

SELMA SPINELLI ROSSI

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA EVOLUÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE
SAÚDE - ANÁLISE DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA-S.P.
(1947 - 1972)

MONOGRAFIA APRESENTADA À FACULDADE
DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO, PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA.

São Paulo

1977

A meus pais

A Vicente, Cláudia e Fernanda.

A P R E S E N T A Ç Ã O

A questão da Saúde é hoje, intensamente discutida, seja no âmbito da universidade, seja no debate amplo da sociedade, como questão humana e social nacional.

Em torno dela reúnem-se não só os tradicionais membros da Equipe de Saúde, como médicos, enfermeiras, administradores, mas também novos profissionais que, como o Sociólogo, procuram desenvolver seus sistemas de análise e colaboração dando à Saúde, a dimensão holística que lhe é inerente.

Nosso estudo pretende ser uma contribuição ao conhecimento de uma instituição sanitária que durante muitos anos desenvolveu programas e métodos de trabalho em Saúde Pública que colocaram o Estado de São Paulo em posição privilegiada no processo de racionalização das ações de saúde.

Mais que uma homenagem, esse estudo contém em suas linhas, o reconhecimento dos relevantes serviços prestados por uma série de pessoas ilustres da História da Saúde Pública em São Paulo, como Geraldo Horácio de Paula Souza, Amaury Pinho de Castro Monteiro e J. P. Freire.

Contamos para sua realização, com o apoio decisivo do Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas, estímulo inicial do qual partiu a realização do trabalho, completado na Orientação do Prof. Reinaldo Ramos.

Com a ajuda inestimável do pessoal do Serviço Especial de Saúde de Araraquara, especialmente do Dr. Antônio Pedro dos Santos Netto, Enf. Maria de Lourdes Almeida e Srta. Ieda de Oliveira Pinto.

Com a colaboração dos meus colegas do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, especialmente o Dr. José da Silva Guedes e a socióloga Regina Giffoni Marsiglia.

Com o estímulo de Aracy Witt de Pinho Spínola, cujas contribuições teóricas enriqueceram sobremaneira o trabalho.

Í N D I C E

	Pg.
1. O problema	1
2. O Método	2
2.1. A Proposta Metodológica	3
2.2. Material e Procedimentos	3
3. Análise Institucional	6
3.1. A Saúde Pública no Brasil	6
3.2. A Saúde Pública em São Paulo	15
3.3. A Criação e Estruturação do Serviço Especial de Saúde	18
3.4. A Desestruturação e Reestruturação	23
3.5. Conclusão	31
4. Referências Bibliográficas	32 e 33
5. Anexos	

1. O PROBLEMA

Como explicar que organizações tradicionalmente modelares em termos de seu funcionamento, apresentem, num determinado momento, certos problemas de difícil superação ou mesmo entendimento ?

A pergunta foi dirigida ao sociólogo na hipótese de que "as distorções" que uma instituição apresenta se devessem a problemas da organização informal, e que esse profissional, visto como cientista do comportamento, pudesse dar uma contribuição científica de cunho utilitário ao problema.

Apresentou-se como objeto de análise, o Serviço Especial de Saúde de Araraquara, campo de aprendizado rural da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

2. O MÉTODO

Uma revisão da literatura sobre as instituições no tocante à organização de serviço, pôde evidenciar as diversas tendências assumidas por esse tipo de análise.

De início, procura-se trazer a Administração ao âmbito das ciências, no sentido de que o conhecimento científico representa um instrumento de controle da realidade. A Administração científica de Taylor e Fayol aparecem, dando ênfase à organização formal de uma instituição, procurando decompor o trabalho em uma série de etapas operacionais de sequência previsível (8).

À medida que todo um conhecimento científico do comportamento humano também vinha sendo produzido, a Administração tendeu a incorporar a análise da organização informal e sua importância dentro da teoria do capital humano.

Várias formas de estudo da organização informal foram sugeridas, todas procurando resolver o problema prático do aumento da eficiência do pessoal e do serviço (9).

À medida que as ciências do comportamento vão caminhando para uma integração, pois tem em comum o mesmo objeto de estudo, o homem, procuram erigir sistemas de análise a partir de unidades da realidade, como por exemplo, a ação social. Tal é o esforço de Parsons, que na elaboração de um Sistema Concreto de Ação Social, tenta isolar as dimensões psicológicas, cultural e relacional da ação humana em sociedade, dimensões estas esgotadas por disciplinas como a Psicologia, Antropologia e Sociologia.

No âmbito da Administração, o tema do afastamento da estrutura formal, legalmente constituída e a estrutura informal, cientificamente reconhecida se apresenta como o principal problema, que o sistema de Parsons vinha em parte explicar. A partir daí, diversos estudiosos se empenham em estabelecer "elos de ligação" entre as duas estruturas, tendo alguns privilegiado inclusive, a estru

tura informal como dado básico no reexame da organização como um todo (6).

2.1. A PROPOSTA METODOLÓGICA

Acreditamos que uma instituição possa ser aprendida em seu esco po mais amplo, quando se procura situá-la no tempo e no espaço, uma vez que ela é penetrada agudamente por processos sociais mais globais que es tãõ operando transformações na sociedade; processos esses que podem ser captados a nível do comportamento humano no grupo social constituído pe la instituição.

Esse tipo de abordagem, de cunho historicista é particularmente profícuo em sociedades que estão em desenvolvimento, dado o caráter reflexivo que imprimem ao processo, a nível de seus agentes.

Para a Administração, permite a possibilidade de orientação das mudanças organizacionais, rumo à organização flexível (10).

É nosso intento identificar o traço administrativo e relacioná-lo ao contexto histórico-social para poder extrair da experiência vivida pela instituição, uma tendência do processo mais amplo de desenvolvimento das instituições sociais sobretudo as de saúde.

2.2. MATERIAL E PROCEDIMENTOS

A análise institucional se serviu de dados primários e secundários sobre o Serviço Especial de Saúde de Araraquara, na seguinte ordem:

- 1º. Consulta bibliográfica sobre a instituição, bem como dos órgãos a que se relaciona.
- 2º. Revisão da teoria da Administração Sanitária.
- 3º. Revisão da teoria de Sociologia Organizacional.
- 4º. Formulação de roteiros de observação e entrevista.
- 5º. Trabalho de campo, realizado no espaço de uma semana em setembro de 1972, onde se observou a situação "de fato" do serviço.
- 6º. Coleta de depoimentos sob a forma de "case Story" de pessoas diretamente envolvidas na experiência no passado.

O ponto de partida sociográfico foi a conceituação do SESA, aqui transcrito:

○ SESA - Conceituação

O Serviço Especial de Saúde de Araraquara é fundamentalmente um centro de Aprendizado Rural para a Saúde Pública, composto de uma sede e quatro sub centros dos quais três são tipicamente rurais. É pois diretamente subordinados à Diretoria da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como se pode ver no Organograma Sintético: (fig. 1) onde se vê órgãos de linha, o S. E. S. A. é uma das unidades de treinamento, juntamente com o Centro de Aprendizado Urbano e o Centro de Dinâmica Populacional.

