75	75,25
				1979	57,88	54,44	58,46

FONTE: GIRALDELLI (1983:87).

TABELA 15 - Salário mínimo real médio - números índices(1963 = 100), Brasil, 1952 - 1981

A n o	Salário mínimo real médio	A n o	Salário mínimo real médio
1952	90	1967	82
1953	79	1968	83
1954	94	1969	81
1955	105	1970	79
1956	106	1971	79
1957	117	1972	81
1958	102	1973	84
1959	117	1974	79
1960	105	1975	83
1961	120	1976	84
1962	109	1977	84
1963	100	1978	84
1964	101	1979	84
1965	93	1980	86
1966	86	1981	85

FONTE: SERRA (1982a:63).

Na mesma década, ampliam-se as campanhas de vacinação, em decorrência da Carta de Punta del Este (MONETTI et alii, 1974). Em 1961, "... com a contribuição da OPAS que forneceu de 25 a 62 mil doses, foi desencadeada a "Operação Santo André" (Arq. Hig., 1962a), realizando-se um plano piloto de vacinação contra a poliomielite, no Brasil e que serviu "... também para avaliação dos testes imunitários conferidos pela vacina" (CARLOS, 1962:76). Deve-se ressaltar que, conforme nota MILANO et alii (1962:208), Santo André era "... lugar de grande destaque no parque industrial paulista

...", com concentração de indústrias de ponta. A "Operação Santo André seguiu-se a "Operação Capital", anteriormente precedida da vacinação dos municípios de São Bernardo, São Caetano, Mauá, Ribeirão Pires e Diadema, também áreas industriais (Arq. Hig., 1962a). No segundo semestre, do mesmo ano, procedeu-se à vacinação no interior de São Paulo (PRADO, 1962).

Segundo MONETTI et alii (1974:27) iniciou-se em 1966, a título experimental, no ex-Instituto de Puericultura, a vacinação contra sarampo e em 1967, institucionalizava-se a Campanha de Erradicação da Varíola, acrescidas das atividades de vacinação já desenvolvidas pelos Postos de Puericultura, pois, como notam os AAs acima referidos, pelo menos com relação à tríplice (Difteria, Tétano e Coqueluche), até 1963, "... as vacinas eram ministradas quase exclusivamente pelas unidades assistenciais (Postos de Puericultura) do extinto Departamento Estadual da Criança, passando a partir de então serem ministradas pelos Serviços de Centros Saúde da Capital e, em 1968, em todas as unidades ...". É provável que a expansão dos Postos de Puericultura tenha suprido as deficiências, assinaladas por MASCARENHAS (1949) para o período de 1942/1945, referentes ao número de pessoal e às dificuldades de meios de transporte. Contudo, MONETTI & CARVALHO (1975: 116) afirmam "... que apesar das moléstias infecciosas e parasitárias apresentarem um declínio entre 1960/70, esse declínio não foi tão sensível como seria de se esperar, face aos programas e campanhas de vacinação desenvolvidos pela Secretaria do Estado de Saúde ...".

As principais causas de mortalidade infantil, em 1951, estão apresentadas na Tabela 16, observando-se o predomínio da mortalidade por debilidade congênitas, 39,8% do total, incluindo, provavelmente, as causas decorrentes de parto e puerpério; as doenças infecciosas e parasitárias, contribuíam com apenas 5,4%, enquanto as perturbações nutritivas provavelmente decorrentes da desnutrição, 14,1%.

TABELA 16 - Coeficientes de mortalidade infantil/1000 nascidos vivos, segundo doença e porcentagem do total.
Estado de São Paulo, 1951

D o e n ç a	Coef./100 Nascidos vivos	% do Total
Debilidade congênita	41,91	39,8
Perturbações nutritivas (exceto inadaptação ao regime alimentar)	14,92	14,1
Diarréia e enterite (exceto diarreia dos recém-nascidos)	10,25	9,7
Doença do aparelho respiratório (exceto pneumonia dos recém-nascidos)	9,69	9,2
Doenças infecciosas e parasitárias (exceto o item 768)	5,66	5,4
Tétano umbelical	3,99	3,8

FONTE: FERREIRA & SALUM (1953:257).

Entre 1960/61, o coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias permanece quase no mesmo nível de 1951, 5,05 por 1000 nascidos vivos, decrescendo para 3,36 em 1971 e, em diferentes graus para difteria, tétano, coqueluche, poliomielite, varíola, Tabela 17.

TABELA 17 - Coeficientes de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, segundo principais causas de doença, Estado de São Paulo 1960/61, 1970/71

Moléstias (7ª Revisão - 1959)	Ano 1960/61 Estado	Moléstias (8ª Revisão - 1965)	Ano 1970/71 Estado
Tétano	2,40	Septicemia	1,27
Disenteria	0,63	Tétano	0,57
Sarampo	0,51	Sarampo	0,49
Coqueluche	0,30	Coqueluche	0,15
Sífilis	0,25	Disenteria	0,09
Poliomielite	0,18	Poliomielite	0,07
Tuberculose	0,14	Difteria	0,05
Difteria	0,12	Varicela	0,05
Inf. meningocócicas	0,07	Tuberc. pulmonar	0,03
Encefalite Infec. aguda	0,05	Tuber.das meninges e do s.n. central	0,03
Varíola	0,01		
Outras doenças infec. e parasit.	0,38	Outras doenças infec. e parasit.	0,57
T O T A L	5,05	T O T A L	3,36

FONTE: MONETTI & CARVALHO (1975:143).

Entretanto, continuam predominando, e com sensível aumento nos dois biênios, as gastroenterites com participação de 21 a 27% dos óbitos; as causas perinatais, de 22 a 24% e as doenças do aparelho respiratório, de 17 a 21%. Entre 1970/71, continuam predominando os óbitos infantis, causados por aquelas doenças mais diretamente associadas às condições de alimentação, à habitação e assistência médica, conforme Tabela 18. Observa-se, também, a elevação destes coeficientes entre 1960/61 e 1970/71.

TABELA 18 - Coeficientes médios de mortalidade infantil, por mil nascidos vivos, por principais grupos de moléstias, Estado de São Paulo, 1960/61 e 1970/71

Grupos de Causas	1960/61			1970/71		
	Capital	Interior	Estado	Capital	Interior	Estado
Gastrenterites (*)	12,24	17,45	16,01	20,31	24,72	23,29
Perinatais (*)	18,02	16,18	16,69	19,43	21,17	20,60
Mol.do ap. respirat.	16,02	12,01	13,12	19,62	17,23	18,02
Anomalias cong.(**)	4,48	2,31	2,90	3,94	3,50	3,64
Mol.infec.paras.(***)	4,17	5,39	5,05	3,67	3,21	3,36
Outras	6,63	29,54	23,23	12,61	19,57	17,29
T O T A L	61,57	82,89	77,01	79,60	89,43	86,21

OBS.: (*) Inclui as gastrenterites e colites de 1960/61 e doenças diarreicas de 1970/71.

(**) Nos anos 1960/61, as anomalias congênitas e a sífilis foram deduzidas de causas pré-natais, natais e neonatais.

(***) Foram, incluídos os casos de sífilis de 1960/61 e excluídas as doenças diarreicas de 1970/71.

FONTE: MONETTI & CARVALHO (1975:142).

Dentre as moléstias infecciosas, são as gastroenterites que aparecem como principal causa de óbito, também, nos grupos etários de 1 a 14 anos, sendo os coeficientes médios, para os grupos etários de 1 a 4, 5 a 9 e 10 a 14, respectivamente, 163,4, 6,43, 2,13/100.000 habitantes no período de 1960/61 (MONETTI & CARVALHO, 1975).

É interessante observar a tendência verificada nos últimos anos, com relação à mortalidade infantil, onde o "... risco de morte durante o primeiro dia de vida teve uma queda reduzida, entre 1940 a 1979, especialmente se compara-

da com as outras idades. Nestes 30 anos, a taxa de mortalidade de no primeiro dia de vida apresenta uma queda de apenas 13%, enquanto a mortalidade correspondente a 1 - 6 dias conseguiu reduzir-se em quase 50% e a ocorrida entre 7 - 27 dias de vida em mais de 70%, Tabela 19. A redução no grupo de 6 a 11 meses foi de 85%, (ORTIZ, 1983:97), modificando a estrutura de mortalidade infantil, segundo idade, ressaltando, ainda, que, após 1964, ocorreu uma expansão da assistência médica hospitalar.

TABELA 19 - Tendência da mortalidade infantil, segundo idade, Estado de São Paulo 1940/1979

Idade	Taxas de mortalidade infantil								
	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1979
0 dia	10,14	8,89	7,72	7,97	8,74	9,18	10,10	10,19	8,82
1- 6 dias	19,82	16,71	14,79	13,67	12,31	12,87	13,83	12,44	10,45
7-27 dias	31,98	25,91	20,33	16,57	13,06	12,06	15,52	13,02	8,79
28 dias	61,94	51,51	42,84	38,22	34,11	34,11	39,44	35,65	28,06
1- 5 meses	65,22	48,06	44,85	42,38	29,00	26,84	32,48	37,27	23,02
6-11 meses	51,14	33,03	28,16	21,58	14,07	11,63	11,26	11,71	7,08
T O T A L	178,30	132,60	115,85	102,18	77,17	72,58	83,19	84,63	58,16

FONTE: ORTIZ (1983:96)

RAMOS (1951:35, 36) assim se referia sobre a questão da mortalidade infantil e os serviços de proteção à infância.

"Todo esse vasto mecanismo se edificou sobre um falso pressuposto o de que o problema da mortalidade

de infantil comporta uma solução médica ... os órgãos nacionais e estaduais de proteção a infância vivem desse ideal ..." (o de proporcionar assistênçia médica a todas as crianças doentes) "... Não há dúvida de que tratar uma criança doente é um problema médico. Todavia, tratar uma população, uma massa de indivíduos doentes, deixa de ser um problema médico - é um problema social. E se é um problema social, sua solução é social, isto é, implica menos em uma distribuição de conselhos, de remédios, ou de alimentos do que a transformação de todo um complexo institucional ... o vício fundamental do nosso sistema administrativo de proteção à infância (aliás como todo nosso sistema sanitário) consiste em que ele aplica, no tratamento de um problema de massa, os mesmos processos de medicina individual. Em resumo, eles, os dirigentes do sistema "... não assimilaram ainda a idéia de planificação ..." que se impunha frente "... às crescentes responsabilidades a que o Estado vinha assumindo ... para uma aplicação mais produtiva dos recursos orçamentários e, frente à falta de base econômica para suportar os gastos orçamentários atuais com medidas de assistência médico-sanitarista ..."

Para que "... a administração pública ultrapassasse a presente fase do laissez-faire e entre numa fase de planificação, é necessário toda uma mudança de estilo. Quero

dizer, é necessário adestrar os administradores numa nova maneira de pensar. Reeducá-los ... uma vez que o nosso sistema federal de órgãos de proteção à infância continua ainda, do ponto de vista faseológico, numa etapa filantrópica e utópica ao problema da mortalidade infantil ... de campanhas, cruzadas, batalhas, que se mantêm às custas de pessoas generosas ..." (RAMOS, 1951:37, 39).

Ainda, chama a atenção para o fato de que "... a renovação de métodos, cuja urgência é reconhecida pelos melhores elementos de carreiras técnicas dos serviços de assistência médica, esbarra em situações cristalizadas e interesses investidos, que impedem a sua efetivação. Tudo indica existir, na organização médica-sanitária do país uma compenetração de interesses públicos e particulares muito conscientes de si mesmos e dispostos a esmagar implacavelmente quem quer que ouse contrariá-los ..." (RAMOS, 1951:41).

Esta afirmativa parece ser verdadeira, uma vez que o DEC, constituído no final do Estado Novo, ampliou suas unidades na década de 50, como já foi visto e possibilitou, através do estabelecimento de Fundo e de convênios, a "compenetração de interesses públicos e privados". Este fato, parece motivar a designação, em 1968, "... de uma médica para fiscalizar os convênios entre o DEC e as instituições hospitalares destinadas à maternidade e infância." (D.O. 12.07.1968). Mas, também, corresponde a diferentes interesses dentro Secretaria que, no final da década de 50 e na década de 60, expandirá outros tipos de unidades, os sub-postos e postos de assistência médica social.

As propostas de assistência médica-social rural ressurgem, em meados da década de 40, com a preocupação dos sanitaristas no controle de endemias rurais e na organização de unidades agromédico-sociais para o atendimento da população rural dentro da concepção de desenvolvimento comunitário, na qual a educação teria um papel fundamental, assim como a contribuição das ciências sociais ⁽²⁰⁾, como escreve PASCALE (1953:4):

"... Para que se possa, porém, elevar o nível so
cial das populações rurais é mister "avançar no sen
tido do bem estar comum", através de um trabalho
perseverante e persuasivo de aceitação dos progres
sos realizados pela vida urbana, sem a quebra vio
lenta das resistências e inadequados. Sem a preo
cupação de tais cautelas, dificilmente se poderá
concretizar o ideal da organização das comunidades
rurais e do desenvolvimento da liderança sob a
qual tais comunidades deverão agir ... A institui
ção de uma "política de ataque aos nossos proble
mas rurais", orientada pela sociologia, implicará,
fatalmente, na adoção de normas de conduta e de no
vas técnicas consentâneas com a expansão paulatina
das conquistas do progresso humano a fim de que,
tornando-se permeáveis às novas bases de conduta,

---

(20) É interessante notar as relações entre o Instituto de Higiene e Escola de Sociologia e Política, ambas instituições instaladas com a colaboração da Fundação Rockefeller, sendo um dos signatários para importância dessa instalação Geraldo de Paula Souza, conforme BERLINCK (1958). TRUJILLO (1958) nota a influência da Escola nos trabalhos de alguns sanitaristas como Mascarenhas e Lesere; o primeiro inclusive, aluno e, posteriormente, professor daquela Escola (MASCARENHAS, 1949).

adquiram melhores hábitos higiênicos, modernos noções de preservação e de recuperação da saúde, assimilem métodos racionais de trabalho, incorporem novas e mais perfeitas normas de convivência ..."

As unidades agro-médico-sociais, resultantes do Ponto IV, anteriormente referido, e estabelecido pelo Decreto nº 21522 de 01 de julho de 1952, tinham a finalidade de "... promover a fixação do homem rural através de um serviço de assistência agro-médico-social, visando a elevação do padrão cultural e econômico bem como dos índices de saúde das populações rurais ..." (D.O. 02.07.1952). Essas propostas de atenção à área rural sedimentam, inclusive com a Lei nº 2743, de 06 de março de 1956, que institui, no Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Endemias Rurais - DENERU - e se associam a ocupação a região centro-oeste do Brasil. As atividades, essencialmente educativas, desenvolver-se-iam nas escolas com a criação de centros sociais-rurais, cujas ações caberiam a uma equipe multiprofissional de médicos, agrônomos, educadoras sanitárias, dentistas, enfermeiras e professoras, recebendo colaboração da American International Association.

Dentro desta perspectiva de atenção rural, em 1958, é realizado no Estado de São Paulo, "... um levantamento de recursos disponíveis, inclusive com colaboração das Prefeituras e fazendas que possuem serviços médicos particulares⁽²¹⁾ a fim de estabelecer um vasto programa de assistência médico

---

(21) Segundo PESSOA (1960), a assistência médica privada na zona rural compreendia: 1) assalariamento, em grandes propriedades agrícolas; 2) sistema de contrato, em zonas cafeeira, onde o médico recebe contribuição por família de colono, pés de café; 3) caixa, os colonos contribuem mensalmente com determinada quantia, gerida por um administrador.

sanitário às populações rurais ..." (D.O. 24.05.1958). Essa proposta advém da reunião de Delegados de Saúde, em Marília, para discutir problemas relacionados, além da assistência médico-sanitária às populações rurais, ao combate a esquistossomose e à participação da engenharia sanitária nos programas estaduais.

No mesmo ano, é criada junto ao Gabinete do Secretário, uma Comissão Especial de Combate à Moléstia de Chagas que "... acarreta, anualmente, grande número de vítimas no seio da população rural." Pelo Decreto nº 30.789, é estabelecida a composição de pessoal (elementos do Serviço de Profilaxia da Malária, oficiais da força pública) e os recursos, em termos materiais, das diferentes Secretarias de Estado, além da Saúde (Agricultura, Educação, Segurança Pública e Viação e Obras Públicas) e, em termos financeiros, verbas do Serviço de Profilaxia da Malária, suplementadas por créditos da Secretaria da Fazenda (D.O. 31.01.1958).

Na mesma época, a Secretaria empenha-se na erradicação da malária através de convênio com órgãos federais e internacionais. Em 1958, é estabelecido convênio entre União, Estado, OMS e a International Cooperation Association (Ponto IV) através do qual este órgão forneceria veículos, peças e acessórios, solventes e emulsificantes, equipamentos para rociamento (CARVALHO PINTO, 1959; MELLO, 1960), promovendo, inclusive, reunião de Delegados (D.O. 04.02.1958). De acordo com o convênio, a Secretaria recebeu 2 milhões e 140 mil comprimidos de Aralen (D.O. 19.07.1958).

Por outro lado, a falta de recursos e de estrutura

institucional para controle de Chagas, faz com que a Secretaria recorra à criação de Ligas de Combate à Moléstia de Chagas, tentando mobilizar "... autoridades federais, municipais, estaduais, religiosas, militares, médicos, diretores e professores de ensino, fazendeiros, sitiantes, industriais, líderes de comunidade e todos aqueles que se interessam pelo problema ..." (D.O. 25.05.1958). De um lado, essas ligas promoveriam o Cadastro de todas as casas de-pau-a pique, auxiliariam com mão-de-obra e matéria-prima para o revestimento de casas que o necessitassem e promoveriam a extinção daquelas casas, a serem substituídas por habitações imunes aos barbeiros. Por outro lado, a Comissão Especial de Combate à Moléstia de Chagas responsabilizar-se-ia pela demonstração de processos de impermeabilização, aplicação do inseticida (BHC) e fornecimento de aparelhamento para revestimento das casas, além da educação sanitária e de prêmios anuais aos que se destacassem, cabendo ao primeiro colocado o Troféu "Carlos Chagas" e ao segundo, Prêmio "Oswaldo Cruz" (D.O. 25.05.1958). Diante da falta de recursos, em 1959, propõe-se convênio com o DENERU para auxílios financeiros (D.O. 17.05.1959).

No mesmo ano, 1958, são criadas outras duas Comissões Especiais: a de Combate à Esquistossomose e de Planejamento e Coordenação da vacinação BCG, comissões estas que, em 1968, passam a ser institucionalizadas e transformam-se em Campanha contra Combate à Esquistossomose (CACESQ) e Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis (FESIMA).

Devem-se ressaltar os determinantes econômicos na

importância das duas Comissões. A CACESQ surge dada a alta frequência da esquistossomose no litoral e no planalto (D.O. 09.04.1958), especificamente Vale do Paraíba, locais em que se expandem, a partir de 1956, os novos ramos industriais de produção de bens de capital (máquinas e equipamentos) e bens intermediários (siderúrgica, produtos químicos), dentro do processo de substituição de importação (SINGER, 1973).

A FESIMA resulta da recomendação da OPS ao "... governo federal que institui, em 1966, no Ministério da Saúde, a Campanha de Erradicação da Varíola ... Coordenando os seus esforços com os do governo federal e da OPS, o governo do Estado criou, por força do Decreto nº 40.021 de 30 de novembro de 1967, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) no Estado de São Paulo ..." Em 08 de maio de 1968, instituiu-se a FESIMA, "... com o objetivo de custear com seus recursos orçamentários os programas de imunização em massa na Secretaria, entre os quais, em primeiro plano, por seu vulto, se destaca a CEV (SOARES, 1971:1).

Tanto a CACESQ como a FESIMA parecem representar um outro momento de composição de forças dentro da Secretaria e que se inicia na década de 60. Até esta data, os dados parecem indicar a disputa entre três áreas tradicionais lepra, tuberculose, e materno-infantil. O anteprojeto de Reforma da Secretaria, apresentado em 1957, reduzia, de certa maneira, as três áreas, a medida que suas unidades estariam englobadas numa única unidade, o Departamento de Unidades Sanitárias, ficando suas unidades hospitalares situadas no Departamento de Assistência Hospitalar. (SSPAS, 1957).

Na década de 60 predominam as leis, criando subpostos de saúde, de assistência médico-sanitária e postos de assistência médica sanitária ⁽²²⁾, o que parece indicar o deslocamento de forças dentro da Secretaria. Neste sentido, são oportunas as afirmações de LEMOS (1967:35, 36).

"No atual sistema de composição de forças partidárias heterogeneas, as Secretarias, quase sempre nascem dos conchavos e imposições políticas constituindo, o preço, em alguns casos onerosíssimos que o governo paga pelas adesões das respectivas legendas ao bloco situacionista da Assembléia Legislativa ... A Pasta da Saúde, loteada entre políticos e administradores converteu-se, hoje, em verdadeiro mosaico de pequenas, secretarias, constituídas de órgãos autônomos, com seus próprios mecanismos administrativos ..."

Porém, a expansão dos serviços de saúde pública, legalmente decretada, deve ser vista com ressalvas. Criados e ampliadas com base em créditos especiais ou de recursos federais, a infra-estrutura era bastante precária; grande parte das unidades sanitárias, ainda em 1967, funcionava em casas alugadas, como demonstram as despesas com pagamento de aluguéis. (D.O. 4, 5, 8.03.1953, 06.03.1958, 24.03.1959, 03.03.1960, 18.05.1965, 10.03.1966, 07.07.1967); quanto

(22) Em 1959, excluindo-se Dispensários, Postos ou Sub-Postos de Puericultura o Departamento de Saúde do Estado, contava com 446 Unidades Sanitárias, no Interior e na Capital, dispunha de 14 Centros de Saúde, 17 Sub-Centros de Saúde e 4 Centros de Assistência-Sanitária-Social (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da U.S.P., Indicador de Instituição de Previdência Social e obras de Assistência Médico-Social de São Paulo, 2ª edição, 1959, p. 144).

aos recursos humanos, os servidores existentes excediam o "... número fixado e necessário para lotação nas leis, decretos, atos e normas, inclusive ocupantes de funções não previstas e dispensáveis, enquanto, em outras falta pessoal." (D.O. 07.11.1966). Em 1958, o Decreto nº 32.066 dispunha que "... nos postos de puericultura onde existem em exercício escriturários ou práticos de laboratório não será permitida a lotação de atendente ou auxiliar de dietética." (D.O. 06.05.1958) e, provavelmente, aqueles preenchiam as funções destas últimas.

Além deste excesso e/ou falta de pessoal, os serviços de saúde ainda contavam com funcionários que residiam fora dos municípios onde exerciam o cargo (D.O. 08.04.1959, 07.11.1966). Quanto à assistência médica, possivelmente era precária, uma vez que os consultantes

"... quase todos os médicos, por exemplo, em face aos baixos níveis salariais do Serviço Público, procuram em consultórios, empresas particulares ou em órgãos previdenciários, a suplementação de vencimentos de que precisam, mais compatível com a relevância e a dignidade de seus encargos profissionais ..." (LE MOS, 1967:51)

Estas características, contudo, não são específicas da Secretaria, mas das agências burocráticas estatais brasileiros, como afirmava o Sr. Mario Beni, um dos líderes do PSP, "... Por que o governo o que é? É uma grande empresa onde tem colocação para muita gente ..." (CARDOSO, 1975:52)

A década de 1950/60, porém, apresentará outras ques

tões à Saúde Pública paulista e que ela não conseguirá absorver no seu quadro institucional.

Se as condições gerais se modificam rapidamente, com reflexo no quadro de mortalidade e morbidade, à Saúde Pública paulista são colocados outros problemas coletivos. E se, de um lado, não consegue controlar as doenças evitáveis para as quais dispõe de meios técnicos sem que haja alteração nos outros setores (saneamento e assistência pré-natal, parto e puerpério), por outro, não incorpora outros tipos de doenças, que atinge grande parcela da população, como as doenças cardíacas, provavelmente associadas a falta de controle da Moléstia de Chagas, já prevalentes entre as principais causas de óbito na década de 50.

Estudos realizados, em 1950, demonstram que as responsáveis pela mortalidade eram, em ordem decrescente, doenças do aparelho circulatório, do aparelho digestivo e infecciosas, exclusive tuberculose e sífilis, contribuindo, respectivamente, com 13,9%, 13,5% e 7,3% do total de óbitos (FERREIRA & SALUM, 1953). Muito embora, 33,0% do total de óbitos fossem classificados entre óbitos sem assistência médica e mal definidos, a predominância de doenças do aparelho circulatório é confirmada pelo menos, em duas cidades, São Paulo e Ribeirão Preto, pela Investigação Interamericana de Mortalidade Urbana, entre 1962/1963, (PUFFER & GRIFFITH, 1968), cidades que estavam situadas nas Delegacias de Saúde onde haviam maior número de casos por aquelas doenças em 1950 (1377 a 1047 casos), sendo superada pela Delegacia de Saúde de Campinas (1578 casos), num total de 12.499 casos (FERREIRA

& SALUM, 1953). E muito embora, em 1959, seja proposta uma descentralização dos serviços do Instituto de Cardiologia, com a criação de 20 ambulatorios especializados e prevendo-se a construção de um hospital especializado (CARLOS, 1958/1959).

Portanto, ao iniciar-se a década de 60, a Saúde Pública defronta com uma problemática de saúde muito mais complexa, advinda da intensidade dos processos de urbanização e industrialização e da conseqüente mobilidade de massas populacionais, parcela das quais integra-se no mercado de trabalho em expansão, enquanto outros constituíam-se nas chamadas "populações marginais", reservas excepcionais de força - de trabalho, problema esse que se agravaria mais se, parte dessa reserva não se deslocasse para as novas fronteiras agrícolas da década de 1950/60, em direção ao Paraná.

Este conjunto de trabalhadores era caracterizado, pela CEPAL, em três categorias, segundo sua participação ou não em sindicatos:

"1. setores populares sindicalizados - formados pelos operários que trabalham permanentemente em empresas grandes e médias. Em geral possuem certos graus mínimos de qualificação e as suas condições de vida são superiores aos níveis de sub-consumo...

"2. setores populares não sindicalizados - formados de operários que trabalham em tipo de pequenas empresas industriais e comerciais, oficinas, serviços de reparação, em construção e comércio ambulante ... Apesar de sua variabilidade, em termos de condição de vida, em muito casos o seu nível de vi

da está a baixo dos níveis de subconsumo.

"3. Setores populares em condições de "marginalidade" no conjunto esta categoria está formada por trabalhadores de escassa qualificação sem filiação sindical, que vivem abaixo dos níveis de subconsumo (IANNI, 1975:107, 108).

Aos setores populares, a SSPAS destina, através do Serviço Social "... assistência direta, nesta Capital ... e, nas Agências Regionais de Santos e Campinas ... realizou um intenso trabalho no Plano de Repressão a Falsa Mendicância e de Recuperação Social, na Capital e Santos ... gastando mensalmente para pagamentos de pensões a indigentes e asilamentos ... tendo sido concedidos aparelhos ortopédicos" (BARROS, 1965:97)

Esse Plano, instalado como órgão oficial em 1960, "... estendeu a Campanha de repressão à Falsa mendicância e de Recuperação Social ao município de Santos e cidades vizinhas ...", em 1961 (CARLOS, 1962:80). No ano de 1960, a SSPAS realizou-se um estudo para caracterizar esta população de mendigos, compreendendo 4.930 pessoas num total familiar de 12.527. Constatou-se que grande maioria era migrante do Norte e Nordeste e interior de São Paulo; possuindo alguns carteira profissional. Do total de 4.930, 69,4% constituíam-se de desocupados, 26,2% de trabalhadores rurais e o restante compunha-se de ocupações diversas (JUNQUEIRA et alii, 1961:281).

O agravante da situação dos trabalhadores, aliadas as suas condições de vida, é sua condição de trabalho, uma

vez que o próprio processo produtivo industrial sofre profundas alterações pós-50, com a introdução de tecnologia, desenvolvida nos países centrais e extremamente predatórias às condições de saúde dos trabalhadores brasileiros.

A deterioração das condições de vida, em decorrência da queda salarial, suscita uma série de movimentos grevistas entre 1953 a 1963. A partir do início de 1950, desencadeou-se uma série de protestos - como as passeatas de "Painel Vazio" - e as paralisações de trabalho, que culminaram em São Paulo, com um movimento grevista semi-geral, conhecida como a Greve dos Trezentos Mil, iniciada no dia 26 de março de 1953 e que chegou a paralisar 276 empresas industriais; a greve alastrou-se para outras categorias, além dos operários têxteis apesar da oposição dos sindicatos, os ferroviários de Sorocaba, Bauru e Botucatu, também, aderiram às greves, greve esta que marca a reconquista do direito de greve ao se opor ao Decreto Lei nº 9070 de 1946. A escalada inflacionária do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961) detonou a greve dos quatrocentos mil; em outubro de 1957, coordenado pelo PIU (Pacto de Unidade Intersindical, formado em 1954) deflagrou-se um movimento por uma coligação de sete sindicatos da capital, cujas reivindicações eram a extinção do Decreto-Lei nº 9070, aumento salarial e medidas contra carestia (FGV-CPDOC, 1984:1527-1537).

Limitada estruturalmente, sem condições de intervir nas condições gerais de vida, a saúde pública paulista volta-se para seus problemas organizacionais pois, como resalta LEMOS (1967:55) "... os que se responsabilizam pela ati

vidades sanitárias do Estado concordam, sem restrições, que o maior problema da Secretaria da Saúde, em termos normais, não é o de recursos mas sim de aplicação adequada ... (23) . Não dispomos de processos administrativos eficientes que nos permitam gastar bem, isto é, produzir o máximo com o mínimo de recursos, no menor espaço de tempo possível em proveito da comunidade ..."

Contudo, o mesmo autor afirmava que "... essas deficiências administrativas dificultam a colaboração dos organismos internacionais na solução de alguns problemas prioritários ... não temos organização para receber ajuda financeira ..." (LEMOS, 1957:56), ou seja faltava à Secretaria os recursos financeiros.

A colocação da necessidade de reforma da Secretaria no entanto, não era nova, assim como a formulação de planos de saúde e seu financiamento. A Secretaria de Saúde e Assistência Social, criada em 1948, mantinha sua estrutura praticamente intacta e, apesar dos decretos sobre sua reestruturação, os anteprojetos apresentados não tinham o consenso das bancadas legislativas, uma vez que essa reestruturação, provavelmente, afetava os interesses do partido majoritário, como também, dos diferentes grupos burocráticos a ele ligados, dentro da Secretaria.

porém, a idéia de uma racionalidade via planejamento passa a vigorar, já na década de 50, no setor saúde, numa

---

(23) Palavras essas que reafirmará ao assumir o Ministério de Saúde, em 1975, "... o problema fundamental da Saúde Pública no Brasil, não é basicamente de falta de recursos financeiros, mas antes o de aplicação adequada ..." (VIEIRA, 1983:218).

tentativa discursiva de separação entre administração e política e da neutralidade técnica. Esta tentativa corresponde às novas condições econômicas e políticas, no Brasil e na América Latina, em decorrência da agudização dos conflitos sociais, expressos internamente pelos movimentos reivindicativos da década de 1950/60 e externamente, pela Revolução Cubana, em janeiro de 1959.

Em 1956, acentuando que "... a estagnação e a miséria constituíam potencial de subversão, bem mais perigoso do que a ameaça soviética ou chinesa, Juscelino Kubitschek lança a idéia de uma operação Pan-Americana, (OPA), programa de cooperação econômica e financeira, visando o processo de industrialização do país. Em 1961, em decorrência daquela Revolução é convocado o Conselho Econômico e Social da Organização dos Estados Americanos (OEA) para traçar um programa de assistência ao desenvolvimento sócio-econômico da América Latina, incorporando-se muitas idéias originais da OPA. Na Carta de Punta del Este, o programa de cooperação denominado Aliança para o Progresso ⁽²⁴⁾, baseava-se numa estrutura organizacional tríplice - OEA - BID e CEPAL, cabendo a esta a formação de técnicos necessários ao novo programa (FGV-CPDOC, 1984:64, 65).