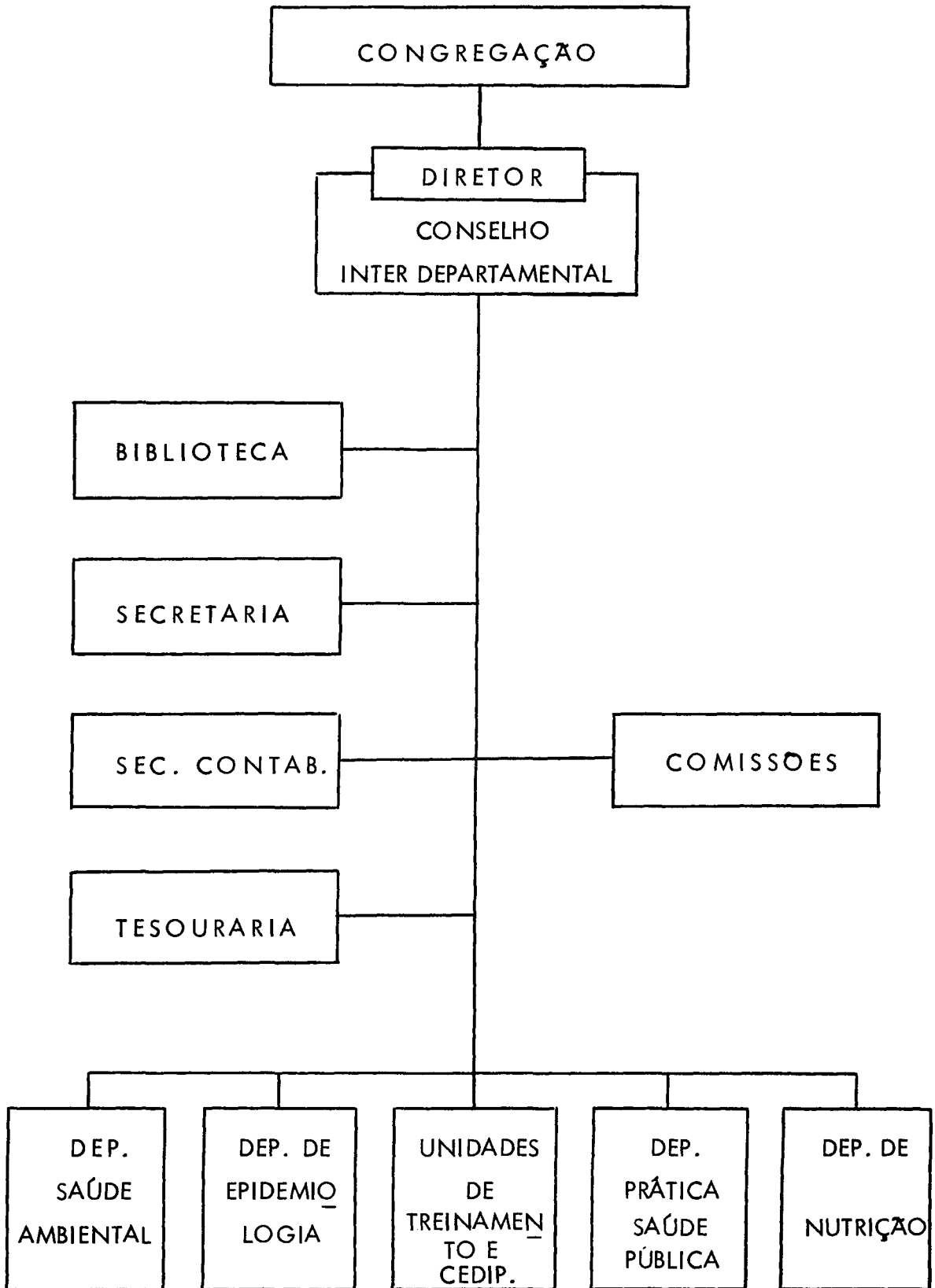
Vide Organograma Sintético (fig. 1) na folha seguinte

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FIG. 1

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

ORGANOGRAMA SINTÉTICO - 1972



3. ANÁLISE INSTITUCIONAL

3.1. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A expansão da Sociedade industrial a partir da segunda metade do século XIX, e o desafio que esta revolução produtiva propôs à ciência especialmente às ciências biológicas e biomédicas, trouxe como resultado um aumento demográfico e a extensão em anos da vida humana.

Alterada assim, em volume e qualidade a população vai pressionar as estruturas sociais, trazendo no século XX mudanças significativas seja no âmbito interno das nações, seja nas relações internacionais.

Mudanças que vão produzir e explicar o fortalecimento do Estado Nacional e suas bases de controle da vida social, sobretudo sua penetração nos chamados setores sociais do sistema social global, como a Saúde e a Educação por exemplo.

Constata-se pois "a universalidade da participação estatal em setores sociais, representada por sua ocorrência em sociedades distintas quanto ao grau de suficiência econômica, apesar das diferentes modalidades de que se tem revestido". (4).

No capitalismo do século XX, o Estado passa assumir o controle do Desenvolvimento Social; em o assumindo, passa a absorver as pressões geradas nas desigualdades econômicas e sociais, "não como uma resposta a interesses coletivos comuns, mas como um processo de acomodação dos interesses das diferentes classes sociais, diretamente relacionado à continuidade do sistema". (4).

Na história da Saúde Pública no Brasil, sua evolução se processa dentro da dinâmica das relações de classe, característica do Capitalismo, como um direito socialmente adquirido e legitimado pelo poder; sua execução reflete o aumento crescente das responsabilidades sociais do Estado, bem como o âmbito de sua interferência no que diz respeito a interesses coleti

vos; sua institucionalização se explica no contexto mais amplo do modelo de Desenvolvimento Econômico e Social, que consubstancia enfim, o destino final que a sociedade opta por dar à sua riqueza.

Nesta perspectiva, condicionada pela maior ou menor disponibilidade da riqueza, o Estado assume uma dimensão racionalizadora que tem no processo de Planejamento o instrumental necessário à efetivação do controle social.

A experiência histórica do SESA, como um tipo particular de atuação em Saúde Pública, guarda em seus traços fundamentais aquela relação histórico-estrutural que serve como ponto de partida da abordagem proposta; ela se insere num processo que remonta a princípios do século XX com as primeiras campanhas sanitárias, ou antes, na germinação da constituição do Estado Nacional brasileiro após os movimentos independentistas e republicanos.

Antecedem ao SESA na História da Saúde Pública no Brasil, outros projetos cuja proposição em termos de valores vem refletir um momento de reajuste e compatibilização das estruturas de serviços sociais a requisitos econômicos e políticos de uma nova conjuntura.

Sem dúvida, ignorar as transformações das forças produtivas e das relações sociais de produção e como elas se interrelacionam com as demais transformações passadas pela sociedade é não explicar o porquê das violentas reações populares e de certas frações dominantes, às políticas de controle sanitário realizadas no início deste século no Brasil em especial no Rio de Janeiro. "Os trabalhos que fazem alusão à questão, amiúde não levam em consideração o processo de reestruturação das condições de produção e formação capitalista brasileira, principalmente sua configuração à base do trabalho assalariado e sob a necessidade de melhor utilização dos fatores de produção então existentes, em primeiro lugar da força de trabalho" (11).

Neste sentido, as campanhas que tiveram em Oswaldo Cruz sua viva expressão, vinculam-se às necessidades criadas por uma fase de expan

são da produção capitalista. E as formas escolhidas para atender às exigências de saúde, vão responder a requisitos políticos e enfrentar neste contexto os bloqueios sociais à sua efetivação.

O combate a febre amarela, por exemplo, aparece como requisito necessário à facilitação da expansão das forças produtivas e uma maior racionalização das condições gerais de produção. Igual em importância como problema de Saúde Pública é a tuberculose, cujo combate no entanto só se efetivará mais tarde, uma vez que as condições de sua presença são condições vinculadas às relações de produção, necessárias no momento.

Assim os problemas de saneamento, a febre amarela, a peste bubônica, aparecem como um dos problemas vitais da expansão econômica brasileira, no momento em que nosso país se integra no mercado capitalista mundial e a lavoura do café em seu surto de expansão mobiliza mão de obra nacional e estrangeira. "De tal modo a febre amarela dizimava os europeus que aqui chegavam, que os nossos jacobinos chamavam-na "a patriótica". As más condições sanitárias do Brasil eram, aliás apontadas na Europa, pelos representantes interessados em enviar imigrantes dos seus respectivos países". O governo da República de então, se havia com as exigências econômicas do desenvolvimento crescente da empresa agro-exportadora de café (O Brasil nos fins do século XIX supria dois terços o mercado mundial) e internamente arbitrava na disputa política dos centros regionais econômicos pela força de trabalho cada vez mais requisitado; isto explica as dificuldades do recrutamento interno da mão de obra no próprio país, obstaculizado pelos grupos locais oligárquicos, cujos interesses econômicos resultariam prejudicados. Daí a necessidade do braço estrangeiro. "Era necessário que seu número fosse muito acima das necessidades reais da lavoura, que a oferta excedesse em muito a procura, a fim de que os "colonos" se contentassem com salários razoáveis e pudessem ser substituídos com facilidade". (3).

A pressão econômica pela racionalização intervencionista e os impedimentos políticos da intervenção racionalizadora explicam de certa forma as práticas de Saúde Pública que tomarão o caráter de "campanha" seu sentido militar, quando o incentivo e a mobilização da população pas

sam a ser prioritários. "A campanha sanitária apresenta-se portanto, como um instrumento que, utilizando as armas ostensivas da propaganda, procura criar um clima favorável à atuação da Saúde Pública". (3). O caráter episódico da campanha no entanto deixa sempre um saldo jurídico que implica na legitimação da ação do Estado, por exemplo, a obrigatoriedade de notificação das doenças; daí as campanhas da época de Oswaldo Cruz trazerem consigo uma série de medidas legislativas de caráter repressivo, que serão vistas por determinados setores da burguesia como um atentado às prerrogativas constitucionais e que atrairão oposição. Sem dúvida a oposição de setores liberais e a manipulação das revoltas populares dão idéia da luta dos grupos pela hegemonia do aparelho do Estado naquele momento.

Assim pois, podemos entender a prioridade que o governo Rodrigues Alves, representante da oligarquia do café vai dar a remodelação e sanejamento da cidade do Rio de Janeiro em 1902 e a imposição de determinadas condições pois "sabe que as políticas e os interesses particulares podem colocar barreiras aos seus projetos". É aprovada uma lei especial que adia as eleições do Conselho Municipal e lhe dá plenos poderes, afastando a intervenção dos edis nos projetos públicos por certo tempo". (11).

A questão sanitária assim colocada explica a forma de reorganização da Diretoria Geral de Saúde, de 1904 tendo Oswaldo Cruz, como seu diretor. Em termos de linha de racionalização da intervenção estatal a parece na nossa história, em forma embrionária mas socialmente consentida, a primeira estrutura de saúde de caráter global em relação ao Estado-Nação.

Mas esse tipo de vinculação da questão sanitária em nosso país continuará e se delineará mais vivamente, nos momentos críticos conjunturais de compatibilização de poder econômico e poder político.

As classes hegemônicas e as frações de classe lançarão mão de evidências capazes de sensibilizar a maioria da população e a questão sanitária é recolocada, como também de resto, as demais questões sociais, que ganham corpo e penetração na ampla discussão suscitada pela contradição de interesses.

A economia baseada no café vem modificar profundamente a estrutura de poder e a feição da sociedade. Ela também estava voltada aos imperativos do mercado internacional, como antes estiveram o açúcar e o ouro, os quais atendiam totalmente a demanda estrangeira e afrouxada essa demanda, retraíam-se na estagnação. O café, entretanto, permitiu gerar uma ocupação urbana do solo e aproveitou-se internamente do "bolsões de mercado interno" representados pelas regiões do Centro-Sul (São Paulo e Rio), Minas Gerais, Recife e Rio Grande do Sul.

A agricultura do café ocupou realmente o solo e intensamente, nas primeiras décadas do século XX, começando no Vale do Paraíba. A princípio ela compete com a agricultura da cana de açúcar mas depois se impõe como grande fazenda, a qual se transforma de unidade de auto consumo, para unidade especializada na produção em larga escala para exportação. Surgem as cidades, onde os mecanismos de comercialização e transporte vão racionalizar o escoamento do produto para fora. Estas cidades se espalham por força de expansão das áreas de cultivo que famintas de terras virgens, fogem dos solos cansados do Vale da Ribeira, em direção do Oeste Paulista.

Como resultado, as áreas do Vale vão sendo penetradas pela criação e policultura que aproveitam as estruturas existentes enquanto o café se evade engulindo a "terra roxa".

Essas condições e mais as relações de produção baseadas no trabalho assalariado e substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre vão explicar os mecanismos da urbanização e conseqüentes áreas de mercado interno, cujo atendimento era suprido pela importação de bens de consumo, - perfeitamente equilibrada com o anseio de mercado das sociedades industriais internacionais.

Tais condições do início da República vão produzir e explicar no Brasil a emergência de grupos econômicos locais que mantém o domínio no setor de exportação e controlam pois o aparelho de Estado. E explicam também a disputa das primeiras décadas pelo crédito fácil e protecionismo alfandegário adotados nos sucessivos governos do início da República. Somam

se as crises do comércio exterior e descontinuidades do suprimento a estes mercados já constituídos, mais as pressões de consumo e se inicia a industrialização (as primeiras fábricas nacionais são alimentícias e têxteis).

Amplia-se então para o Estado brasileiro, a área de administração que tem como suporte econômico a concentração urbano-industrial do Centro-Sul e correspondente ordenação política que aí concentra poder e se utiliza das demais regiões na integração de um mercado nacional.

Para a Saúde Pública no entanto, se planteia a resolução de problemas gerados pelos descompassos da integração social no Desenvolvimento Econômico que aí se intensifica. No 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, realizado em 1923 no Rio de Janeiro, a fala de Carlos Chagas deixa claro a insatisfação dos sanitaristas pelas resoluções dos problemas de saúde, a posteriori, gerados pelas formas de trabalho requeridas pelo sistema. A insistência do discurso de Chagas nos postulados da Medicina Preventiva é sem dúvida a ressonância das manifestações em torno da questão da tuberculose, por exemplo. Neste momento as exigências que se colocam à Saúde Pública estão ligadas às condições de vida das classes trabalhadoras e setores populares. Em especial doenças cuja origem direta está na forma de inserção do indivíduo no processo produtivo e que são inerentes à própria existência histórica de certas relações sociais de produção. O aspecto fundamental dessas enfermidades é que coexistem com as condições e o grau de exploração da força de trabalho. Sua verdadeira dimensão torna-se parcialmente evidente, quando investigadas a situação do trabalho, habitação, nutrição, etc., das classes trabalhadoras e setores populares. Contudo, a necessidade de um combate imediato a essas doenças não se coloca como uma questão de vida ou de morte, principalmente porque entram em contradição com as necessidades da estrutura produtiva em determinadas fases de seu desenvolvimento e/ou não impedem que o indivíduo dispense a força de trabalho em dado período de sua existência. São as condições estruturais que permitem que uma formação social se reproduza tendo como base uma sucessão rápida de gerações de trabalhadores raquíticos ou de vida curta, que mantém no entanto abastecido o mercado de trabalho tão bem como uma série de gerações robustas e de vida longa. É com base nes

sa realidade que os discursos sobre problemas de saúde que incidem sobre a população estejam presentes em quase todos os momentos de nossa história. Por exemplo, a luta contra a tuberculose no Brasil é extra-estrutural e extra-legal, apesar de contemporânea da febre amarela, da varíola, da peste bubônica.

Carlos Chagas, a Sociedade Brasileira de Higiene, o Estado Nacional, se acham em 1923 no momento econômico social e político em que a questão de saúde avulta pela dimensão econômica enquanto risco às formas de produção, pela dimensão política enquanto elemento difusor de valores das frações de classe e ampliação de posições dentro do aparelho do Estado.

Sem dúvida os anos 1923/1924 críticos em relação ao comércio internacional vão encontrar no Brasil, assentada a cavaleiro no aparelho do Estado a burguesia agro-exportadora, representada pelos setores agro-pastoris, setores mercantis e setores financeiros, havendo-se com os setores externos com os quais negocia e dos quais depende e os setores internos, a burocracia, os militares, as classes médias, as massas rurais e os setores operários e artesãos.

O II Congresso da S B H em Belo Horizonte em 1924, traz no seu discurso o apelo político ao papel do profissional de saúde:

"Oportuno o momento para nosso encontro, quando um ciclone de ódios partidários ameaça avassalar a alma da Nação"... "Eu sei que não é a esse Congresso que cumpre indicar os meios de curar o Brasil do sopro da anarquia...mas o que é também certo é que nós brasileiros, não podemos fugir ao dever de dar todo nosso esforço pela tranqüilidade, pela ordem..." (1).

Em meio às revoltas de 1922 e 1924 como seu prolongamento na Coluna Prestes emergem as tensões econômicas-sociais que a grande crise do Capitalismo Mundial no final da década de 20 viria transbordar.

A crise econômica mundial de 1929 vem atingir a economia brasileira essencialmente agrária exportadora e assentada na monocultura do

café; mas do ponto de vista social, encontra uma diferenciação de grupos, as frações de classe acima apontadas, ávidos por uma partição do poder. A Revolução de 1930 é pois um rearranjo das estruturas de poder que compatibiliza esses novos interesses emergentes, sobretudo urbano-industriais em expansão, agora, ao lado dos interesses agrário-exportadores. A Revolução de 1930 vem deslocar o eixo dos impulsos dinâmicos de transformação da sociedade brasileira para os centros urbano-industriais em formação a partir daí.