É a ideologia desenvolvimentista que permeia todo discurso em saúde até a década de 1970 e com ela, a necessidade do planejamento em saúde, decorrente da Carta de Punta

---

(24) Em 1963, com as mudanças políticas, no Brasil, o governo americano passou a negociar apenas com os governos estaduais que aceitassem a imposição de suas condições, os Estados da Guanabara e Rio Grande do Norte (FGV-CPDOC, 1984:64 - 65).

del Este, recomendando-se, entre outros itens:

- "- preparar planos nacionais para os próximos biê
nios;
- "- criar nos Ministérios de Saúde unidades de pla-
nificação e avaliação;
- "- aperfeiçoar a organização e administração dos
recursos de saúde nacionais e locais, integran-
do as funções preventivas e curativas, obter um
melhor rendimento dos serviços de assistência mé-
dica ...
- "- adotar as disposições legais e institucionais que
assegurem o cumprimento dos princípios e normas
da medicina individual e coletiva na execução de
projetos de industrialização, urbanização, mora-
dia, desenvolvimento rural, ..." (Arq. Hig.,
1962b:92, 94), além das recomendações quanto aos
sistemas de coleta de informação e de formação
de recursos humanos.

A formulação de planos nacionais já vinha sendo discutido nas reuniões técnicas do Conselho Diretivo da OPS, Comitê Regional da OMS, desde os meados da década de 50 (Bol. Of. San.Pan., 1957), inserindo-se nas novas medidas de cooperação econômica. Assim, em 1959, o conselho da OEA con- siderando, entre outros fatores, "as relações recíprocas e permanentes entre saúde e desenvolvimento econômico e utili- dade e conveniência da assistência técnica dos organismos in- ternacionais, para formulação de programa, da inclusão de ações de Saúde Pública entre as medidas de cooperação econô-

mica e reconhecendo que necessidades em saúde pública dos países americanos só poderiam ser "progressivamente resolvidos com a ajuda de capitais de que os governos não dispõem ..." resolve recomendar aos governos que: "... ao programar e negociar o financiamento do desenvolvimento econômico, incluam programas de saúde pública que são essenciais e complementares aos econômicos e a assessoria técnica de OPS para reformulação dos programas" (Bol. Of. San. Pan., 1959:176-177).

Em cumprimento à Carta de Punta del Este, a OPS, em colaboração com Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, formula uma metodologia de planejamento em saúde, (CENDES/OPS, publicada em 1965). Em 1963, realiza-se no Instituto Latino Americano de Planificación Económica y Social, no Chile, o primeiro Curso de Planejamento em Saúde, organizado pela OPS/CEPAL, para funcionários de alto nível de administração em Saúde (Bol. Of. San. Pan., 1963a) e no mesmo ano, a OEA recomenda aos Departamentos de Medicina Preventiva e às Faculdades de Saúde Pública à incorporação do ensino de planejamento em saúde (Bol. Of. San. Pan., 1963b).

Como mostra FERREIRA (1984), entre 1960/72, essas duas áreas, Medicina Preventiva e Social e Planejamento, são prioritárias na cooperação internacional, Tabela 15 e consolidadas entre 1971/1980 cedendo lugar, na presente década, para utilização e relevância de pessoal dos serviços de saúde, integração docente-assistencial e a educação continuada.

A idéia e a prática de planejamento passam a ser incorporadas, efetivamente, no governo estadual a partir de

1959 (25), quando são instituídas as normas para coordenação e planejamento dos serviços e obra públicas e um grupo de planejamento é incumbido do estudo de um Plano de Ação do Governo.

TABELA 15 - Resposta internacional no apoio do desenvolvimento da profissão médica, no período posterior a Segunda Guerra Mundial

Área de Ação	1945	Circa 1960	Circa 1972	Circa 1983
Formação	+++	++	+	
Qualidade	+++	++	+	
Ciências Básicas	+++	++		
Bolsas países desenvolvidos	+++	++	+	

Planejamento		++	+++	+
Quantidade		++	+++	
Med. Preventiva e Social		+++	++	++
Bolsas América Latina		++	+++	++
Informação Cientif.		++	+++	+
Desenvolvimento Educativo		+	+++	+

Utilização de pessoal			++	+++
Relevância			++	+++
Integração docente-assistencial			+++	+++
Educação continuada			+++	+++
Bolsas intra países			++	++

FONTE: FERREIRA (1945:5).

(25) Em nível de Secretaria, em 1945, é criada uma comissão de Planejamento em Saúde e Higiene e Assistência Social, pela Lei nº 568 de 28 de dezembro de 1945, alterando-se pela Lei nº 233 de 25 de agosto de 1952.

A política sanitária do Plano, incorporando o discurso da saúde como fator de desenvolvimento, deveria incidir sobre "... causas evitáveis de doença e morte prematuras, como fatores de significação econômica", (CARLOS, 1958/1959) tomando-se medidas que visassem ao saneamento do meio, ao combate à mortalidade infantil e à profilaxia das doenças transmissíveis e endemias de massa. Também, procurar-se-ia a dinamização das unidades sanitárias, com melhoria de rendimento de sua atuação. Além dos dois pontos, o Plano ressaltava que "... em população de baixo nível econômico, não pode o Estado deixar de atender às necessidades de assistência médico-hospitalar das classes menos favorecidas. Cumpre não esquecer, entretanto, que nesta atividade extremamente onerosa, é imperativo empregar, criteriosamente, recursos disponíveis, no sentido de obter o máximo rendimento. Neste sentido, a experiência tem comprovado que os melhores resultados são obtidos através do estímulo e auxílio às instituições privadas, ao invés do próprio Estado assumir diretamente o encargo por meio de fórmula mais onerosa e, mesmo, muitas vezes menos eficiente ..." (CARLOS, 1958/1959:11)

Neste sentido, salienta-se a "... corajosa mudança na orientação governamental que se vinha desenvolvendo no último decênio, com a construção de hospitais oficiais de clínica geral ...", uma vez que "... o desenvolvimento da iniciativa estatal direta nesse setor, condiciona consequentemente retraimento da participação privada, mais apta a proporcionar assistência mais eficiente e menos onerosa ..." (CARLOS, 1958/1959:18, 19)

Conseqüentemente, a diretriz do plano era "... canalizar os recursos previstos no sentido de auxiliar e estimular a assistência hospitalar privada ... Tais recursos serão empregados não só em auxílio para construção de novos hospitais de iniciativa privada, mais ainda em reforma e ampliações, assim como melhorias de equipamentos, visando a elevação do padrão técnico da assistência privada." (CARLOS, 1958/1959:19)

Assim, em relação à tuberculose, como já foi visto, além de intensificar o diagnóstico precoce pela abreugrafia maciça com aquisição de doze equipes móveis e estimular a imunização, mediante vacinação de BCG, o Plano de Ação amplia o número de leitos hospitalares públicos e, em convênios com entidades, de leitos privados.

O que é bastante interessante é que se excluem desta fórmula menos onerosa, a assistência médica-hospitalar aos doentes mentais e leprosos, propondo-se à construção de seis hospitais e ampliação de outros existentes; a instalação de ambulatórios e dispensários, os primeiros anexos às Santas Casas e os segundos às unidades sanitárias, além de criação de 20 ambulatórios especializados para doentes cardíacos.

Quanto à organização sanitária, apesar de constatada sua superação e dado ao insucesso das repetidas tentativas de reformas de base, propõe-se uma reforma gradativa com a "... criação de um Conselho de Saúde, a organização da carreira especializada de médico-sanitarista e a reorganização técnica-administrativa das unidades sanitárias ..." (CARLOS, 1958/1959:21)

Analisando o Plano de Ação, CARDOSO (1972:95), assinala, "... que suas limitações, assim como, a estratégia política adotada, levou a coexistência entre 1) um sistema político clientelista tradicional e de mobilização de massas e 2) uma administração tradicional com a tecnocracia ..." Nota, ainda, que a política gradualista reforçou o Executivo, em detrimento do Legislativo e da burocracia tradicional e que o plano não implantou um sistema de planejamento.

Mas, como observa LAFER (1973:30) "... a decisão de planejar é essencialmente uma decisão política, pois é uma tentativa de alocar explicitamente recursos e, implicitamente, valores através do processo de planejamento e não através dos demais e tradicionais mecanismos do sistema político. A implementação do plano é, também, essencialmente, um fenômeno político, pois é uma forma de se aferir quanto da tentativa de alocar recursos e valores se efetivou ou, em outras palavras, qual a relação num dado sistema entre política e administração ..."

5. SONHO DOS SANITARISTAS E O RETORNO À RACIONALIDADE (1964 - 1978)

A relação entre a política e administração torna-se encoberta, no período que se segue. Embora se possa dizer que, por muitas de suas características (o autoritarismo, a centralização do poder, o fortalecimento do Executivo e o papel da burocracia), o regime político instaurado, em 1964 guarda semelhança com a organização política e algumas idéias

prevalentes no Estado Novo, as forças sociais que sustentam o novo regime são de composição diferente.

Esta composição diferencial resulta da alteração do padrão de desenvolvimento econômico, adotado na década de 50 e que supera o padrão adotado em 1930. Após a década de 50, não só se diversificam os ramos de atividade econômica como se deslocam para o país unidades produtivas dos países centrais. Conseqüentemente, são frações de burguesia associadas ao capital internacional, as classes médias mais "modernas" e o aparelho estatal, que darão o eixo de ordenação política e econômica.

Neste sentido, altera-se a estrutura de poder, perdendo as frações da burguesia brasileira, as classes médias "tradicionais", seus representantes políticos, assim como a crescente classe trabalhadora e o proletariado industrial, gerados no desenvolvimento pós-50.

Como se pode deduzir o regime político, designado burocrático-autoritário, mas simplesmente, como forma de regime, ditadura, encontra suas raízes econômicas em meados da década de 50. Neste período, realmente, o capitalismo internacional, sob hegemonia norte-americana, aumenta o grau de investimentos financeiros na região, inaugurando uma nova fase a monopolística, que parece dar características próprias ao Estado de São Paulo e inclusive à Saúde Pública paulista, onde se concentrou este desenvolvimento.

O regime político, instaurado em 1964, contudo, passará por um período de acomodação dos diferentes interesses de classes e suas frações, aglutinados ou não nos prin-

cipais partidos políticos, entre os quais predominavam o PSP, o PTB e o PSD, como anteriormente assinalados.

É o primeiro, que tendo apoiado o golpe militar, continuou a governar o Estado de São Paulo e, é no período governamental entre 1964 a 1969, compreendendo as gestões de Adhemar de Barros e Laudo Natel, que se tornam mais explícitas as recomendações da Carta de Punta del Este, ⁽²⁶⁾ no Plano de Desenvolvimento Integrado - PLADI (BARROS, 1964).

Assim, em 1964, com a finalidade de assessoria ao Secretário, o OPS nomeou dois "experts" para reorganização da Secretaria, o professor Herman E. Hilleboe, presidente da Associação Americana de Saúde Pública e professor de Prática de Saúde Pública da Universidade de Columbia e o professor Morris Schaefer, professor de Administração Pública, da Universidade de Nova York e do Departamento de Saúde dos Estados Unidos. (Bol. Of. San. Pan., 1964:293-294)

Ao mesmo tempo, é proposto convênio com a "... UNICEF para favorecer a integração harmoniosa dos recursos federais, estaduais e municipais, e assim consolidar a organização proposta em bases mais definitivas e menos refratárias à interferência política ..." (LEMOS, 1967).

---

(26) É possível que essa maior adesão os princípios, na área de saúde se ja devido à presença na cúpula administrativa de M.M. Lemos, funcionário do Ministério de Educação e Saúde, em 1961 e, posteriormente da, OPS em diversos países. Foi chefe de gabinete da Secretaria de Saúde entre 1963 e 64; presidente de Grupo de Trabalho que elaborou o PLADI; elaborou a minuta do Convênio Internacional com a OPS/OMS para reorganização dos Serviços Sanitários. Foi Secretário de Saúde entre 1966 e 1967 e, posteriormente, entre 1971 e 1972, nos dois governos de Laudo Natel. Foi Ministro da Saúde entre 1972 - 1974, no governo Medici (1969 - 1974) em substituição a Rocha Lagoa. (LEMOS, 1967; FGV-CPDOC, 1984:1800).

Bastante interessante, neste PLADI, é a fundamentação que leva à sua formulação as transformações de uma sociedade urbano-industrial, o aparecimento de novas forças políticas, a importação de hábitos de consumo individual e a impossibilidade de atender às aspirações deste consumo, uma vez que "... a importação de técnicas produtivas não ocorre na mesma velocidade, resultando em tensões sociais." (BARROS, 1964:7)

Face às tensões "... os que detêm o poder político devem ser sensíveis àquelas tensões, de forma a poder absorvê-las dentro dos quadros das instituições vigentes, a fim de permitir a realização do desenvolvimento econômico, sem criar descontinuidade no processo histórico ..." (BARROS, 1964:7)

O processo ocorreria numa "... sociedade aberta, em grau crescente, de igualdade de oportunidades e o respeito aos direitos individuais... pois a cada liberdade individual conseguida não pode ser cedida aos demagogos totalitários, sob a promessa de que tal abdicação é necessária ao desenvolvimento econômico ..." (BARROS, 1964:8)

Na realização de tal sociedade, teria a descentralização do poder político e econômico, papel fundamental, "... o Governo, de um lado, fortalecerá as unidades locais de administração e estimulará o seu aperfeiçoamento, aumentando a eficácia, de outro, criará as condições para que o setor privado possa desempenhar, a contento, sua missão, criando facilidades para os investimentos, orientando-o sobre o sentido geral do desenvolvimento e intervindo supletivamente quando as condições o recomendarem ... É a fé inabalável nas

virtudes da sociedade democrática ... que nos leva a apresentar o PLADI ... e a proposta da criação de uma Secretaria de Economia e Planejamento que preserve a unidade da política econômica do Estado e, ao mesmo tempo a adapte às mutáveis condições de conjuntura ..." (BARROS, 1964:8), virtudes que serão violadas.

Favorecida pelas condições do comércio internacional e após um período de recessão, a economia brasileira inaugurou um novo ciclo econômico, de internacionalização de capital, com a exportação de produtos semi-industrializados e industrializados.

A expansão econômica, a partir de 1968, vinculou-se a elevação de entrada de capitais internacionais e às políticas fiscais, monetárias e salariais. De um lado, a restrição de crédito e a diversificação industrial com um nível tecnológico mais complexo e investimentos mais amplos asfixiaram as pequenas e médias empresas, voltadas para os mercados locais e regionais, favorecendo as grandes empresas e os conglomerados multinacionais. Por outro lado, a elevação das tarifas dos serviços públicos transferiu às classes trabalhadoras mais encargos sociais; estas alijadas de mecanismos de reivindicação pela lei anti-greve, pelo fechamento dos sindicatos, sofreram paulatinamente, perdas sucessivas na correção salarial. Enquanto, as classes médias, favorecidas pelos mecanismos financeiros e creditícios, tiveram acesso a um leque de bens de consumo duráveis, inexistentes até então

Contando com a capacidade ociosa dos últimos anos anteriores e com as modificações na política econômica, após

um período recessivo, entre 1962/67, em que o PIB cresceu em apenas 3,2%, a economia brasileira entrou num período favorável, apresentando um PIB de 10,0%, entre 1967/70, e de 12,4%, entre 1970/73, e principalmente, com o crescimento da produção industrial (11,9% no primeiro período e 13,5% no segundo) e da construção civil (9,0% e 12,0%, respectivamente) (SERRA, 1982a, b).

Essa expansão baseou-se, conforme SINGER (1976:78), em "... 1) uma demanda interna por bens de consumo duráveis em expansão, graças à concentração de renda e de mecanismos financeiros e creditícios que canalizaram parte substancial da poupança local para financiar essa demanda e ampliar o crédito ao consumidor; 2) uma demanda externa em expansão graças à liberação do comércio internacional aos produtos industrializados e ao subsidiamento de exportações e 3) uma forte injeção de recursos exteriores que completaram a poupança interna e permitiram eliminar focos inflacionários graças à capacidade de importar ..."

Concomitante, entre 1964 a 1965, colocam-se com maior agudização os conflitos internos entre as diferentes frações da burguesia e entre esta e a classe trabalhadora, como demonstram os fatos ocorridos nesse período.