É, como já se disse, "a cidade no poder !"

É a necessidade de se atender a esses novos interesses que vai inserir o país na escala de produção industrial e necessariamente provocar a inserção das massas urbanas, no processo de Desenvolvimento brasileiro.

Neste ponto, a saúde, como a educação merecem consideração fundamental em suas relações com o Desenvolvimento. Esses setores sociais, que refletem o padrão de integração social no Desenvolvimento, pois em primeira instância são medidas de bem-estar, demonstram em seu curso histórico uma disparidade entre o crescimento da economia gerado pelo impulso industrial em seus ciclos e a integração de camadas sociais no Desenvolvimento.

" As medidas de bem-estar se apresentam como sub-produtos do setor econômico, distribuídos dentro do padrão de acumulação concentrada da riqueza, quando mais, mantida sua distribuição num nível tal em que a eficiência e a produtividade do sistema econômico determinasse." (7).

Para a Saúde, assume grande significado o desenrolar a partir - daí da Previdência Social, pois vincula a participação do Estado ao Setor da Assistência Médica entendida aqui como "o conjunto de ações de diagnóstico e terapêutica dirigidas ao consumidor individual (...) distinguindo-se da Saúde Pública enquanto conjunto de medidas orientadas coletivamente". (4).

A partir daí, dos diversos estratos que compunham o quadro social afirma-se uma estrutura social cuja estratificação se diferencia para

constituir a sociedade de classes de base industrial. A emergência de reivindicações por direitos sociais coincide com o encerramento da etapa liberal do desenvolvimento capitalista e ocorre no âmbito total do sistema social. Refere-se diretamente às crises econômicas das primeiras décadas do século e às redefinições políticas que conferem ao Estado o domínio do processo de Desenvolvimento. A adesão dos estratos inferiores das estratificações ao movimento político de 1930 é uma expressão da instabilidade econômica por que passavam e uma alternativa posta de sua superação.

É neste contexto que a Política trabalhista aí compreendidas a Previdência Social e a legislação que regulamentava as relações entre o trabalho e o capital - adquire suas principais conotações. Da perspectiva do assalariado, ela equivale a uma resposta a reivindicações imediatamente referentes a um consumo mínimo de bens e serviços, mas, pela própria dinâmica das relações de classe, potencialmente relativas à negação do sistema. No que se refere ao Estado, significa, a curto e a longo prazo, uma política tendente a propiciar condições para a preservação e os desenvolvimentos da ordem capitalista. "Concretamente, a Política Trabalhista corresponde ao mecanismo de suavização de tensões sociais, ao mesmo tempo em que garante, como contrapartida adequada aos novos rumos da economia, o controle das condições relativas ao trabalho e ao trabalhador". (4).

A visão global desse processo na sociedade brasileira do século XX explica pois, as características assumidas pela estrutura de serviços de saúde no Brasil. Enquanto o Estado brasileiro se configura como produtor direto de serviços de saúde, dirigidos ao consumidor individual, que é o trabalhador urbano, no Brasil rural, nas regiões excluídas da órbita de expansão capitalista, trava-se verdadeira batalha entre a medicina científica e a medicina popular: às condições hostis de sobrevivência, responde uma situação tão precária de assistência médico-sanitária nas comunidades do interior longínquo, que o homem brasileiro tem na medicina de Folk a única saída e a mais ajustada diante da medicina científica aprendida no complexo urbano; a penetração desta naquele complexo cultural se faz com duras resistências, desacompanhada de outras manifestações concretas de mudança estrutural que alterariam as condições de vida material e produtiva das populações rurais. Assim médicos, enfermeiros, farmacêuticos, remédios e

outras práticas da "medicina científica" cuja distribuição no cenário rural é rarefeita e precária, enfrentam e muitas vezes perdem na competição dos "entendidos" - curandeiros, chazinhos e mezinhas, avolumando as decepções do homem da cultura de Folk por ineficácia e inadequação, impondo dietas a quem não está acostumado com regimes alimentares ou apenas conhece os tabus da medicina popular, ingestão de remédios em horas prescritas a quem não tem relógio e não está habituado ao ritmo da cidade, etc...

É evidente que o baixo nível de vida é a principal causa da falta de médicos e outros recursos em grandes áreas rurais do Brasil. A medicina se concentrou nas cidades como iniciativa liberal e dependente de mercado e à procura de mercado foi inserida no sistema de assistência médica requerido pela Previdência Social. Uma visão do mapa de distribuição dos serviços de saúde em toda extensão do território brasileiro, com concentração de recursos nas áreas urbano-industriais, tanto da assistência médica quanto da Saúde Pública tem sua explicação nos rumos do Desenvolvimento nacional.

Explica a existência no norte de um projeto Serviço Especial de Saúde Pública, nascido de um acordo bilateral Brasil-EUA no período da I Grande Guerra Mundial onde a malária impedia a exploração da borracha, requisitada tendo em vista o bloqueio japonês na Ásia, ao suprimento americano.

Explica a constituição em São Paulo de uma rede de serviços de saúde, assistenciais e de Saúde Pública.

3.2. A SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO

O Estado de São Paulo vem refletir em sua estrutura de serviços de Saúde, o padrão de Desenvolvimento da sociedade brasileira. Para melhor situar o serviço Especial de Saúde de Araraquara, cumpre destacar as fases por que passou a saúde no Estado como um todo.

A primeira fase de 1892 a 1924 assinala o aparecimento do Servi

ço Sanitário do Estado. Avulta a figura de Emílio Ribas, que durante os primeiros 20 anos desta década exerceu a direção do Serviço Sanitário e consolidou sua organização. A ocupação do solo e intensificação da agricultura do café, requisito econômico fundamental nesta época e o fortalecimento do Estado, como instrumento de ação e intervenção, dão a Emílio Ribas, condições de enfrentamento da situação de saúde na época. Será ele também o pioneiro em nosso Estado, na luta contra a tuberculose.

As alterações estruturais sofridas nos anos 20 e os requisitos sociais que implicam, forçam uma estruturação dos serviços sociais do Estado de São Paulo sob a forma de uma Secretaria de Educação e Saúde Pública, onde se situa o Serviço Sanitário do Estado.

A segunda fase, de 1925 a 1947, marca a presença de Geraldo Horácio de Paula Souza que reestrutura o Serviço e cria os primeiros centros de saúde do país, fato que marcou profunda modificação nas diretrizes da Saúde Pública paulista, por significar o abandono da orientação francesa pela americana. Os requisitos ideológicos da medicina preventiva, cuja ação sanitária se baseia na iniciativa individual, ou seja, na busca individual da prevenção através das técnicas correntes de vacinação que se expandem pelo desenvolvimento tecnológico mundial vem se adaptar à situação cultural do Estado, não como elemento estranho, mas perfeitamente integrado na ideologia vigente: as condições sociais da época, o surto industrial dos anos 30, relativamente autônomo e destinado a suprir o mercado interno em expansão, ao mesmo tempo em que coloca o indivíduo em condições de acreditar nesta busca (pois a fermentação liberal já o atingira) coloca o Estado, como controlador do processo global, como devedor dos requisitos de concreção desta busca. A nível ideológico é significativo ressaltar, pelos pronunciamentos sucessivos de sanitaristas na época o óbice da Instrução do povo e o papel da Educação Sanitária como meio de obtenção da conduta preventiva. Essa fermentação liberal dos anos 20, constatada nos discursos dos anais da Sociedade Brasileira de Higiene vai aparecer até o V Congresso em 1929 ocorrido no Recife, interrompendo-se para ser reatado, em 1947. Esta fase, que no plano econômico, insere o país na produção industrial, concentra a Industrialização em São Paulo, no plano político, pe

la centralização crescente de poder, desenvolve em contrapartida para a Saúde Pública neste Estado uma rede burocratizada de serviços administrativos. Aos processos já deflagrados de Urbanização e Industrialização, a Burocratização vem se instalar, por força social e política e prepara as condições de emergência da fase posterior.