Em 1966 forma-se a Frente Ampla, cujos objetivos eram a retomada do desenvolvimento econômico, a preservação de soberania nacional e a restauração do poder civil.

Em 1967, é promulgada a nova Constituição, e são restabelecidas, embora restritas às instituições representativas (Aliança Removadora Nacional - ARENA e Movimento Demo-

crático Brasileiro - MDB), as liberdades públicas. Entre 1967 e 1968, eclode uma série de manifestações estudantis em forma de greves, passeatas, campanhas do voto nulo, choques com militares; e outra série de movimentos operários com greves, as primeiras desde 1964, em Minas Gerais (Contagem) São Paulo (Osasco), em 1968 e Rio de Janeiro. No final de novembro de 1968, assiste-se ao divórcio entre o Legislativo e o Executivo e decreta-se o Ato Institucional nº 5, suspendendo os direitos democráticos (WEFFORT, 1972; EVERS, 1971; CARDOSO, 1972).

A centralização do poder e fortalecimento do Executivo foi acompanhada de uma reforma administrativa e financeira; o governo não só criou novos órgãos necessários à reestruturação da economia, como dinamizou os existentes, iniciando a reformulação da estrutura administrativa pública federal, estabelecendo diretrizes para a modernização estadual e municipal, necessárias à nova centralização de poder. Possibilitou, ainda, a centralização dos recursos financeiros como a reforma do sistema tributário.

A Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967 reorganizará a administração pública federal, definindo as áreas de competência dos órgãos públicos. Sob o impacto desta Lei Federal e da Lei nº 48.040 de 01 de junho de 1967, em que se aprovou o Plano de trabalho da Reforma Administrativa do Serviço Público Federal, a Secretaria de Estado Saúde (SES) reestruturou-se. A Lei nº 48.040 estabeleceu, também, a coordenação geral da reforma à Secretaria de Economia e Planejamento, criada em 1964, e, definiu o prazo de 30 dias para apre

sentação de planos de trabalho para melhoria de eficiência administrativa e projetos referentes às unidades de prestação de serviços e remoção de pontos de estrangulamentos. Criou, também, o Grupo de Estudos da Reforma Administrativa, posteriormente, Grupo Executivo (GERA). As propostas de reforma passaram a ser geradas e discutidas em Grupos de Trabalho, constituídos pelo Executivo.

Em maio de 1967, o plano que fixou as diretrizes básicas para a reformulação da Secretaria, delineou quatro áreas de ação conjugada:

- "1. área deliberativa, cabendo as decisões estratégicas, no sentido de imprimir uma política de saúde à organização ...
2. área executiva - agrupando os inúmeros órgãos da Secretaria em quatro Coordenadorias (Saúde da Comunidade, Saúde Mental, Assistência Hospitalar e de Serviços Técnicos Especializados)...
3. área assistencial - assessora - compreendendo atividades de informação, análise e normas técnicas e planejamento ...
4. área assistencial - auxiliar - reunindo atividades de administração geral" (SES, 1971:8).

Chama a atenção na reestruturação da Secretaria, a abordagem diferencial para duas áreas de atuação tradicional: a doença mental e a lepra. Na primeira, assinalando o reconhecimento internacional para a reformulação da assistência ao doente mental e as deficiências acumuladas desta assistência no Estado, posterga-se sua integração justificando-se pe

lo fato de que "... a grande maioria dos internados apresenta problemas sociais que não permitem seu retorno ao seio da família e o Estado não conta com entidades sociais que possam assumir tão volumoso encargo. Assim, os grandes hospitais psiquiátricos serão, ainda por muito tempo, um mal necessário ... Procurou-se fazer com que os novos doentes internados recebessem a necessária atenção médica ... evitando-se a internação crônica ..." (SES, 1971:15). Concomitantemente, incrementou-se o número de leitos mantidos, mediante convênios com entidades privadas.

Quanto a lepra, "... a reforma administrativa, subordinando os antigos sanatórios à Coordenadoria de Assistência Hospitalar e englobando os ex-dispensários aos centros de saúde, atendeu às recomendações internacionais relativas à integração da prevenção da hanseníase nos programas de saúde pública. Por outro lado, extinguindo-se o antigo Departamento de Profilaxia da Lepra, "... eliminou o órgão dentro e em torno da qual se desencadeavam as nefastas tormentas políticas e emocionais ..." (SES, 1971:18), eliminando-se, também as pensões aos egressos dos sanatórios "... já que o atual critério de internação não favorece a formação de egressos ..." Os antigos doentes "... que tinham oferecido o seu trabalho ao Estado e que se invalidaram e envelheceram na chamada "laborterapia" foram recompensados e, praticamente, equiparados aos servidores públicos, alguns até mesmo integrados no quadro do funcionalismo ..." (27) (SES, 1971:19)

---

(27) Esse fato chama a atenção para uma das características, dos serviços públicos, o "recolhimento" de pessoas que, quer seja por fatores limitantes ou por fatores etários não encontram emprego nas empresas privadas.

Contudo, "as nefastas tormentas políticas e emocionais", também, estavam presentes na área de saúde mental. Em 1967, o deputado Murillo Souza Reis solicita uma Comissão Parlamentar de Inquérito, informando "... a existência de "gang" na concorrência fraudulenta, compra de medicamentos através de comissões ... para os hospitais de assistência aos psicopatas ..." (D.O. 2, 3, 4.03.1967). Na denúncia, constata a existência de dois grupos:

" ... Há trinta anos instalados, duas entidades dentro da Secretaria, uma tomou nome de "turma de troica" e outra "azul celeste"...a primeira constituída pelos que trabalham. É gente boa, digna, decente ... dignificam o Estado e a administração. Azul celeste é muito conhecida. É formada por aqueles apaniguados políticos que não reúnem condições morais para administrar a coisa pública, entram no funcionalismo com referências baixas, entram em poucos meses galgam com firmeza altos postos na administração ... Sobrevivem em todos governos ..." (D.O. 08.03.1967)

A saúde mental continuou a ocupar uma grande e importante área na estrutura sanitária, enquanto que as áreas de lepra, de tuberculose e da assistência materno - infantil perdem o espaço que ocuparam, por um longo período. Analisando as diferentes propostas de reorganização, há indícios de que essa reestruturação dependia de negociações entre diferentes grupos burocráticos, impondo-se àqueles com maior força política externa, dos quais, provavelmente, os ligados a

área de saúde mental.

A proposta de 1957 criava uma estrutura composta de cinco Departamentos de Unidades Sanitárias, de Saneamento, de Normas Médica-Sanitaristas, de Assistência Hospitalar e o Instituto Butantã, além do Departamento de Administração já existente. Nesta reestruturação, foram separadas as atividades ambulatoriais, subordinadas ao Departamento de Unidades Sanitárias das atividades hospitalares, subordinadas ao Departamento de Assistência Hospitalar com seis divisões (Administração Hospitalar, Hospitais Gerais e Especiais, Hospitais de Tuberculose, de Sanatórios de Lepra, Moléstias Mentais, de Administração) e o Instituto de Cardiologia. (SSPAS, 1957)

Entre 1964 a 1966, a proposta de reformulação criava apenas três Superintendências: Saúde da Comunidade, Hospitais e Pesquisa. (LEMOS, 1967)

A reestruturação do Decreto Lei nº 50.192 de 13 de agosto de 1968 instituiu quatro Coordenadorias: Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Saúde Mental, Serviços Técnicos-Especializados. (SES, 1972) Nesta reforma administrativa, a Secretaria contou com a participação de empresas particulares, especializadas em planejamento que se encarregaram de diferentes projetos, referentes ao descongestionamento da cúpula da pasta (Projeto Gera 37/67), à estruturação de um sistema técnico-normativo da Secretaria de Saúde (Projeto Gera 38/67) e à organização de uma unidade regional de atuação integrada da Secretaria (Projeto Gera 39/67).

O Decreto nº 50.192 dispunha sobre as medidas da Reforma Sanitária. As diretrizes referiam-se à estruturação

adequada das unidades de prestação de serviços, à regionalização de atividades, à adequada supervisão das unidades regionais e locais, à distribuição adequada de trabalho e de competências e utilização plena de recursos.

A regionalização das atividades obedeceu a critérios e decretos emanados e reestruturados da Secretaria de Economia e Planejamento, a quem coube o poder de determinar a criação de novas unidades inferiores à sub-região ou áreas especiais. De acordo com a regionalização, foram criadas dez Divisões Regionais de Saúde e, posteriormente onze, com o desmembramento das sub-regiões de Marília, Assis e Tupã, da Região de Bauru e a extinção da região São Paulo exterior, cujas sub-regiões foram incorporadas às regiões de Campinas e de Santos.

É provável que a nova reorganização administrativa tenha destruído as bases políticas partidárias dos antigos partidos dominantes. A série de reformas empreendida atingia "os currais eleitorais" do PSD, do PSP e PTB (28).

"... a administração pública visava racionalizar a organização e os métodos da máquina burocrática de modo a capacitá-la para o desempenho eficiente das funções que lhe correspondem no quadro do capitalismo maduro, dominado pelas grandes empresas. No plano político-partidário, tal reforma tenderia a destruir as fontes de alimentação de práticas clien

---

(28) Outra importante reforma, além da territorial e administrativa, incidia sobre as relações do Sindicato com a Previdência Social e Ministério do Trabalho.

telísticas que bloqueavam a alternativa do poder. Tratava-se de fechar as portas do tesouro e dos empregos públicos que o Estado Cartorial franqueava aos dirigentes do PSD e PSP ..." (CARDOSO, 1972)

O mesmo Decreto nº 50.192 estabeleceu as atividades de saúde pública, excetuando a assistência hospitalar, englobadas em programas desenvolvidos (D), desenvolvido com algumas exceções (DCF), resumido (R) e mínimo (M), conforme Tabela 16, a serem desenvolvidos nas unidades regionais (Divisão de Saúde), sub-regionais (Distrito Sanitários) e locais (unidades sanitárias). Como pode ser observado, grande parte das atividades já era tradicionalmente desenvolvida pela Secretaria, tendo-se incorporado apenas técnicas de programação.

Para descentralização executiva, foram criados órgãos de administração e planejamento nas Divisões Regionais de Saúde e para a integração em nível local, foram incorporados aos Distritos Sanitários, unidade básica da organização, os diferentes tipos de órgãos de prestação de serviços (postos, centros, postos de puericultura, dispensários de lepra, de tuberculose ou tracoma e higiene visual), passando a ser classificados, de acordo com o número de população abrangida, em postos de atendimento, postos de saúde e centro de saúde.

A reestruturação reduziu para 12 Diretorias de Divisões Regionais, as 20 Delegacias do Departamento de Saúde e 15 Delegacias do Departamento de Lepra, passando os delegados a exercer funções de inspeção e assessoria às respectivas divisões.

TABELA 16 - Programas e atividades de saúde pública desenvolvidos nas unidades de prestação de serviços, Secretaria de Saúde, São Paulo, 1968

Programas	D	DCE	R	M
Atividades				
Controle de Doenças Transmissíveis	x	x	x	-
Controle de Tuberculose e Hanseníase	x	(1)	(1)	-
Saneamento	x	x	x	x
Higiene materna e da criança	x	x	x	-
Odontologia sanitária	x	x	x	-
Nutrição	x	x	-	-
Assistência médico-sanitária	(2)	(3)	(1)	(4)
Enfermagem	x	x	x	-
Educação Sanitária	x	x	x	x
Visitação Sanitária	-	-	-	x
Imunização	-	-	-	x
Epidemiologia e Estatística	x	x	x	-
Laboratório	x	x	-	-
Administração	x	x	x	-

(1) não especializada (2) especializada (3) não obrigatoriamente especializada (4) intermitente

FONTE: Dados elaborados a partir de SES, 1972:23.

Segundo LEMOS (1967), a Secretaria contava com 1630 Unidades, em 1967, incluindo-se delegacias, institutos, hospitais, seções, serviços e divisão administrativa. A Tabela 17 mostra as Unidades existentes, segundo Delegacia de Saúde de São Paulo e Interior. Excluindo-se as acima referidas, observa-se que a Secretaria contava com 1493 unidades, 77,8% delas instaladas no Interior e o restante, na Delegacia de Saúde de São Paulo.

TABELA 17 - Tipos de unidades sanitárias, segundo Delegacia Regional de São Paulo e Interior, 1967

Delegacia		São Paulo*	Interior	Total
Tipo				
1. Centro de Saúde		66 (55)	105	171
Votantes		2 (2)	-	2
2. P.A.M.S.		36	480	516
3. Dispensários				
1. Tuberculose		51	18	69
Volantes		8	3	11
2. Tracoma e Higiene Visual		9	30	39
Postos		-	36	36
4. Lepra		15	41	56
5. Psicopatas		2	-	2
4. Postos de Puericultura		129(128)	427	556
Unidade Volante		9	19	28
5. Serviço Obstétrico Domiciliar		4	3	7

Sub total fixo		308	1137	1445
Volante		23	25	48
Total Geral		331	1162	1493

* Os dados ( ) referem somente ao Município de São Paulo.

FONTE: Dados brutos LEMOS (1967).

Além dessas unidades, a Secretaria contava com 31 hospitais, distribuídos conforme Tabela 18.

TABELA 18 - Número de Hospitais, segundo divisões administrativas, Secretaria de Saúde, Estado de São Paulo, 1967

Local Tipo	São Paulo	Interior	Total
Divisão de Tuberculose	1	8	9
Departamento de Profilaxia de Lepra (Sanatórios)	2	3	5
Departamento de Assistência a Psicopatas	4	2	6
Serviço de Medicina Social	1	8	9
Departamento Estadual da Criança	1	-	1
Instituto Butantan	1	-	1
T O T A L	10	21	31

FONTE: Dados brutos, LEMOS (1967).

Em 1970, pela Resolução SS nº 1 de 17 de março de 1970, os Centros de Saúde foram classificados em quatro tipos e em 1973, em cinco, Tabela 19.

Nas duas datas, observa-se um maior número de Centros de Saúde do tipo IV e V. Em 1970, os Centros de Saúde IV correspondiam a 46,3% do total de Centros de Saúde. Em 1973, 75,8% dos Centros de Saúde existentes eram do tipo IV e V. Se se considera o Decreto nº 50.192 de 13 de agosto de 1968, que estabeleceu os programas e atividades desenvolvidas nessas unidades de prestação de serviços (v. Tabela 16) mais da metade dos Centros de Saúde deveriam ser restringir ao saneamento do meio, à assistência médica intermitente ou quase nula, à imunização e eventual quimioprofilaxia, educação

TABELA 19 - Centro de Saúde, segundo tipo e divisão regional de saúde, Secretaria de Saúde, São Paulo, 1970 e 1973

Ano		1 9 7 0					1 9 7 3					
Tipo		I	II	III	IV	Total	I	II	III	IV	V	Total
Div.Regional												
DRS1		21	11	26	25	83	21	11	16	25	121	194
DRS2		3	3	1	9	16	3	2	1	4	4	14
DRS3		3	4	4	4	15	3	4	4	6	15	32
DRS4		4	4	9	12	29	5	3	8	12	33	61
DRS5		7	6	10	20	43	8	6	10	20	38	82
DRS6		4	3	9	20	36	4	3	9	20	43	79
DRS7		7	2	10	21	40	3	-	5	8	22	38
DRS8		5	5	-	25	35	5	-	5	25	45	80
DRS9		2	1	4	11	18	2	1	4	11	19	37
DRS10		2	2	12	12	28	2	2	12	12	23	51
DRS11		-	-	-	-	-	4	2	5	13	22	46
DEVALE		-	-	-	-	-	2	1	1	5	9	18
T O T A L		58	41	85	159	343	62	35	80	161	394	732
%		16.9	12.0	24.8	46.3	100.0	8.5	4.8	10.9	22.0	53.8	100.0

FONTE: Dados brutos (SES, 1972:279-282); GONÇALVES et alii, 1974:72.

sanitária e visitação sanitária. Considerando-se que, estes tipos de unidades, funcionam em precário prédio alugado e, pelo menos, com dois funcionários, em geral, servente e/ou atendente com pouca formação e treinamento, é de se supor que atividades previstas não foram desenvolvidas.