A terceira fase da Saúde Pública em nosso meio (1947 a 1967) se desenvolve em meio a acontecimentos políticos de âmbito internacional e seus reflexos internos se fazem sentir na órbita dos serviços de saúde. O "esforço de guerra" de 1935 a 1945, a superação da primeira fase industrial, a etapa de bens de consumo a pressão da expansão industrial obrigando a investimentos de infra-estrutura, como a energia elétrica e as ferrovias e mais a reestruturação dos quadros sociais, as camadas médias urbanas formadas na burocratização e na industrialização, vão convergir na abertura política de 1945 onde a ditadura Vargas é derrubada.

Ao novo arranjo de forças no poder, sob o impulso liberal das forças democráticas sobre a Alemanha, instaura-se um estilo de poder, o Populismo, que vai marcar profundamente a questão da saúde no Brasil e a política social no Estado de São Paulo.

É nesta fase que se consolidam os serviços especializados, consequência da Reforma de 1938, que criou o Departamento de Saúde do Estado. Neste período do Depto. de Saúde (Diretor Geral de Saúde) se deslocará progressivamente da Secretaria da Educação, indo constituir sistema próprio. As estruturas de serviços sociais vão se reproduzir num complexo crescente de redes verticais de atendimento, subordinados a diferentes órgãos centrais.

O organograma dos serviços estaduais de Saúde Pública em São Paulo em 1948 (anexo 1) dá conta do que foi o populismo para a rede de saúde. A extensão da cobertura vai se estruturando sob pressão eleitoral e como imediata resposta política, com isso ocupando a extensão do estado, ocupado pela população sobretudo eleitoral.

A saúde e a educação se prestam então à barganha política em todos os níveis: seja pelas pressões de consumo, seja pelo empreguismo no funcionalismo público.

Neste contexto surge o SESA, em meio à ideologia dos Serviços Especiais. A experiência do SESP começava a ser divulgada no meio sanitário; agia a estrutura do SESP no norte com inteira liberdade de ação, num espaço ocupado por ninguém. À experiência do SESA, se agrega um fato novo, que emerge das condições especiais e da problemática de preparação de pessoal para a Saúde Pública em São Paulo: a sua dimensão como campo de ensino.

3.3. A CRIAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO SESA

Criado em 02-07-1947 pelo Decreto-Lei nº 17357 (anexo 2) é diretamente subordinado ao Departamento de Saúde. Pela visão do organograma, o serviço se destinaria a ser mais um serviço especializado da imensa rede de serviços em expansão, os quais, por sua subordinação direta ao escalão decisório imprimiriam uma verticalização de mando na Secretaria de Saúde. Muito mais em função de pessoas envolvidas no projeto, do que de objetivos estruturais, a articulação ensino/atendimento é o aspecto novo dos projetos de saúde que se implantam a partir daí, na realidade brasileira.

O equacionamento das necessidades de ensino/atendimento se processa ao longo da estruturação, como o "telos" do sistema. A princípio as vinculações à estrutura política, como serviço especial lhe permitem uma rápida implementação material e humana (a fundação Rockefeller é o apoio decisivo, neste momento). Do ponto de vista dos valores que animam uma equipe imbuída de sua missão, a fase de estruturação é um processo em aberto: basta a figura de um líder a conduzi-lo.

Em plena vigência do liberalismo intelectual, a Universidade de São Paulo como um todo, elabora o seu processo de soberania e autonomia: é possível localizar-se então o vínculo. Mas a estória contada dos artigos que compõem o Decreto de Criação revela em cada um dos seus artigos, a

dificuldade da universidade assumir qualquer campo de ensino de forma orgânica e estrutural. Foram pessoas e em função dos posicionamentos dessas pessoas na estrutura do então Instituto de Higiene que assumem o projeto.

No contexto do populismo, o desenvolvimento caótico de uma série de serviços e funções se por um lado rendia ao Serviço Especial uma competição política, por outro lado garantiu-lhe determinada liberdade para ensaiar já algumas formas demonstrativas que mais tarde vingariam, no processo de reorganização da Secretaria.

A análise de documentos de avaliação de suas atividades permite ressaltar, por exemplo; a cooperação em Saúde Pública, onde já se pode encontrar o germe da idéia de integração de recursos, que mais tarde encontraria respaldo no período de racionalização da estrutura. (5).

Idéias como integração, racionalização, cooperação entretanto, eram processos da administração incompatíveis com os mandatos políticos da época e só mais tarde, em outro contexto serão viabilizados. No VII Congresso de Sociedade Brasileira de Higiene em 1948, falando em nome do governador do Estado, Ademar de Barros o qual era médico e cuja gestão se notabiliza pelos programas de Tuberculose em nosso Estado, se pode avaliar a importância política da saúde; o então Cel. médico Herbert Maia de Vasconcelos coloca: "a alta significação política, social e econômica do papel que cabe a higiene..." (2). Neste conclave realizado em São Paulo, o professor Geraldo Horácio de Paula Souza saudou os congressistas:

"Como observamos, o que vimos sentindo em nossa terra, a falta de médicos sanitaristas ou a falta de compreensão do que deva ser um médico sanitarista (para comprová-lo vemos a luta pelo regime de tempo integral, para esses profissionais encontrarem os elementos propícios à sua boa atuação). Essa dificuldade é o principal escolho a vencer. Estamos nesse particular a situações de medicina de alguns tempos atrás, em que o médico era tudo e para atender as questões sanitárias qualquer facultativo servia. Entregava-se à sua causa da saúde pública a quem possuísse o título de médico, sem examinar se tinha habitação especial

lizada. Este só reconhece a necessidade da especialização quando no exercício de funções que o obriguem ao trato de matérias de saúde pública, e aí verificar com inteligência, que precisa de uma determinada especialização. Se os homens do fim do século passado e do começo deste, ainda agiam em grande parte empiricamente, com armas em extrema desproporção com a grandeza dos males que enfrentavam e julgavam: "Melhor é progredir através da escuridão que sustar o passo" triste é verificar-se que é necessário "sustar o passo" apesar da claridade do dia e dos meios que a ciência ora nos proporciona, pela simples falta de estrutura adequada, técnica e administrativa, amparada pela indispensável outorga de recursos econômicos. Essa estrutura não é só formada de médicos sanitaristas, mas de engenheiros sanitaristas, que representam os elementos de que melhor podemos nos valer hoje em dia, porque a obra de saneamento é primordial em saúde pública, educadoras sanitárias, professor, sociólogos, enfim de todas as modalidades das atividades humanas postas a serviço daquela causa...

Os Congressos como estes servirão para alertar a opinião pública e os responsáveis imediatos a fim de que, ainda uma vez, a política sirva à Higiene, e que assim somente, esta sirva à política dos grandes interesses nacionais."

A transcrição "ipsis literis", da fala de improviso do então professor do Instituto de Higiene nos permite ressaltar a dimensão política que permeia as ações de saúde naquele momento em seu contexto populista, a visão de equipe de saúde que serve de ponto de significado entre os conceitos: Medicina Preventiva, Higiene e Saúde Pública, e a questão da formação do médico, que mais tarde se traduziria em mudanças de conteúdo da Escola Médica (Congressos de Medicina Preventiva em 1954 e 1956, Chile e México).

Ao contexto ademarista se sucede em 1950, um novo tipo de liderança que reflete uma outra fração das classes dominantes na época; a qual contrabalança o equilíbrio de forças do âmbito nacional com Getúlio Vargas e na capital de São Paulo, Jânio Quadros. O populismo se realiza

no seu máximo como os tipos de liderança carismática vigentes. Ambos eleitos pela massa popular, dispunham de um mandato distributivista, uma vez que o período anterior havia sido marcado no âmbito federal pela austera política de contenção do governo Dutra. A partição do poder pelas frações de classe vai lutar em seu equilíbrio precário, com a necessidade interna de se produzir bens de produção (Cumpriria a etapa de bens de consumo, agora as máquinas e equipamentos) e a pressão externa dos capitais acumulados após o término da II Guerra Mundial.

O SESA passa então à fase mais aguda de seus primeiros dez anos, pressionado pela conotação de "Especial" dentro da estrutura ele vai transitar cada vez para a órbita da então Faculdade de Higiene e Saúde Pública, onde o espírito universitário lhe confere a "autonomia" necessária. Assim é que no Decreto-Lei nº 4846 de 04-09-1958 o serviço é transferido para a U.S.P. (anexo 3).