A reforma criou inúmeros cargos administrativos de coordenação, considerando-se os 730 Centros de Saúde, 74 Distritos Sanitários e 12 Divisões Regionais de Saúde, além de órgãos de Administração (GONÇALVES et alii, 1974) ou seja,

criou uma organização altamente burocratizada e centralizada

Contudo, a reestruturação enfrenta limites imediatos na sua implantação. Se, na antiga organização, como bem assinala MASCARENHAS (1949), reafirmado por LEMOS (1967) prevaleciam as forças político-partidárias na nomeação das chefias, na nova organização, enfatizava-se o critério racional, neutro, do técnico especializado nos novos métodos de administração (planejamento, organização de serviços, epidemiologia, estatística). O conhecimento técnico-científico tornou-se um critério legal para os cargos administrativos e de ascensão hierárquica. E ao ter como pressuposto de que a modernização da estrutura dependia de uma mentalidade que se difundia na organização, a Reforma privilegiou a formação de recursos humanos e especificamente, enfatizou a do médico sanitарista, elemento propulsor das mudanças.

A absorção deste profissional, contudo, deve ser vista dentro de um quadro geral de fortalecimento do Executivo, de reorganização do aparelho estatal e de aliança de novas forças políticas pós-64 e que tem como base de apoio as classes médias na implantação de novas bases de legitimação.

A possibilidade de absorção do médico sanitарista contudo, só se concretizará mais intensamente em meados da década de 70, em consequência da expansão das escolas médicas, a partir de 1968 e da formação especializada, criando uma maior disponibilidade de mão-de-obra. A Tabela 20 mostra a produção de médicos para o Brasil, entre 1941 a 1976.

TABELA 20 - Produção anual de médicos, Brasil - 1941/1976

ANO	Nº graduados
1941	878
1950	1.070
1960	1.528
1967	2.039
1968	2.713
1969	3.212
1970	3.306
1971	3.721
1972	5.301
1973	6.613
1974	7.722
1975	8.284
1976	8.641

FONTE: SACRAMENTO, apud CORDEIRO (1984:113)

É de se supor que, aproximadamente, 35% dessa produção ocorresse, no Estado de São Paulo, uma vez que, em 1986, essa era a porcentagem de vagas oferecidas, num total de 7.767 vagas (Bol. Ass. bras. Ed. Med., 1986).

Entre 1976 a 1978, a Secretaria estabelece convênio com a Faculdade de Saúde Pública e o Ministério da Saúde para formação de sanitaristas, em cursos semestrais.

Considerando-se, no entanto, a atração exercida por outras especialidades médicas, mesmo esses cursos semestrais conveniados foram insuficientes para o número de cargos previstos. A Figura 1 mostra o quadro existente, em

FIGURA 1 - Número de cargos vagos, providos e ocupados da carreira de médico sanitарista, 1974 e 1978

FONTE: SES (1979).

1974 e 1978, demonstrando que, neste último ano, parte dos cargos continuava vaga. Em 1975, dos 622 cargos criados, 432 (69%) ainda se encontravam vagos. (SES, 1979:17)

Esse vacância, segundo a Secretaria, devia-se a "... inadequação da política de recrutamento para os cursos de saúde pública, a qual vinha sendo desenvolvida no sentido de serem encaminhados para esses cursos, médicos efetivos do seu quadro, que tivessem um mínimo de dois anos de exercício como médicos consultantes... A maioria desses médicos consultantes, com atividade profissional consolidada, trabalhando em tempo parcial e, portanto, com clientela particular já

formada e mentalidade dirigida para a medicina assistencial e individualizada, muitas vezes não estava disposta a assumir os pesados encargos exigidos pelo exercício do cargo de médico sanitарista, incluindo o compromisso de trabalhar em regime de dedicação exclusiva" (SES, 1979:17).

Como ressalta o relatório, "... por outro lado de linear-se novo e fértil campo de recrutamento, constituído por jovens médicos recém-formados nos bancos escolares, especialmente nos departamentos de Medicina Preventiva e Pediatria, que vinham recebendo formação e estímulo para o campo da saúde pública ..." (SES, 1979:17). Isto, provavelmente, decorre da implantação junto àqueles departamentos, via recursos financeiros internacionais de programas de extensão de cobertura, cuja proposta, com as estratégias de atenção primária e participação comunitária fora apresentada na terceira Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, em 1972. (29)

A captação de recursos, contudo, exigia a estreita colaboração entre os órgãos de saúde pública e os de ensino médico, possibilitando "... maiores oportunidades de formação profissional e situar o estudante no contexto da realidade sanitária e sócio-econômica, onde vai exercer a sua atividade profissional e dentro dos amplos objetivos da medicina social ..." (NATEL, 1972:204).

---

(29) Esta proposta torna-se referência para IV Reunião, cujo informe constituiria a contribuição que as regiões da América deveriam fazer à Conferência Internacional de Atenção Primária a Saúde, de Alma Ata, em 1978 e é incorporada, quase dez anos após, em 1980, no Prev-Saúde.

Em 1973, ressaltava-se que a "... Secretaria de Saúde, colaborando com o ensino médico celebrou convênios com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Fundação Regional de Ensino Superior Araraquarense, Fundação Luzíadas, Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, Fundação Universitária do ABC, Faculdade de Saúde Pública da USP, objetivando o funcionamento dos Centros de Saúde Escola, na Barra Funda, Vila Mariana e nos Centros de Saúde de Paulínia, São José do Rio Preto, Peruíbe, Botucatu, Marília e Santo André ... Estas unidades servem à instrução de alunos de medicina no campo da medicina preventiva e ao treinamento de pessoal auxiliar da Secretaria ..." (NATEL, 1973:203). Embora alguns convênios datassem de anos anteriores.

A captação de recursos humanos, também, deve ser vista como resultante das condições políticas do país, que canalizarão para aqueles departamentos graduandos com participação ativa nas organizações estudantis e desejosos de dar um sentido político ao saber profissional, expresso na vontade de "trabalhar com a população, com a comunidade", e, posteriormente, no planejamento e gerenciamento de serviços de saúde pública, dentro de uma perspectiva de transformação. Essa opção verifica-se, também antes de 1964, entre os profissionais que frequentavam o curso de Saúde Pública e, depois de meados da década de 1970, com o declínio dos movimentos de guerrilha. (30)

---

(30) Comunicações pessoais.

Considerando-se, contudo, o pequeno número de vagas para Residência naqueles Departamentos e que, ainda, os residentes deveriam especializar-se em Saúde Pública para sua posterior inclusão no quadro da Secretaria, a absorção era bastante limitada.

Esse panorama modificou-se, após 1976, com uma maior disponibilidade de mão-de-obra médica; com o convênio entre a Faculdade de Saúde Pública, Ministério de Saúde e Secretaria para realização de cursos semestrais com 50 alunos; com o aumento de vagas para as Residências de Medicina Preventiva ou Medicina Social ou Saúde Pública e, finalmente, a instalação e expansão de cursos particulares de Saúde Pública, além da equivalência de títulos entre os formandos na Faculdade de Saúde Pública e nas Faculdades de Medicina, nas áreas acima referidas, entre 1979/90.

Em 1980, Leser, Secretário de Saúde nas gestões de 1964/1969 e 1974/1979, declarava que seu cálculo era de 2.200 sanitaristas "... partindo do seguinte ponto: o Estado, vai precisar, na melhor das hipóteses, na mais modesta avaliação, de uns 1.200 Centros de Saúde, chefiados por sanitaristas. Não estou dizendo unidades. Você pode ter unidades menores com sanitaristas comandando à distância, tipo PAS-Posto de Atendimento Sanitário ..." (Bol. inf. Ass. med. Sanit., 1980:3)

E, realmente, são os PAS, previstos pela Reforma, que foram restabelecidos, em 1976, pelo Decreto nº 8.648, "... atuando como extensão do Centro de Saúde, o PAS permitirá atender grupos populacionais em áreas cuja localização di

ficulta o acesso ao Centro. A medida conta com a participação do Poder Público Municipal que provê o prédio e os servidores responsabilizando-se a Secretaria pelo abastecimento e atendimento médico periódico. Já foi firmado o primeiro convênio com a Prefeitura de Presidente Prudente, para assistência a três Distritos do Município, havendo outros em tramitação ..." (SAUDE, 1977a:1; MARTINS, 1977:1). Em 1977, realizam-se estudos "... para assinatura de acordo com o Departamento de Comunidade (antigo Departamento de Assistência à Infância e à Maternidade - DAIM), da Secretaria de Higiene Municipal (São Paulo) para integração da rede de Centros de Saúde no Município, uniformizando programas e assegurando estreita cooperação ..." (MARTINS, 1977:9)

Esse acordo, provavelmente, soluciona a problemática de expansão de rede da Secretaria na região da Grande São Paulo, uma vez que "... a construção de centros de saúde ainda não atingira as metas fixadas para a Grande São Paulo, em virtude de problemas operacionais e financeiros, ligados à implantação da rede física" (MARTINS, 1977:244), não havendo referência ao interior do Estado.

Em 1978, é vetado o projeto de Lei nº 83, que visava "... a autorizar o Governo do Estado a firmar convênio com as Prefeituras no sentido de serem utilizados os Centros de Saúde estaduais nos períodos ociosos. A medida é justificada com a alegação de que tais unidades da Secretaria de Saúde não funcionavam aos sábados e domingos e de que essa capacidade ociosa poderá ser usada pelas Prefeituras, mediante recursos próprios, para atendimento de emergência" (MARTINS,

1979:1002-1003). Apesar de recorrer a Lei Federal nº 6.229 de 17 de julho de 1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e necessidade de articulação das três esferas administrativas e a proposta da criação do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) "... visando implantar aquele sistema no âmbito do Estado ...", o Executivo veta a propositura considerando-a inoportuna, devendo ser apreciada "... no conjunto de medidas que comporão o sistema estadual de saúde" (D.O. 20.10.1978), demonstrando que o governo estadual não se propunha a assumir a assistência integral, via Secretaria.

Duas razões justificam tal veto: que os Centros de Saúde não dispunham de equipamento próprio para assistência dessa natureza (atendimento de emergência e pronto socorro médico-hospitalar). E uma segunda razão era o convênio firmado entre Secretaria e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1976 e ratificado em 1977, "... objetivando o melhor aproveitamento de seus recursos humanos e materiais existentes e concedendo ao INAMPS, a utilização das instalações, serviços e pessoal dos Centros de Saúde da Secretaria ..." (MARTINS, 1979:1003)

Como bem assinalado, esse convênio possibilitou, ao INAMPS, uma economia de recursos (instalação, serviços e pessoal dos Centros de Saúde), além de ampliar sua rede de atendimento e diminuir a pressão da demanda dos seus postos de assistência. Por outro lado, possibilitou à Secretaria o acesso a recursos financeiros federais. Fenômeno esse (historicamente comum) e que ocorre, também, na década de 1970,

com a implantação, pelo Decreto nº 52.790, de 20 de agosto de 1971, do Centro de Integração das Atividades Médicas (CIAM), resultante de convênio entre o Ministério do Trabalho e Previdência Social, via Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a Secretaria de Saúde, com objetivo de integrar os serviços médicos de ambos órgãos e prevendo o desenvolvimento dos seguintes programas básicos:

- "1. assistência médica aos beneficiários do INPS, mediante utilização de instalações, serviços e pessoal dos Centros de Saúde da Secretaria, fora do horário normal do expediente.
- "2. admissão de pessoal técnico e auxiliar para suprir deficiências do quadro de servidores das unidades assistenciais do INPS.
- "3. serviços complementares de diagnósticos e terapia, pelos próprios Centros de Saúde ou por outros órgãos da Secretaria ...
- "4. implantação, em caráter experimental, de comunidades de saúde com a incorporação de recursos médico-sanitários, pertencentes aos Poderes Federal, Estadual e Municipal, as Fundações, às Autarquias e às entidades particulares que operam no setor saúde, obedecida a Política Nacional de Saúde, formulada pelo Ministério da Saúde.
5. "constituição de órgão coordenador das atividades referidas no convênio, com a finalidade de administrá-lo e desenvolver outras ações necessárias para a progressiva integração de atividades

des médicas assistenciais do Estado de São Paulo ... " (CIAM, 1972:34)

Em 1972, o CIAM "... valendo-se dos estudos e levantamentos, realizados pela Coordenadoria da Saúde da Comunidade, dos recursos disponíveis nos Centros de Saúde da Capital e do Interior do Estado de São Paulo, e dentro de uma programação estabelecida, a vista da indicação, pelo INPS, de suas necessidades, selecionou e instalou 71 Centros de Saúde ..." (CIAM, 1972:5). Em 1974, constata-se um total de 240, distribuídos conforme Tabela 21.

TABELA 21 - Número de Centros de Saúde, convênio MTPS e Secretaria, por regiões administrativas do Estado, 1971 e 1974

Ano		
Região	1971	1974
Grande São Paulo	30	91
Litoral	4	11
Vale do Paraíba	1	1
Sorocaba	-	6
Campinas	-	11
Ribeirão Preto	-	33
Bauru	-	4
São José do Rio Preto	26	40
Araçatuba	3	9
Presidente Prudente	-	22
Marília	-	2
Vale do Ribeira	7	10
T O T A L	71	240

FONTE: Dados brutos CIAM (1972:5, 6, 7, 8); SES (1975).

Como se pode observar, o convênio foi bastante restrito, cabendo averiguar a que necessidades previdenciárias correspondem a instalação em determinados municípios. A região da Grande São Paulo onde se concentra a maior parte da população previdenciária contava com 90 Centros de Saúde ligados ao Convênio; enquanto São José do Rio Preto com 26, quando esta é caracterizada como uma das regiões com maior população agrícola ou essencialmente rural (SEP, 1976; SUSAM, s/d), Vale do Paraíba e Bauru, consideradas regiões industriais, contavam com um número insignificante de unidades ligadas ao convênio, lembrando, também, que, somente em 1974, o FUNRURAL incorporou-se ao INPS.

O número de atendimentos mensais previstos variava de 400 a 1200 e conforme municípios. Dos 460 servidores contratados para diferentes funções, 75,2% destinavam-se aos 3 hospitais previdenciários Brigadeiro, Ipiranga e Heliópolis, 17,6% aos postos de assistência na Capital, 1,7% às agências de São Sebastião, Registro e São José do Rio Preto, 2,4% ao C.S. Pindamonhangaba e os restantes a serem distribuídos (CIAM, 1972).

De 1971 a 1974, o CIAM atendera 1.737.629 pessoas sendo 46,4% (806.813) segurados e 53,6% (930.816) dependentes. Dessas, 1.335.202, 88,4% tiveram seus casos resolvidos em nível de Centros de Saúde; 9,3% encaminhados a especialistas e 1,6% hospitalizados, não havendo dados para os encaminhados a exames complementares, em 1974 (SES, 1975).

Em relação aos encaminhados, nos anos de 1972 a 1974, é interessante observar seu crescimento e sua partici-

pação no total geral, Tabela 22, verificando-se o aumento de participação entre 1972/73, respectivamente 15,6% e 24,4%. Em 1974, a falta de dados para exames complementares distorce essa participação. Observa-se também, um aumento de participação deste tipo de encaminhamento nos dois anos, de caindo aqueles para especialistas e hospitais.

TABELA 22 - Casos encaminhados e total geral de assistência prestada, CIAM, 1972/74

Ano	1972		1973		1974	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Encaminhamento						
Exames Complementares	13.523	50,5	66.173	52,9	-	-
Especialistas	10.771	40,2	49.218	39,4	101.113	86,6
Hospitais	2.505	9,3	9.661	7,7	15.696	13,4
Sub total	26.799	100,0	125.052		116.809	
		15,6		24,4		---

FONTE: SES (1975: anexo)

"... As receitas auferidas, no período, pelo CIAM, elevaram-se de Cr\$ 4.823.899,20, em 1972 para Cr\$ 56.202.253,80, em 1974; os resultados financeiros, no período, subiram de Cr\$ 1.303.902,14 para Cr\$ 8.124.779,25 ..." (SES, 1975:108)

Em 1976, entre as atividades sistemáticas desenvolvidas pelo governo estadual, destaca-se "... o início de construção de 142 unidades sanitárias e as novas entabulações sobre o convênio com o INPS, objetivando a criação de um mecanismo de atendimento nos Centros de Saúde ..." (MARTINS, 1976:24).

No mesmo ano, considerava-se "... um êxito a experiência pioneira do CIAM ..." (SAUDE, 1977b:5) mostrando que, de 1972 a 1976, os Centros de Saúde prestaram 5.952.241 atendimentos dos quais 60% na área da Grande São Paulo ... os laboratórios Adolfo Lutz realizaram 491.011 exames complementares. Daquele total, apenas 8% não tiveram seus problemas resolvidos na própria unitária sanitária ...". Nesse mesmo ano, planejava-se a reformulação do sistema, "... visando à completa integração das atividades próprias do Centro de Saúde e do atendimento aos previdenciários. A jornada de trabalho das unidades cobrirá os dois períodos anteriormente reservadas para atividades separadas ...".

Esses dados comprovaram a afirmativa anterior de que a ação da Secretaria permitiu à Previdência bloquear parcela de sua demanda, assim como, possibilitou os encaminhamentos, não só para os órgãos públicos como privados, se levar em conta o sistema de diferentes tipos de contratos, estabelecidos pela Previdência com a rede privada.

Não há dados disponíveis sobre o real funcionamento das unidades, em dois turnos. Em geral, a assistência médica, prolongava-se por um período de duas horas, servindo para complementar os salários de médicos ⁽³¹⁾, um dos fatores prioritários no convênio com a Previdência, levantados em 1978, na discussão sobre Política Nacional de Saúde pelo Conselho Estadual de Saúde, como se verá posteriormente.

A política de integração já se coloca, em 1969, uma vez que, segundo o Decreto nº 52.182 de 16 de junho de 1969,

---

(31) Comunicações pessoais.

a atribuição da Secretaria era "... estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar em todo território do Estado, medidas visando à melhoria das condições sanitárias da população, promovendo a saúde, prevenindo a doença bem como participar das medidas de recuperação de saúde ..." (SES, 1972: 9) ou mesmo antes.

Dentro dessa atribuição e ao estabelecer sua política de saúde, assinalava como um dos objetivos "... melhorar o rendimento do sistema de assistência médica, aperfeiçoando o sistema de colaboração técnica e financeira com instituições privadas, ampliando e melhorando a assistência médica-hospitalar ao doente mental definindo adequadamente as condições que tornem necessária a atuação supletiva do Estado, coordenando atividades oficiais e privadas ..." LESER et alii (1968:7)

Não é sem sentido que as primeiras leis aprovadas referem-se à área de saúde mental, área sujeita a uma Comissão Parlamentar de Inquérito, como já referida. A Secretaria, portanto, apenas se reorganiza para viabilizar uma série de interesses internos e externos, que se encontravam incorporados às suas atividades de assistência médica-hospitalar. Ela, realmente, aperfeiçoa como se propõe "... o sistema de colaboração técnica e financeira com as instituições privadas ...", ampliando-se os convênios com hospitais privados na área de saúde mental, assim como outros tipos de convênios.

A Tabela 23 mostra o número de convênios em vigor, em 1974, não implicando como ressaltam GONÇALVES et alii (1974) que o valor do convênio figure no orçamento da unida-

de orçamentária.

TABELA 23 - Número de convênios em vigor, por unidade orçamentária, Secretaria de Estado de São Paulo, 1974

Unidade Orçamentária	Nº	%
Administração Superior e da Sede e diversos	31	16,0
Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados	3	1,6
Coordenadoria de Assistência Hospitalar	53	27,5
Coordenadoria de Saúde Mental	61	31,6
Coordenadoria de Saúde da Comunidade	45	23,3
T O T A L	193	100,0

FONTE: GONÇALVES et alii (1974:139)

Observa-se que dos 193 convênios, 31,6% ocorrem no âmbito da saúde mental e, principalmente, convênios com hospitais e sanatórios para manutenção e tratamento de doentes mentais (40 convênios), sendo o restante com Escolas Médicas para uso de hospitais da Coordenadoria, assistência ambulatorial e participação no Programa de Saúde Mental. Em 1967, a Secretaria dispunha de 461 leitos conveniados, passando para 2.410, em 1970 (SES, 1971). Em 1974, o convênio com 40 entidades ampliou para mais de 3.958 leitos (31 convênio com 3.958 e 9 convênios sem especificação de leitos), segundo GONÇALVES et alii (1974). Em 1976, são renovados 39 convênios com entidades psiquiátricas filantrópicas.

Dos 53 convênios, com a Coordenadoria de Assistência Hospitalar sobressaem aqueles referentes à internação e

tratamento de doentes (18), diagnóstico precoce de câncer ginecológico (13), formação de auxiliares de enfermagem (7) e administração e cessão de hospitais (7), além de outros (8).

Na Coordenadoria da Saúde da Comunidade, dos 45 convênios, 19 referem-se a consultório dentário, 9 a Centros de Saúde-Escola, 5 a instalação, funcionamento e construção de Unidades Sanitárias; sendo o restante bastante diversificado desde serviços de saúde pública, fiscalização das profissões e de entidades veterinárias, realização de trabalhos de estatística (GONÇALVES et alii, 1974).

Os referentes à Administração Superior destinavam-se a acordos internacionais e/ou federais que, também, envolviam as diferentes Coordenadorias e, provavelmente, os novos órgãos criados, (Fundação do Remédio Popular (FURP), Laboratórios de Vacinas S/A (BRASVACIN) e Superintendência de Saneamento Ambiental (SUSAM).

A análise sobre a reforma, realizada por SÁ (1975), GONÇALVES et alii (1974) e TANAKA (1982), revela que a reforma não conseguiu se implantar, embora considerasse que, apesar das dificuldades "... pode-se considerar já uma realidade a Reforma Administrativa da Pasta ..." (SES, 1975: 113) GONÇALVES et alii (1974:134,135) afirmam que a "... a administração estadual em macro-estrutura ou não implantaram suas reformas ou adotaram figuras jurídicas novas e assumiram papéis diversos e desarticulados para o setor saúde ... em que se pode dizer que a reforma não foi tocada nem para desmanchá-la nem para completar sua implantação ...", assinalando "... a dispersão de medidas tomadas dentro e fora da Secretaria, a

modernização de outras áreas com atuação no setor saúde ... sob a justificativa de maior flexibilidade e a decisão política de impulsionar, prioritariamente, equipamentos sofisticados e de efeito-demonstração tais como Instituto do Coração, dos Ambulatórios e a Fundação de Oncologia ..."

Essas considerações, contudo, devem ser vistas com ressalvas, pois tratam de "... comparações entre o ser e o dever-ser onde a prática dominante é confrontada com suas deficiências, suas lacunas, permanecendo, no entanto, duvidosa a relevância política de tais indicações ..." como assinala OFFE & LENHARD (1984:13).

A pergunta que se coloca, como ressalta o mesmo autor, é "... como surge a política de saúde a partir de problemas específicos de uma estrutura econômica de classes, baseada na valorização do capital e do trabalho assalariado livre e quais são as funções que lhe competem, considerando essas estruturas ..." (OFFE & LENHART, 1984:13, 14).

É evidente que, dentro deste ponto de vista, a reforma concretiza-se dentro de uma política de saúde nacional e estadual, de privilegiamento do setor privado e os dados demonstram o papel da Secretaria no repasse de recursos públicos, fenômeno que sempre a caracterizou, principalmente, quanto à assistência médica-hospitalar. Assim como concretizou a incorporação dos sanitaristas, que se incluem entre os chamados tecno-burocratas, da década de 1970.

Realmente, os anos recentes são poucos para avaliar uma reforma, aquilo que "... foi o sonho dos sanitaristas que há mais de três décadas vêm procurando retirar as ati

vidades de saúde pública ... da estagnação anterior onde não havia planejamento geral mas improvisação de última hora, onde existia a avaliação mas apenas estatísticas de produção sem qualquer valor científico e que eram apresentadas para justificar despesas ou apelos emotivos. Fazem exceção nesse quadro negativista as campanhas de erradicação ou controle de doenças ... , através de combates ao vetor ou as campanhas de imunização contra determinadas doenças transmissíveis ..."(MASCARENHAS, 1973:444)

Contudo, aquilo que foi o sonho dos sanitaristas por mais de vinte anos, implantado por um decreto-lei, já não corresponde mais às novas condições do desenvolvimento capitalista e às novas bases de legitimação que o regime político necessitava.

Em 1970, o próprio Plano Decenal para as Américas demonstra que o sonho acabara ao propor a extensão de cobertura ou, mesmo antes, quando os recursos financeiros externos deslocam-se para a área de assistência médica. Em meados da década de 70, a Secretaria vai adequar-se à Política Nacional de Saúde, do II PND, (1975/1979), resultante de um momento de grandes mobilizações da sociedade brasileira e em que o regime militar busca novas bases de legitimação e sua defesa através das Políticas Sociais, principalmente, como no Estado Novo, pela Previdência Social, cuja função era de integrar setores da população crescentemente marginalizados do sistema político e de dar-lhes um sentimento de ser parte dele, como demonstram PIVEN & CLOWARD (1972), analisando os programas de bem-estar-social.

Em 1972, a taxa de expansão do setor mais dinâmico da economia, o setor de bens de consumo duráveis, começou a mostrar tendências decrescentes. Ao contrário da produção de bens de capital, esse setor é incapaz de se auto-sustentar, exigindo mecanismos de crédito e financiamento mais amplos e de concentração de renda. Numa fase de economia mundial recessiva, em 1976, o governo ativou um grande número de empreendimentos privados no setor de insumos e bens de capital, favorecendo setores financeiros internacionais e setores domésticos ligados à produção de bens de capital. Com essa política, deflagrou divergências entre os interesses da burguesia, já detectadas em 1973, quando se encerrou o período expansivo da economia brasileira. Ao mesmo tempo, a manipulação de índices salariais no mesmo ano e o processo eleitoral mobilizaram grande parte da sociedade brasileira, em que se contestou não só a política econômica como a estrutura de poder. Em 1978, após 10 anos, ocorreram as primeiras greves nos setores mais dinâmicos da economia, resultantes de greves parciais, paralisações setoriais e "operação tartaruga", ocorridas entre 1973 - 1978. As greves operárias sucederam-se as greves do funcionalismo público e os movimentos sociais urbanos contra o custo de vida, a favor de creches, de habitações, de anistia. É, dentro deste contexto, que surgem os movimentos em saúde.

Foi a esse movimento social que respondeu o II PND, que colocou entre outros objetivos a realização de uma política de melhoria de distribuição de renda pessoal e regional.

Nessa perspectiva, privilegiou a previdência so

cial, canal quase exclusivo da relação governo e classes trabalhadoras. Desmembrando do Ministério do Trabalho, o governo instituiu o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao mesmo tempo, criou o Conselho de Desenvolvimento Social, em 1974, composto dos Ministérios do Trabalho, Saúde, Previdência e Interior, além do Planejamento, com a finalidade de assessorar o Presidente na formulação de uma política social.

No mesmo ano, 1974, criou-se um mecanismo financeiro - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), com a finalidade de agilizar a destinação de recursos financeiros a projetos, envolvendo os setores público e privado. Estabeleceu o Plano de Pronto Ação (PPA), com objetivo de tornar os serviços mais acessíveis aos previdenciários, determinando que os casos de urgência deveriam ser atendidos tanto pela rede estadual como privada, independente de vinculação com a Previdência. Ampliou, assim, a extensão de cobertura enquanto criou mecanismos de controle de contas hospitalares e organizou a vinculação do setor público e privado, inclusive com áreas de ensino médico.

O Conselho de Desenvolvimento Social, criado em 1974, "... resolveu que se impunha transformar o sistema espontâneo existente de fato, em Sistema Nacional de Saúde organizado ... evitando que os assuntos de saúde continuassem a ser tratados sem coordenação para diferentes órgãos e instituições do setor público e privado, criando ora ações concorrentes numa mesma área, ora ausência em outras ... além de formas distorciadas das atividades ..." (MS, 1979:22)

O Sistema Nacional de Saúde, criado pela Lei 6229 de 17 de junho de 1975, estabeleceu "... de forma sistêmica, o campo de ação na área de saúde dos setores público e privado ..." (MS, 1979:22). Com isso, em 1976, nova organização foi dada ao Ministério de Saúde, responsável pela Política Nacional de Saúde.

As áreas programáticas do novo Ministério de Saúde eram:

1. Controle de erradicação de doenças transmissíveis, compreendendo programas nacionais de vigilância epidemiológica, de controle de doenças (imunização e controle de doenças específicas)
2. alimentação e nutrição
3. pesquisa científica e tecnológica
4. prestação de serviços médicos-assistenciais, compreendendo rede básica de saúde (sistemas integrados de saúde, ampliação de serviços em áreas de valorização econômica, plano básico de ação sanitária no Nordeste, interiorização das ações sanitárias, proteção materno-infantil, saúde mental e controle de câncer, etc...) (MS, 1979)

Programas estes que serão incorporados pelo governo estadual, dentro de sua estratégia governamental em 1976 com "... a montagem do programa de atendimento integral à gestante, à nutriz e ao pré-escolar importante trabalho intersecretarial, montado em detalhe, em 1975 ..." (MARTINS, 1977:20) (32)

---

(32) Para avaliação dos programas de assistência à criança, no Estado de São Paulo, v. TANAKA (1982).

Somente em 1978 e sob solicitação de uma comissão do Ministério da Saúde e do MPAS, sobre operacionalização do SNS e a viabilidade de implantação de programação integrada, a Secretaria designou uma Comissão do Conselho Estadual de Saúde e técnicos da Secretaria, Prefeitura e INAMPS para comentar e sugerir propostas relativas a Política Nacional de Saúde.

Neste ano, as propostas voltaram a ser repensadas, "... quando os movimentos reivindicatórios dos médicos e outros profissionais de saúde quase levaram ao caos a prestação de serviços de saúde a população ... (33)

Contudo, não só o momento é outro, como em torno da Saúde e da Previdência giram interesses diversos, mais complexos como bem colocado pelo documento do Conselho Estadual de Saúde ao abordar o problema da implantação de programação integrada de saúde, "... considerou-se como opção política já estabelecida, o caráter multiinstitucional e não monopolístico do setor saúde, compreendendo órgãos subordinados a vários Ministérios, várias Secretarias de Estado e de Município - integrado, ainda por agência de caráter beneficiente ou filantrópico, por profissionais liberais e por empresas de caráter lucrativo. As dificuldades institucionais em conseguir a integração decorrem, principalmente, dos obstáculos políticos às diferentes alternativas de subordinação entre as instituições ... " (SES, 1978:3).

O documento enuncia os mecanismos legais existentes

---

(33) Comunicações pessoais

para integração como:

- Lei Federal nº 6.259 de 03 de outubro de 1975, Decreto Federal nº 78.231 de 12 de agosto de 1976 e Portarias Ministeriais que dispõem sobre a organização das ações de vigilância Epidemiológica e Programa Nacional de Imunizações, bem como Resolução SS nº 42 de 12 de outubro de 1977 que regulamenta o credenciamento de Postos de Vacinação no Estado de São Paulo;
- Decreto Estadual nº 9.294 de 17 de dezembro de 1976, que estabelece facilidade para o entrosamento Secretaria da Saúde - Prefeituras Municipais (fornecimento de medicamentos, vacinas e suplementos alimentares);
- Portarias do Ministério da Previdência e Assistência Social que estabelecem normas de convênios a serem celebrados entre as instituições de previdência social e os governos estaduais e municipais e outros órgãos públicos;
- Resolução da Secretaria do Planejamento criando Fundos Especiais de Despesa nos Hospitais da Secretaria da Saúde, permitindo convênios com INAMPS, IAMSPE e Prefeituras Municipais;
- Normas do Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções para concessão de auxílios e subvenções aos hospitais; assim como, os convênios existentes na Secretaria entre esta e diferentes órgãos como:-

- o Ministério da Previdência e Assistência Social criando o CIAM, objetivando a integração de serviços médicos no Estado de São Paulo;
- as Prefeituras, nos moldes do Convênio realizado com a Prefeitura de São Paulo;
- as Prefeituras Municipais para a criação dos Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAS);
- o INPS e os Hospitais-Escolas;
- as Escolas de Auxiliares de Enfermagem;
- as Faculdades de Medicina e Faculdade de Saúde Pública para operação de Centros de Saúde-Escola e Hospitais de Ensino;
- os Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Gerais filantrópicos e lucrativos;
- o Centro de Controle de Zoonoses da Prefeitura de São Paulo, o Ministério da Saúde e a OPS;
- Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN as Prefeituras Municipais e o Fomento de Urbanização e Melhoria das Estâncias - FUMEST;
- a Prefeitura de São Paulo para fiscalização dos estabelecimentos que comercializam alimentos.