Mais uma vez as condições em que a Faculdade assume o Serviço Especial repousam na subordinação direta à Faculdade, prevista no novo decreto, facilitadas pela pessoa do Diretor da Faculdade, que é o professor de Técnica de Saúde Pública.

A partir daí o SESA experimenta uma fase de produção compatibilizadora de suas responsabilidades de Ensino.

Situado numa cidade que se urbaniza intensamente nos primeiros anos de 1960, a sua realização como centro de aprendizado rural de Saúde Pública cada vez mais se esvasia, ao passo que a pressão urbana pela sua utilização se intensifica.

Mas sua ênfase de Ensino é facilitada na medida que vai ensaiando processos administrativos que servem de suporte e discussão a esquemas teóricos ministrados no Curso de Saúde Pública da Faculdade. Entretanto são os interesses do serviço, de rotina de prestação que passam a prevalecer pouco a pouco, vão sobrepujando a utilização para fins de ensino (a utilização do SESA como campo de Estágio atingiu o máximo em 1966).

Os grandes rumos nacionais da sociedade brasileira nos anos 60 iriam impulsionar o Serviço Especial de Saúde de Araraquara para sua fase definitiva de após 60. (anexo 6).

A crise de 1960 é consequência das opções de alternativas de desenvolvimento e suas relações como Capitalismo internacional. No plano econômico estão em cena, nos primeiros anos da década, os interesses nacionalistas e as aspirações desenvolvimentistas. Na competição do capital se avolumam os antagonismos que no plano político colocam a Nação diante de um impasse e se opta por um tipo de desenvolvimento em consonância harmônica com capitalismo internacional. A Revolução de 1964 tem em seu escopo, a manutenção da ordem social vigente e a compatibilização a nível político das contradições do capital que se expressavam a nível econômico. Abrindo mão da execução do Poder as classes produtoras brasileiras esvaziaram o espaço político dando chance ao Planejamento da ordem econômica e social, num novo contexto.

Criam-se as condições internas para a absorção de técnicas de planejamento que vinham sendo desenvolvidas e implementadas em todo o continente americano (A CEPAL, por exemplo) e perseguidas desde o momento em que na Conferência de Punta Del Este em 1961 se conscientizam os países da América Latina da necessidade de superação do subdesenvolvimento.

O processo de Planejamento já havia sido ensaiado por diversas vezes no contexto populista; mas é no contexto político da conjuntura após 1964 definidos seu modelo e subordinações, que ele se tornará viável. É necessário aqui distinguir entre Planejamento e Política bem como precisar os limites em que o planejamento é político.

Política é o resultado da interação de grupos que exercem pressão na escolha de alternativas sociais; a coexistência destes grupos e sua capacidade de pressão vai explicar a ação do Estado, errática, tal qual a acontece no contexto populista. A definição de uma hegemonia, de uma pressão maior e que tem poderes para excluir os bloqueios provenientes dos demais grupos viabiliza o Planejamento, aqui entendido como intervenção deliberada e racional tendo em vista determinados fins.

A secretaria de Saúde Pública do Estado via sua ação obstaculizada pelo excessivo individualismo alcançado pela organização. Posta sob controle a ação política de grupos, ela empreendeu uma Reforma Administrativa que marca definitivamente as ações e os rumos do Serviço Especial de Saúde de Araraquara. A esta Reforma, outras antecederam, mas o contexto político é que vai viabilizá-la em termos racionais legais mais efetivos.

3.4. DESESTRUTURAÇÃO - RESTRUTURAÇÃO DO SESA

A Reforma da Secretaria da Saúde é sancionada no Decreto nº. 48.040 de 1 de junho de 1967 e vem se impor ao Serviço Especial de Saúde enquadrando-o como Centro de Saúde I do Distrito Sanitário de Araraquara, da Divisão Regional de Saúde 6 cujo polo é Ribeirão Preto. Enquanto isso, na Universidade, a Reforma Universitária é discutida durante o ano de 1968. Do documento elaborado pela Faculdade de Saúde destacam-se as críticas... "A Universidade se acha profundamente alienada do país. A consciência crítica produzida pela Universidade é deformada pela alienação entre ensino e trabalho, educação e participação"... "Deverá ser preocupação da Universidade, o entrosamento com entidades oficiais ou privadas, no sentido de contribuir para o desempenho de funções especializadas." Em relação às áreas de treinamento dividem-se os educadores entre aqueles que defendem a idéia de que as escolas devem ter seu campo próprio, seu serviço próprio de treinamento e os que defendem a possibilidade, vista até por uns como necessidade, de que as instituições e serviços da comunidade devam ser aproveitados como campo de ensino, como mais próximas da realidade social.

A implantação da Reforma se inicia em 1969 e vai constituir-se no elemento desagregador estrutural que absorve o SESA como um centro de saúde da rede e o emerge num momento crítico de inconsistência de status na rede oficial, cujos princípios ordenadores acabam por impor-se e definir o prevalecimento dos interesses de atendimento. E a crise conjuntural afasta progressivamente o Centro de Saúde de Araraquara das funções de ensino.

A nível da organização formal, o instrumento racional-legal que desencadeia a desestruturação do SESA pode ser situado nos termos do Convênio Secretaria da Saúde/Faculdade de Saúde Pública, processo nº 1347/71 Livro 5, fls. 75v/77, celebrado em 3 de março de 1971 (anexo 4) em que o Serviço servirá como Centro de Saúde I do Distrito Sanitário de Araraquara. Já de início, cotejando-se os itens da Portaria SS-CG. nº 8 de 6.6.72 (anexo 5), pode-se verificar a disparidade de recursos humanos e materiais que o SESA dispõe à época, com os formalmente exigidos. Ainda o Convênio em sua cláusula segunda, define a prestação de uma série de serviços que entram em conflito com o nível de ações de saúde que a instituição se propõe (como por exemplo exame de admissão de motorista), e no tocante a norma de serviço, se obriga a seguir as normas técnicas da Secretaria, em apresentar Relatórios na forma e sistemática adotada pela Secretaria.

A essa época, o SESA tinha suas normas técnicas e formulários, orientados pela Faculdade e a esta devia enviar seus Relatórios Anuais e mensais de avaliação. Durante o ano de 1971, a instituição vai desenvolver uma ambigüidade, tanto de subordinação quanto de avaliação de serviço, tendo muitas vezes ocorrido de o Distrito Sanitário se negar a receber qualquer boletim de serviço por ser este um centro de treinamento da Faculdade.

Essa situação de ambigüidade foi objeto de uma reunião realizada em 05-05-1971, na sede do SESA, que objetivava esclarecer deveres, atribuições, competência das partes. Os vínculos prenunciados pelo Convênio foram apertados; se decidiu que o D. R. S. 6 providenciaria as normas e as entregaria ao Distrito, que as transmitiria ao SESA; e que enviaria ao SESA lista de pedidos, os quais seriam feitos diretamente ao Diretor Administrativo em Ribeirão Preto.

Nesta reunião se acertou a incorporação da Dermatologia Sanitária, que antes funcionava como unidade autônoma local do antigo Departamento de Profilaxia da Lepra, na estrutura anterior, o qual de acordo com as diretrizes da Reforma, deveria passar às unidades sanitárias polivalentes, de nível local e comando único.

No período de 1971/1972 as questões suscitadas pelo Convênio e Integração do antigo Departamento de Profilaxia da Lepra vão provocar

uma série de distorções, que se expressam a nível da organização do serviço e no comportamento dos atores desse processo.

No plano político, o escalão estadual sofre uma descontinuidade de de implantação da Reforma, como se pode depreender do ritmo de decretações e normatizações; a Secretaria da Saúde é um setor pouco acionado politicamente, tendo em vista a burocratização e racionalização estrutural (ademais a ideologia do "Milagre Brasileiro" a questão do nível de saúde da população cede lugar ao caráter racional-legal da Estrutura do Serviço).

Dadas as condições de constituição dos partidos, a nível nacional, regional e local, é a Secretaria do Interior que vai receber um lugar privilegiado na Política do Estado de São Paulo. (É nessa Secretaria que se percebe o reavivamento de formas populistas de manipulação do poder).

Assim, de um serviço estruturado para ser Serviço Especial, o SESA vai se desestruturando para assumir o modelo de Centro de Saúde I da Reforma.

A observação de campo realizada em 1972 demonstra assim, uma inconsistência de status e papéis, principalmente em relações cruciais da estrutura, como a partir dos seus objetivos finais como campo de ensino e modelo de demonstração de práticas de Saúde Pública.

É o caso de se perguntar até que ponto o SESA não poderia ter sido aproveitado como campo piloto da implantação da Reforma, resguardando-se assim seu "telos" de Ensino, Pesquisa e Demonstração; e também até que ponto a organização informal poderia ter sido aproveitada, na conjuntura em que a ausência de normatização definida ensejou a quebra de uma série de procedimentos administrativos e de pessoal.

Cabe aqui uma descrição de fato, para estudo e discussão dos reflexos da desestruturação formal-informal, a saber:

Reflexos na Organização: O SESA é um tipo de departamentização local, que além das vantagens na execução de objetivos, diretrizes, procedimentos e programas, facilidade de coordenação e maior economia, traz para o

funcionário uma maior identificação com o Serviço, visto serem todos da comunidade para qual servem. Essa identificação estava ameaçada no momento da extensão do atendimento desse pessoal às outras 11 comunidades que lhe são desconhecidas. O desvio de uma orientação "local" de valores para uma abertura, digamos, mais cosmopolita trouxe o impessoalismo e a indiferença. Além disso o tipo de organização escolar em que a graduação de deveres facilitava principalmente a coordenação, delegada a encarregados da Seção encontrava sérias barreiras nos funcionários "novos" absorvidos de outros serviços, os quais constantemente se viam treinados por pessoas diferentes. Neste contexto, o tipo de subordinação linear que repousava na autoridade de uma pessoa e fortalecia a unidade de mando estava sendo substituído por um processo em que o Diretor do Serviço reúne os chefes e encarregados do setor, elementos de órgãos executivos, de linha, que no entanto "funcionam" como staff, um grupo consultivo, informal. Esse processo, num momento de mudança, era visto como uma "debilidade do serviço"...

Reflexos no mando: Na figura do organograma em estudo pelo SESA na fase de transição podia se verificar que a diretoria exerce uma chefia direta, única e linear em relação aos seus subordinados. No momento da observação, a diretoria era exercida pelo médico-assistente do diretor de fato, licenciado. Esse médico-assistente, sanitarista de mais alto grau de carreira, acumula também funções de chefe do Serviço de Epidemiologia e Bio-Estatística e no momento fazia exames médicos para a admissão de motoristas. Na representação gráfica que se segue (fig. 2), se pode verificar que ele está atuando em função assistencial (diagrama "a"), às vezes é o próprio diretor (diagrama "b") com poder de decisão, ao mesmo tempo na epidemiologia, caracteriza-se sua função auxiliar assessora sem decisão (diagrama "c") e as vezes atua em linha, examinando motoristas. No (diagrama "e") o fato de como Epidemiologista ter que se relacionar diretamente com os serviços médicos, pode supor na prática uma autoridade paralela (- - -) à linha de chefia, a qual não foi possível constatar visto ser ele o atual Diretor do Serviço. Essa inconsistência de status se reflete na chefia pessoal e caracteriza a chefia legal, dificultando a Administração.

FIG. 2

DIAGRAMA a)

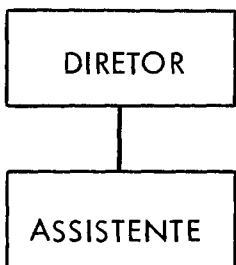


DIAGRAMA b)



DIAGRAMA c)

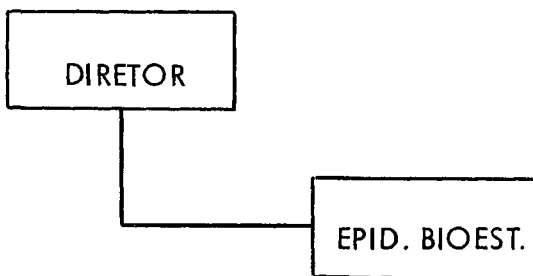


DIAGRAMA d)

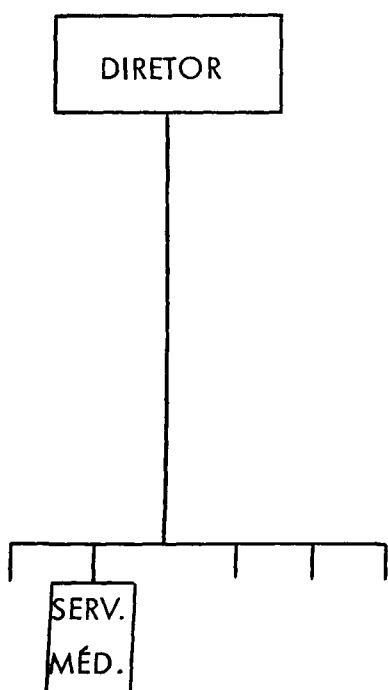
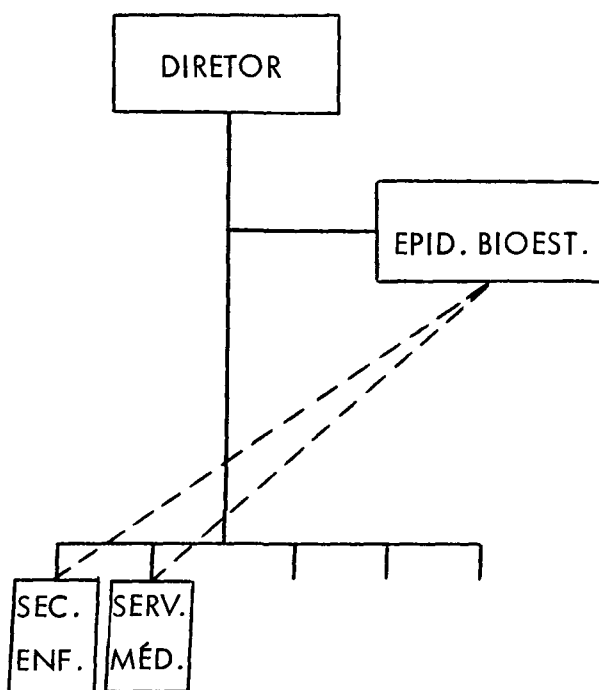


DIAGRAMA e)



Os estímulos "externos", o fato de não estarem completamente normalizados as relações do SESA com o Distrito e com a D.R.S.6 criam uma situação de angústia pessoal, expressa nos seguintes termos - ... "o es pírito do Convênio é de Cooperação; não de Subordinação !"

Reflexos na Coordenação: Já se disse que o processo escalar facilita sobre maneira a Coordenação. Mas cumpre observar que o processo escalar aliado ao número de relações cruzadas que os subordinados podem ter entre si e que no SESA se efetivam na prática, operam dificultando o mando e facilitando a descentralização da chefia; numa estrutura burocrática, a coordenação por meio de reuniões se torna assim exequível. Assim como a hierarquização dos poderes (cada setor tem seu chefe, cada seção um encarregado) facilita o apuro das responsabilidades. Entretanto, absorver funcionários de outros serviços de saúde existentes na estrutura anterior o SESA não contava com a barreira do estilo administrativo herdado no complexo de padrões culturais do funcionalismo público constituído no populismo. A época da observação, a Seção de Saneamento, por exemplo que era chefiada por um fiscal Sanitário de nível de instrução medio, aguardava um Veterinário de Saúde Pública que, pelo seu nível não poderia subordinado ao Fiscal, forçando o desdobramento do Organograma. Siginificativo também é o fato dos Serviços Médicos não possuírem chefe.

Reflexos no Controle: O processo formal de controle é exercido pela Epidemiologia e Bio-Estatística nas condições descritas.

Entretanto, ao nível local se permite a elaboração de dados primários, numa listagem chamada Boletim de Serviços, o qual permite uma avaliação quantitativa. Desta forma, coeficientes, índices e medidas mais refinadas no tocante a Avaliação escapam à Organização local.

Reflexos no Pessoal: O desvio de função, a inconsistência de status são constatados formal e informalmente, partindo dos dados da tabela 1.