Quanto aos recursos financeiros para operação-sistema são feitas duas proposições:

- a) a curto prazo, dinamização do CIAM, "... que traria, de imediato, substancial apoio financeiro do INAMPS à Secretaria; propõe-se que tais recursos deveriam ser aplicados prioritariamente na contratação e treinamento de recursos huma

nos e, sempre que possível, na melhoria dos níveis salariais ..." Ressalta que "... a atual tendência do CIAM, de investimentos em reformas, ampliação e equipamentos de Centros de Saúde, deveria ser revista, considerando-se que o elemento humano é o instrumento mais importante para as ações de saúde, principalmente quando se pretende a adoção de técnicas mais simplificadas ..." (SES, 1978:10) ou seja uma extensão de cobertura com atenção primária à saúde. Além da dinamização do CIAM, propõe-se a regionalização deste, de acordo com a Divisão Regional de Saúde e dos Fundos Especiais de Despesas, recentemente criados nos Hospitais estaduais (SES, 1978).

- b) a longo prazo, a constituição de um Fundo ou uma Fundação Estadual de Saúde, projeto que se concretiza, no mesmo ano: a criação do FUNDES.

Em relação à prestação de serviços, o documento propõe a integração regionalizada e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade, evitando-se a dicotomia e separação entre as redes de assistência médica-sanitária e médica hospitalar. A rede básica de assistência médica-sanitária compreenderia as unidades de assistência primária de dois níveis: "... 1) Postos, operados por auxiliares (com treinamento específico e supervisão continuada), podendo ou não, receber periodicamente um médico geral e 2) Centros de Saúde, executando as atividades dos postos, acrescidas de assistência médica permanente, colheita de material para exames e

Vigilância Epidemiológica. De acordo com tamanho dos municípios, o atendimento de urgência seria assumido, em primeira instância, pela própria rede básica, encaminhando-o a hospitais gerais ..." (SES, 1978:13).

Depois de diagnosticar as características da rede hospitalar "... público isoladamente sem condições de operar diretamente ou opera com capacidade ociosa e alto custo de manutenção ...", falta de planos tanto do governo estadual e federal para ampliação de rede; o peso das beneficentes e filantrópicas "... com intensa participação da comunidade ..." (SES, 1978:17, 18) e do setor lucrativo; financiamento hospitalar predominantemente (80%) com recursos do INAMPS, o documento propõe: 1) a integração por sete áreas programáticas (tuberculose, hanseníase, etc...); 2) construção e ampliação de hospitais com recursos públicos (FAS, Comissão Estadual de Auxílio e Subvenções - CEAS); 3) Utilização dos leitos privados "... condicionada à utilização máxima dos leitos da rede pública, e em se tratando de rede privada, a prioridade deverá ser a utilização dos beneficentes ou filantrópicos ..." Também ressalta "... a necessidade de normas e procedimentos de internação, definidos pelo Conselho Deliberativo para evitar que a rede básica venha a se constituir em fonte agenciadora de internação remunerada pelo sistema de pagamento por unidade de serviço ..." (SES, 1978:19)

A utilização das filantrópicas e a necessidades de normas e procedimentos para internação resultam, provavelmente, de uma estratégia frente ao setor mais empresarial.

Essas proposições da Secretaria refletem as modificações

cações sócio-políticas da sociedade brasileira após o ciclo econômico expansivo de 1969/1973 e recessivo pós-74, como já assinalado anteriormente e colocam questões mais complexas, para Secretaria, na década seguinte, onde "... tudo se transforma mas a miséria permanece e a precariedade dos serviços debilita a consolidação normativa ..." (ANDRADE, 1982: 111)

V. CONCLUSÕES

No presente trabalho, procurou-se analisar a Saúde Pública como uma prática social dentro de uma formação social capitalista tardia e dependente.

Observou-se que, dadas às especificidades do desenvolvimento capitalista no Brasil, a Saúde Pública, como parte constituinte de um Estado, foi se implantando conforme o grau deste desenvolvimento. Algumas de suas atividades já se delineavam nos séculos anteriores, correspondendo ao grau de desenvolvimento vigente e à situação de subordinação politica ao domínio português. Em decorrência disto, grande parte de suas atividades, sem muita especificidade, ficava sob responsabilidade de associações privadas, filantrópicas e/ou religiosas e englobadas às outras atividades assistenciais. Ressalte-se, contudo, que estas associações sempre contaram com auxílios e recursos financeiros estatais.

Constatou-se que, na medida em que se intensificou o processo de desenvolvimento e sob o impacto do capitalismo internacional numa outra fase, a Saúde Pública passou a desempenhar um importante papel no processo de circulação de mercadorias, inclusive da mão-de-obra estrangeira. Foi, sob imposição de organismos internacionais, como a Fundação Rockefeller e, posteriormente, da Organização Panamericana de Saúde, que a Saúde Pública procurou organizar-se em um âmbito nacional de atuação, e dentro de um processo de implantação de um Estado burguês. Nesta, ela adquiriu uma especifi-

cidade como área de atuação estatal - o controle de doenças coletivas. Observou-se que, dadas as características do Estado brasileiro, federativo mas essencialmente unitário, e dos regimes políticos, a centralização e o autoritarismo marcaram a Saúde Pública por um longo período.

Verificou-se uma estratégia sempre presente na incorporação de áreas de atuação, compreendendo a mobilização de classes por meio de reuniões, intensa propaganda e divulgação, formação de ligas, de cuja direção participavam elementos do aparelho estatal. A mobilização foi sempre seguida da implantação no aparelho de estado de um tipo de organização provisória, as Comissões e, dependendo das forças políticas (internas e externas ao aparelho estatal), a problemática era formalmente incorporada na estrutura técnico-burocrática. Portanto, convertendo o controle de doenças em objeto da atividade estatal, a burocracia subtraía a problemática, do âmbito das relações de classes, passando a organizá-la e controlá-la, de acordo com os interesses de classes e frações de classes, ligados à questão estando estes presentes no próprio aparelho estatal ou fora dele. Há, portanto, uma interrelação de interesses públicos e privados.

Verificou-se que a ampliação ou não de uma área na estrutura burocrática dependeu de um jogo de interesses políticos, inclusive internacionais, e que, nesta ampliação, houve uma seletividade quanto às doenças a serem incorporadas como objeto de atuação estatal, incluindo preferencialmente algumas (febre amarela, malária, etc..) e, subvalorizando outras (tuberculose, lepra, etc..) que atingiam uma grande par

cela sem no entanto englobar todas as classes de maneira igual.

Em síntese, observou-se que, a partir de uma maior definição como área de atuação própria no aparelho estatal, separada de outras atividades assistenciais, a Saúde Pública implantou-se, criando, com suas atividades, estruturas técnico-burocráticas, por meio das quais divulgaram-se idéias, estabeleceram-se regras e normas legais. Concomitantemente destinavam-se recursos financeiros iniciais para essa implantação e organizavam-se outras formas de captação dos mesmos que possibilitavam sua participação no circuito do consumo de alguns bens. Esse substrato material possibilitou a sedimentação da Saúde Pública e deu-lhe a legitimidade para impor-se, inclusive de maneira coercitiva, frente à sociedade, viabilizando os diferentes interesses de classes. É na negação das contradições sociais (que determinam o aparecimento das doenças), na impossibilidade de solucionar os problemas, geradores de doenças e, portanto, de proporcionar saúde, que a Saúde Pública afirma-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AID (AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT) - Desenvolvimento de comunidade. São Paulo, Sociologia e Política, 1964.
- ALMEIDA, A.S. - A integração do hospital na saúde pública. Rev. Serv. Esp. Saúde púb., Rio de Janeiro, 9(2):206-14, 1957.
- ALVES, A.C. - Estado e ideologia; aparência e realidade. São Paulo, Brasiliense, 1987.
- AMADO, A. - A política da tuberculose na formação industrial de São Paulo. São Paulo, 1985. (Dissertação - Mestrado Faculdade de Medicina da USP).
- AMIN, S. - O desenvolvimento desigual. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1976.
- AMMANN, S.B. - Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil. São Paulo, Cortez, 1985.
- ANDRADE, R.C. - Política social e normalização institucional no Brasil. In: MAIRA, L. et alii - América Latina: novas estratégias de dominação. 2ª ed. São Paulo, Vozes. CEDEC, 1980. p.87-114.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL (1949) - Instituto Brasileiro de Geografia, Estatística, Rio de Janeiro, 1950. p.442-5.

ARQUIVOS DE HIGIENE, São Paulo, 1(1):41-4, 1936.

_____, 5(8):336-7, 1940a.

_____, 5(8):339-44, 1940b.

_____, 5(10):285-8, 1940c.

_____, 10(23):150-4, 1945.

_____, 25(83):5, 1960.

_____, 27(91):93-4, 1962a.

_____, 27(91):92-4, 1962b.

ARRUDA, M.O. - Relatório da Inspectoria de Higiene da Província de São Paulo, correspondente ao anno de 1886, dirigido a Exa. Inspectoria Geral do Império, em 19 de janeiro de 1887. Arch. Hyg., São Paulo, 1(1):89-104, 1936.

BARROS, A. - Plano de desenvolvimento integrado: (PLADI); governo Adhemar de Barros, 1964/1966. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1964.

_____ - Mensagem apresentada pelo governador Adhemar de Barros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, em 14 de março de 1964. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1965.

BARROS BARRETO, J. - Bases para organização da luta anti-tuberculose em face ao momento epidemiológico atual. Arq. Hig., Rio de Janeiro, 10(1):7 a 79, 1940.

BARROS BARRETO, J. - A organização da saúde pública no Brasil. Arq. Hig., Rio de Janeiro, 12(2):169-215, 1942.

BERLINCK, C. - A Escola de Sociologia e Política no XXV aniversário (1933-1958). Sociologia, S. Paulo, 20(2):127-35, 1958.

BERNIS, G.C. - Economia e saúde. Rio de Janeiro, PESES/PEPDE/ENSP, s.d. (Texto de Apoio nº 7).

BLOUNT, J.A. - A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário 1892-1918. Rev. Adm. Emp., Rio de Janeiro, 12(4):40-8, 1972.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. - Dicionário de política. Brasília, Editora da Universidade, 1976. p.579-81.

_____. - Estado, governo, sociedade; para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, Rio de Janeiro, 18(3):4, 1986.

BOLETIM INFORMATIVO ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS SANITARISTAS, São Paulo, (6):3-6, 1980.

BOLETIM DE LA OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, Washington, D. C., 42(1):6-21, 1957.

_____, 47(1):

BOLETIM DE LA OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, Washington, D. C., 54(3):266, 1963a.

___, 56(2):179, 1963b.

___, 57(3):293, 1964.

BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. - Saúde e previdência; estudos de política social. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.

BRUNHOFF, S. - Estado y capital. Madrid, Villalar, 1978.

CAMPELLO DE SOUZA, M.C. - Estado e partidos políticos no Brasil (1930 a 1964). 2ªed. São Paulo, Alfa-Omega, 1983.

CARDOSO, F.H. - O modelo político brasileiro e outros ensaios. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1972.

_____. - Partidos e deputados em São Paulo: o voto e a representação política. In: LAMOUNIER, B. & CARDOSO, F. H., ed. Os partidos e as eleições no Brasil. Rio de Janeiro, CEBRAP/Paz e Terra, 1975. p.45-74.

_____. - Dos governos militares a Prudente-Campos Sales. In: FAUSTO, B., org. O Brasil republicano. 2ªed. São Paulo, DIFEL, 1977. v.3, p.13-50.

CARLOS, F. - A saúde pública no plano de ação. Arg. Hig., S. Paulo, 23/4:75-82, 1958/1959.

CARLOS, F. - Atividades da secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social em 1959. Arq. Hig., S. Paulo, 25(83): 41-54, 1960.

_____. - Atividades da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social em 1961. Arq. Hig., S. Paulo, 27(91):73-80, 1962.

CARVALHO PINTO, C.A. - Mensagem apresentada pelo governador Carlos Alberto de Carvalho Pinto à Assembléia Legislativa de São Paulo, em 14 de março de 1959. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1959.

CIAM (CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE ATIVIDADES MÉDICAS) - Relatório anual de atividades; exercício de 1972. São Paulo.

CLEAVER, H. - A economia política e saúde pública e a malária. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO), 1984. p.133-79. (Texto de apoio, Ciências Sociais 2).

CLOWARD, R.A. & PIVEN, F.F. - The professional bureaucracies: benefit systems as influence systems. In: PIVEN, F.F. & CLOWARD, R.A. The politics of turmoil, essays on poverty, rare and urban crises. New York, Pantheon Books, 1974. p.7-25.

COHN, A. - Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo, Moderna, 1980.

CORDEIRO, H.A. - As empresas médicas; as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

COSTA, N.R. - Lutas urbanas e controle sanitário. Rio de Janeiro, Vozes, 1985.

CUNHA, M.W.V. - O sistema administrativo brasileiro: 1930 - 1950. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos. Ministério de Educação e Cultura, 1963. (série VI - Sociedade e Educação).

DIAS, I.M. - A história da psiquiatria no Estado de São Paulo (sob signo da exclusão). São Paulo, 1985. (Dissertação - Mestrado - Faculdade de Medicina da USP).

DIÁRIO OFICIAL, São Paulo, 02 jan. 1952.

_____, 09 ag. 1952.

_____, 08 mar 1953.

_____, 20 fev. 1957.

_____, 15 jan 1958.

_____, 31 jan 1958.

_____, 04 fev. 1958.

_____, 15 fev. 1958.

_____, 06 mar. 1958.

_____, 06 mai 1958.

_____, 24 mai 1958.

DIÁRIO OFICIAL, São Paulo, 09 abr. 1958.

_____, 19 jul. 1958.

_____, 17 mar 1959.

_____, 24 mar 1959.

_____, 08 abr. 1959.

_____, 17 mai 1959.

_____, 03 mai 1960.

_____, 18 mai 1965.

_____, 10 mai 1966.

_____, 07 nov. 1966.

_____, 07 jul. 1967.

DONNANGELO, M.C.F. - Medicina e sociedade; o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975.

_____. - Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

_____. - Aspectos da política social brasileira e da participação comunitária em saúde, São Paulo, s.d.

ENGELS, F. - A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Rio de Janeiro, Editorial Vitória, 1964.

ENGELS, F. - Do socialismo utópico ao socialismo científico.

3ª ed. Lisboa, Editorial Avante, 1975.

EVERS, T. - Sobre o comportamento político das classes médias no Brasil, 1963/1977. In: PEREIRA, L., org. Perspectivas do capitalismo moderno. Rio de Janeiro, Zahar, 1971. p. 38-57.

FAUSTO, B. - Pequenos ensaios da história da República: (1988/1945). 2ª ed. São Paulo, Brasiliense, s.d. (Cadernos CEBRAP, 10).

FEE, E. - Disease of discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health: 1916-1939. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1987. p.1-95.

FERREIRA, J.R. - La cooperación científico-técnico, universitaria en América Latina y la respuesta de los organismos internacionales; (Editorial). Educ. med. y Salud., Washington, DC, 18(1):1-8, 1984.

FERREIRA, N.G. & SALUM, E. - Contribuição ao estudo do movimento demográfico-sanitário no interior do Estado de São Paulo em 1951. Arq. Hig., S. Paulo, 18(57):218-66, 1953.

FONSECA FILHO, O. - A Escola de Manguinhos: contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil. In: Oswaldo Cruz Monumenta Histórica. São Paulo,

Graf. "Revista dos Tribunais", 1974. v.2.

FRAIHA, H. - Oswaldo Cruz e a febre amarela no Pará. Belém, Conselho Estadual de Cultura, 1972.

FRANCO-AGUDELO, S. - Saúde e imperialismo: a ação antimalária na América Latina e a Fundação Rockefeller. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984. p.101-13. (Texto de apoio, Ciências Sociais, 2).

FUNDAÇÃO IBGE - Sinopse preliminar do censo demográfico, São Paulo. Rio de Janeiro, 1981 (9º Recenseamento Geral).

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS - CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA (FGV-CPDOC) - Dicionário histórico-bibliográfico brasileiro, 1930-1980. Rio de Janeiro, Forense Universitária/FINEP, 1984. 4v.

FURTADO, C. - Formação econômica do Brasil. 11ª ed. São Paulo, Nacional, 1971.

GAMBETTA, W.R. - Desacumular a pobreza: Santos, limiar do século. Esp. & Deb., São Paulo, (11):17-27, 1984.

GARCIA, J.C. - Ensaio e políticas da saúde na América Latina. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984. p.13-99. (Textos de Apoio, Ciências Sociais, 2).

GIRALDELLI, B.W. - O coeficiente de separação de óbitos de menores de um ano, São Paulo, 1930/1980. Inf. demog., S. Paulo, (8):70-89, 1983.

GOMES, A.M.C. - A constituição do homem novo. In: OLIVEIRA, L.L. et alii - Estado Novo; ideologia e poder. Rio de Janeiro, Zahar, 1982a. p.151-66.

_____. - O redescobrimento do Brasil. In: OLIVEIRA, L.L. et alii. Rio de Janeiro, Zahar, 1982b. p.104-50.

GONÇALVES, E.L.; SÁ, E.N.C.; CAMARGO, G.E.A.; YUNES, J.; MERCADANTE, O.; PINTO, R.M.G.; QUAGLIA, S.R.; FONSECA, T.F.; ABRAMO, Z.W. - Relatório elaborado pela equipe de saúde. São Paulo, 1974 (mimeografado).

GRAHAM, L.S. - Civil service reform in Brasil. Austin, University of Texas Press, 1968.

GRAMSCI, A. - Introdução ao estudo da filosofia e do materialismo histórico e a ciência e o princípio moderno. In: _____. Obras escolhidas. São Paulo, Martins Fontes, 1978a. p.21-39, 147-236.

_____. - Cartas do cárcere nº 144. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978b. p.222-5.

GRAMSCI, A. - A formação dos intelectuais. In: _____.

Os intelectuais e a organização da cultura. 2ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978c. p.3-23.

HOBSON, W. - Preface. In: _____. The theory and practice of Public health. 2ª ed. London, Oxford University Press., 1965. p.9-11.

HOFFMAN, R. - Tendências da distribuição da renda no Brasil e suas relações com o desenvolvimento econômico. In: TOLIPAN, R. & TINELLI, A.C., org. A controvérsia sobre distribuição de renda e desenvolvimento. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. p.105-21.

IANNI, O. - A formação do estado populista na América Latina. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1975.

_____. - A classe operária vai ao campo. São Paulo, (Cadernos CEBRAP, 24).

_____. - Revolução e cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1983.

_____. - Estado e planejamento econômico no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1986.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) - Problemas de base do Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1948.

IYDA, M. - Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. São Paulo, 1979. (Dissertação - Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

JUNQUEIRA, H.; KFOURI, N.F.; FERREIRA, T.P. - Problemas sociais de alcance regional. Arq. Hig., S. Paulo, 26(90): 271-90, 1961.

KILBOURNE, E.D. - Introduction. In: _____ & SMILLIE, W. G. Human ecology and public health and preventive medicine. 4ª ed. New York, Macmillan, 1969.

L'ABBATE, S. - Fome e desnutrição: os descaminhos da política social. São Paulo, 1982. (Dissertação - Mestrado - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP).

LABRA, M.E. - O movimento sanitaria no Brasil. Rio de Janeiro, 1985. (Monografia, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas).

LAFER, C. - O planejamento no Brasil - observações sobre o Plano de Metas (1956 - 1961). In: LAFER, B.M. Planejamento no Brasil. São Paulo, Perspectiva, 1973. p.29-50.

- LBA (LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA) - Relatório das atividades da Comissão Estadual de São Paulo. Mat. e Inf., São Paulo, 16(1):53-201, 1957.
- LEMONS, M.M. - A Secretaria de Saúde e a realidade sanitária do Estado de São Paulo, São Paulo. Secretaria de Saúde, 1967.
- LENIN, V.I. - O Estado e a revolução. In: _____. Obras escolhidas. Lisboa/Moscovo, Avante/Progresso, 1978. v.2 p.218-305.
- LESER, W.; ANTUNES, P.C.A.; MASCARENHAS, R.; PASCALE, H.; TOLEDO PIZA, J.; MELLO, V.H. - Reorganização da Secretaria de Saúde Pública do Estado de São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 16, Salvador, 1968.
- LEVY, M.S.F. - O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). Rev. Saúde públ. S. Paulo, 8(supl.):49-90, 1974.
- LOPES, J.R.B. - Desenvolvimento e mudança social: formação urbano-industrial no Brasil. São Paulo, Nacional/USP. 1968.
- MACCACHARO, G. - Clase y salud. In: BASAGLIA, F. et alii. La salud de los trabajadores, aportes para una política de la salud. México, Nueva Imagen, 1978. p.73-90.
- MALLOY, J.M. - Previdência social e classe operária; uma nota de pesquisa. Est. CEBRAP, (15):115-32, 1976.

MALLOY, J.M. - Política de previdência social no Brasil. São Paulo, Moderna, 1986.

MANHEIN, K. - O homem e a sociedade. Rio de Janeiro, Zahar, 1962.

MARTINS, P.E. - Segunda mensagem anual à Assembléia Legislativa. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1976.

_____. - Terceira mensagem anual à Assembléia Legislativa. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1977.

_____. - A nº 123/77, de 30 de setembro de 1977. In: _____ . Mensagens encaminhadas à Assembléia Legislativa, 1976/1977. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1977. v.2, p.246.

_____. - A nº 233/78 de 28 de outubro de 1978. In: _____ . Mensagens encaminhadas à Assembléia Legislativa 1978/1979. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, v.3 p.1002.

MARX, K. - Crítica da economia política, (Prefácio). In: _____ . Contribuição para crítica da economia política. Lisboa, Editorial Estampa, 1971. p.27-31.

_____. - O capital, crítica da economia política. 2ª ed. São Paulo, Civilização Brasileira, 1971b. 2.v, p.23-31.

_____. - O 18 Brumário e cartas a Kugelmann. 3ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

MARX, K. - Las luchas de clases en Francia de 1845 a 1850.

Moscu, Editorial Progreso, 1979.

_____ & ENGELS, F. - A ideologia alemã (I Feuerbach). 3ª

ed. São Paulo, Ciências Humanas, 1983.

MASCARENHAS, R.S. - Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo. São Paulo, 1949.

(Tese - Livre-Docência - Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP).

_____. - Historia da saúde pública no Estado de São Paulo. Rev. Saúde pública, S. Paulo, 7:433-46, 1973.

MATHIAS, G. & SALAMA, P. - O Estado super desenvolvido.

São Paulo, Brasiliense, 1983.

MELO, M.A.B.C. - A cidade dos mocambos: Estado habitação e lutas de classes, no Recife (1920-1960). Esp. e Deb., S. Paulo, (14):45-66, 1985.

MELLO, V.H. - Erradicação da malária, nova estratégia na luta anti-malária. Arq. Hig., S. Paulo, 25(83):7-18, 1960.

MILANO, E.A.; LUCCHESI, B.M.; AYROSA GALVÃO, A.L.; SILVA, M. M.; VALLE, L.R.; MOURA, R.A. - Avaliação dos resultados da campanha de vacinação contra poliomielite de São Paulo, Brasil. Arq. Hig., S. Paulo, 27(93):207-22, 1962.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE) - Evolução institucional da saúde pública. Brasília, 1979.

MONETTI, V. & SOUTO, C.B. - O papel do Departamento Estadual da Criança no combate à mortalidade infantil no Estado de São Paulo. Arq. Hig., S. Paulo, 25(8):295-300, 1960.

_____ ; CARVALHO, P.R.; MOURA, J.C. de A. - Vacinações na infância. Aspectos técnicos e administrativos dos programas e campanhas desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, de 1962 a 1972. São Paulo, Instituto de Saúde, Divisão de Saúde Materna e da Criança, 1974. (Publicação, 21, série D, nº 7).

_____ & CARVALHO, P.R. - Mortalidade materna e na infância no Estado de São Paulo de 1960 a 1970. São Paulo, Instituto de Saúde. Divisão de Saúde Materna e da Criança, 1975. (Publicação 24, série D, nº 8).

MORAIS, J.Q. - A contribuição da LBA na proteção à maternidade e a infância em São Paulo. Mater. e Inf., S. Paulo, 4 (11/12):13-9, 1947.

MULLER, G. - População, emprego e espaço urbano; a dinâmica agrária paulista em 1950/1980. In: ENCONTRO NACIONAL ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3. Vitória, 1982. Anais ... p.263-88.

NATEL, L. - Mensagem apresentada pelo governador Laudo Natel à Assembléia Legislativa em 31 de março de 1972. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1972. p.204.

_____. - Mensagem apresentada pelo governador Laudo Natel

à Assembléia Legislativa em 31 de março de 1973. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1973. p.203.

OFFE, C. & LENHARDH, G.H. - Teorias de Estado e política social. In: OFFE, C. - Problemas estruturais do estado capitalista. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) - Extensão de cobertura dos serviços de saúde, mediante o uso de estratégias de assistência primária e participação da comunidade. Washington, D.C. In: REUNIÃO ESPECIAL DE MINISTROS DA SAÚDE DA AMÉRICA, 4, Washington, DC, 1977.

ORTIZ, L.P. - Evolução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, segundo sexo, idade e causas de morte. Inf. demog., S. Paulo, (8):91-136, 1983.

PASCALE, H. - Novos rumos sobre a recuperação do homem rural. Arq. Hig., S. Paulo, 18(55):3-14, 1953.

PEREIRA, L. - Ensaio de sociologia do desenvolvimento. São Paulo, Pioneira, 1970. p.11-51.

_____. - Capitalismo e Saúde. In: _____. Capitalismo: notas teóricas. S. Paulo, Duas Cidades, 1977. p.9-36

PIVEN, F.F. & CLOWARD, R.A. - Regulating the poor: the functions of public welfare. New York, Vintage Books, 1972.

PESSOA, S.B. - Medicina rural e socialização da medicina. In: _____. Ensaio médico-sociais. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1960. p.181-94.

POSSAS, C. - Saúde e trabalho; a crise da previdência. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

POULANTZAS, N. - Poder político e classes sociais do estado capitalista. Porto, Portucalense, 1971. 2v.

_____. - O Estado, o poder, o socialismo. Rio de Janeiro, Graal, 1980. p.64, 67, 69, 153.

PRADO JR., C. - História econômica do Brasil. 4ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1956.

_____. - Evolução política e outros estudos. 2ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1957.

PRADO, W.S. - Aplicação da vacina Sabin no interior do Estado de São Paulo; 1ª dose. Arq. Hig., S. Paulo, 27(94): 353-360, 1962.

PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. - Características de la mortalidade urbana. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud, 1968. (Publicación Científica, 151).

R. NETTO, A. - O caminho para formação do serviço sanitário de São Paulo. Arch. Hyg., S. Paulo, 7(14):5-34, 1942.

RAMOS, G. - O problema da mortalidade infantil no Brasil. Sociologia, S. Paulo, (13):1-43, 1951.

RETRATO DO BRASIL - Pouca República depois da monarquia. São Paulo, Política Ed., 1984. v.1, p.13-6.

RODEE, C.C.; ANDERSON, T.J.; CHRISTOL, C.Q. - Introdução à ciência política. Rio de Janeiro, Agir, 1959. v.2, p.207-11.

RODRIGUES, B.A. - Fundamentos de administração sanitária. Rio de Janeiro, USAID, 1967.

ROSEN, G. - Da política médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

SA, E.N. - Uma experiência da reforma administrativa da Secretaria do estudo de Saúde. São Paulo, 1975. (Dissertação - Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

SAAD, P.M. - Evolução da população urbana e rural nas onze regiões administrativas do Estado de São Paulo, 1940-1970. Inf. demog., S. Paulo, (1):1-146, 1980.

SALAMA, P. - Estado e capital: o estado capitalista como abstração real. Est. CEBRAP, Rio de Janeiro, 26:119-56, 1980.

SAÚDE, São Paulo, (6):1, 1977a.

_____, (6):5, 1977b.

SERRA, J. - Crescimento econômico e condições básicas de vida da população: notas sobre o caso do Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, Vitória, 1982a. Anais ... p.51-77.

SERRA, J. - Ciclos e mudanças estruturais na economia brasileira do pós-guerra. In: BELLUZZO, L.G.M. & COUTINHO, R., org. Desenvolvimento capitalista no Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1982b. p.56-121.

SIMON, M.C. - O positivismo de Comte. In: REZENDE, A., org., Curso de filosofia. Rio de Janeiro, Zahar, 1986. p.120-32.

SINGER, P. - Economia política da urbanização. São Paulo, CEBRAP/Brasiliense, 1973.

_____. - Evolução da economia brasileira, 1966-1975.
Est. CEBRAP, S. Paulo, (16):61-83, 1976.

SPOSATI, A. de O. - História da pobreza assistida em São Paulo, São Paulo, 1987. (Tese - Doutorado - Pontifícia Universidade Católica).

STEPHAN, N. - Gênese e evolução da ciência brasileira. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.

SEP (SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO) - Primeiro estudo SEMO/SINE/SP, São Paulo, 1976. (Série Estudos e Pesquisa, nº 2).

SES (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE) - Relatório de atividades 1967-1970. São Paulo, 1971. (mimeografado).

_____. - Reforma administrativa;
textos legais e regulamentares, 1967-1970. São Paulo, 1972

SES (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE) - Relatório de atividades 1971/1975, São Paulo, 1975. (mimeografado)

- Relatório sobre Política Nacional apresentado ao Conselho Estadual de Saúde, em janeiro de 1978. São Paulo, 1978.

- Relatório setorial do governo do Estado de São Paulo, 1975-1979. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1979.

SSPAS (SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA SOCIAL) - Anteprojeto de Lei. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1957.

SOARES, R. - Campanha de erradicação da varíola, vacinação antivariola em massa da população do Estado de São Paulo; resultados e avaliação. São Paulo, Secretaria de Estado de Saúde, 1971.

SONTAG, S. - A doença como metáfora. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

SUSAM (SUPERINTENDÊNCIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL) - Relatório de atividades, 1971/1973, São Paulo, s.d.

TAMEIRÃO, H.P. - Emílio Ribas e Campos de Jordão. Arq. Hig., S. Paulo, 27(91):67-71, 1962.

TANAKA, O.Y. - Avaliação do programa de assistência à criança da Secretaria da Saúde, São Paulo, 1982. (Dissertação

Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

TESH, S. - Political ideology and public health in the nineteenth century. Int. J. Hlth. Serv., 12(2):321-42, 1982.

TEIXEIRA, S.M.F. - Evolução e crise de uma política social. Saúde em debates, Rio de Janeiro, (9):21-36, 1980.

TRUJILLO, A.F. - Pesquisas e publicações nas Ciências Sociais sob a influência da Escola de Sociologia e Política (1933-1938). Sociologia, S. Paulo, 20(2):136-47, 1958.

VASQUEZ, A.S. - Filosofia da praxis. 2ª ed. Rio de Janeiro Paz e Terra, 1977.

VIEIRA, E. - Estado e miséria social no Brasil de Getúlio a Geisel, 1951-1978. São Paulo, Cortez, 1983.

WAITZKIN, H. - A marxist view of medical care. Ann.intern. Med., Philadelphia, (89):264-78, 1978.

WAKSMAN, S.A. - A vitória sobre a tuberculose: de Hipócrates à estreptomomicina. São Paulo, Cultrix, 1964.

WEBER, M. - A política como vocação. In: _____. Ensaaios de sociologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1964. p.97-153.

WEBER, M. - Parlamentarismo e Governo numa Alemanha reconstruída: uma contribuição à crítica do funcionalismo e da política partidária. In: _____. Textos selecionados.

3ª ed. São Paulo, Abril Cultural, 1985. p.1-83.

WEFFORT, F.C. - Participação e conflito industrial. Contagem e Osasco, 1968. São Paulo, CEBRAP, 1972. (Cadernos CEBRAP, 5).