(Vide Tabela 1 na página seguinte)

TABELA 1 - Relação de funcionários do SESA deslocados de suas funções de nomeação, setembro de 1972.

Função de Nomeação	Função de Exercício
1 atendente	secretária da Seção de Enfermagem
1 escriturário	chefe da Seção de Administração
1 atendente	escriturário do Setor de Expedição
1 escriturária	secretária do Diretor
1 servente	auxiliar de almoxarifado
1 inspetor	chefe da Seção de Saneamento
1 servente	fiscal sanitário da Seção Saneamento
1 servente	estagiando para fiscal de Saneamento
1 atendente	encarregado de manutenção
1 atendente	encarregado da Estatística
1 fiscal sanitário	auxiliar de estatística
1 atendente	auxiliar de estatística
1 auxiliar de laboratório	setor de imunizações
1 servente	?
1 chacareiro	servente
11 atendentes	auxiliar de Saúde Pública
11 fiscais sanitários	auxiliar de Saúde Pública

FONTE: Dados Administrativos fornecidos pelo SESA.

O fato de 37 dos 96 funcionários estarem deslocados tem sua expliação no presente (a inexistência de carreiras na administração sanitária) e no passado, quando as nomeações tinham caráter de barganha política. A inadequação da política de pessoal na administração pública força expedientes a nível do Serviço, como deslocar funcionários de suas funções por problemas pessoais de relacionamento. As entrevistas demonstraram um alto grau de insatisfação sentido e expresso. A época do trabalho de campo, teve-se a oportunidade de acompanhar o trabalho de duas estudantes da Comunidade, encarregadas de realizar o Censo Pessoal da Universidade de São Paulo: pode-se constatar quão freqüentes eram as confusões que os funcionários faziam ao responder ao quesito: "Quem é seu chefe?".

O problema da burocratização na Avaliação é sentido pelos encarregados do setor: depoimentos pessoais ridicularizavam as modificações amiúdes ocorridas nas circulares e adendos.

O pessoal do antigo Departamento de Profilaxia da Lepra "não aceita" a integração sob comando único: por ser um Serviço técnico especializado, ele deve receber supervisão técnica da Divisão Regional. Frequentemente a supervisão colide com o mando, segundo as imagens verbalizadas nas entrevistas. Neste particular, a sensação de "perda de status" é uma barreira e no remanejamento de funcionários a época da integração na unidade sanitária, os funcionários "escolhidos a dedo" foram lotados no setor e os demais postos à disposição para outros setores do serviço, e se sentem rejeitados.

As imagens mais negativas das verbalizações dos funcionários incidiam sobre o Rodizio. Em termos formais o Rodizio tem amplas vantagens, na integração de um serviço. Entretanto, numa situação de mudança, ele operava como mais um elemento desagregador e impedia a nova reestruturção.

A Reestruturação: No período atual o Centro de Saúde I de Araraquara cumpre as suas funções de centro da rede e quem acompanha as atividades finais do centro, pouco apreende os descompassos da sua história. Define-se hoje como Centro de Saúde I, prevalecendo os objetivos finais de atindimento à população.

A Universidade deixou de assumí-lo como campo de ensino passando também ela por uma Reforma que reduziu sua autonomia.

A Faculdade de Saúde Pública tende a assumir embora ainda não expressamente compromissos com a Rede oficial como um todo: é cada vez mais crescente o número de seus professores que está trabalhando em órgãos oficiais, empresas públicas e até privadas. Não se pode afirmar que esta atividade seja um compromisso global da instituição.

A ideologia do Serviço Especial se contrapõe, pelos elementos liberais de sua composição, à estruturação formal racional-legal que o Sis

tema de Saúde como um todo está assumindo no país e que tem em São Paulo sua forma mais avançada.

3.5. CONCLUSÃO

A medida que uma estrutura de saúde, em sua cristalização de relações, vai perdendo a capacidade de resolver problemas em seus diversos níveis, instalam-se pressões sociais cuja evolução vai ser determinada pelo contexto político.

O SESA surgiu como modelo experimental num momento de abertura da sociedade e se propôs a atender as necessidades de saúde através de canais formalizados.

À medida que, em funções do contexto político emerge uma estrutura formal racional-legal para atender às necessidades de saúde, o SESA perde sua razão de ser como elemento extra-legal e vai ser absorvido pela nova ordem estrutural.

Estas constatações são um ponto de partida, para uma discussão mais ampla da viabilidade de modelos experimentais de atenção médica, em função do contexto político e da estrutura racional-legal.

As relações humanas e sociais desenvolvidas dentro de uma instituição vão refletir processos mais amplos dentro da sociedade, como a urbanização, industrialização, burocratização e modernização.

O reconhecimento desses processos pode ser de grande valia para o Sanitarista, quando ele compreende o papel histórico e social que lhe compete no Desenvolvimento do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANAIS do II Congresso Brasileiro de Higiene, Belo Horizonte, Brasil, 1924.
2. ANAIS do VII Congresso Brasileiro de Higiene de São Paulo, Brasil, 1948.
3. CARNEIRO, J. F. Imigração e Colonização do Brasil, Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, 1950.
4. DONNANGELO, M.C.F. Medicina e Sociedade São Paulo, Soc. Pioneira, 1975.
5. FREIRE, J.P. e tal Cooperação em Saúde Pública. Experiência do Serviço Especial de Saúde de Araraquara. IN Anais do IX Congresso Brasileiro de Higiene. Novembro de 1951, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 1952.
6. HAIRE, M. Psicologia aplicada à administração. São Paulo, Soc. Pioneira 1969.
7. KOWARICK, L. Estratégias do Planejamento Social no Brasil, São Paulo, Caderno Cebrap.
8. MASCARENHAS, R. dos S. - Introdução à administração Geral. São Paulo, 1972. (Apostila da Disciplina de Administração Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da USP).
9. MILLER, D.C. & FORM W:H: - Industrial Sociology apud.
BROWN, J.A.C.-A psicologia social na indústria: relações humanas na fábrica. São Paulo, Ed. Atlas 1967 pág. 105.
10. REDIN, W. J. - Rumo à Organização Flexível, In REV: IDort jan/fev 1972.
11. ROSÁRIO, N. DO - Oswaldo Cruz e a questão da saúde. Trabalho apresentado na XXVIII Reunião Anual da Sociedade para o Progresso da ciência, Brasília, 1976.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. LOPES, J.R.B. - Desenvolvimento e Mudança Social. São Paulo, Edição Nacional, 1968.
2. MASCARENHAS, R. dos S. - Contribuição para o Estado da Administração Sanitária Estadual em São Paulo-1949. 564 pg. (Tese de Docên
cia-livre Fac. Hig. e Saúde Pública da USP).
3. MASCARENHAS, R. dos S. e RAMOS, R. - Rev. Serv. Saúde Pública Rio de Janeiro, 12-05-1966.
4. MONTEIRO, A.P.C. e tal Braes de Funcionamento do Serviço Especial de Saúde de Araraquara. Arq. Fac. Hig. São Paulo, 18: 93 , 109 1964.
5. PRADO JR. C. - História Econômica do Brasil, São Paulo, Ed. Brasilien
se, 1962.
6. SÃO PAULO (estado) Secretaria da Saúde Reforma Administrativa da Se
cretaria de Estado da Saúde. Coletânea de textos legais e regulamen
tares 1967-70 São Paulo 1971.
7. USP Faculdade de Saúde Pública, Relatório Anual das Atividades do Ser
viço Especial de Saúde de Araraquara de 1971. São Paulo, 1972.
8. USP Faculdade de Higiene e Saúde Pública Regulamento, 1968.
9. WITT, A. - Importância e aproveitamento da organização informal. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 3 (2):203-2 = 2.dez.1969.

SELMA SPINELLI ROSSI

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA EVOLUÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE
SAÚDE - ANÁLISE DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA-S.P.
(1947 - 1972)

RESUMO: Procurou-se enfocar a atual organização "de fato" do Serviço Especial de Saúde de Araraquara, à luz das transformações histórico-administrativas - por que vem passando o Estado de São Paulo.

Deu-se especial atenção, aos reflexos das distorções estruturais, nas relações informais do pessoal atualmente lotado no Serviço.

SUMMARY: The administrative organization of the Public Health Special Service in Araraquara is analysed in relation to social, political and historic situation of the state of São Paulo, Brazil.

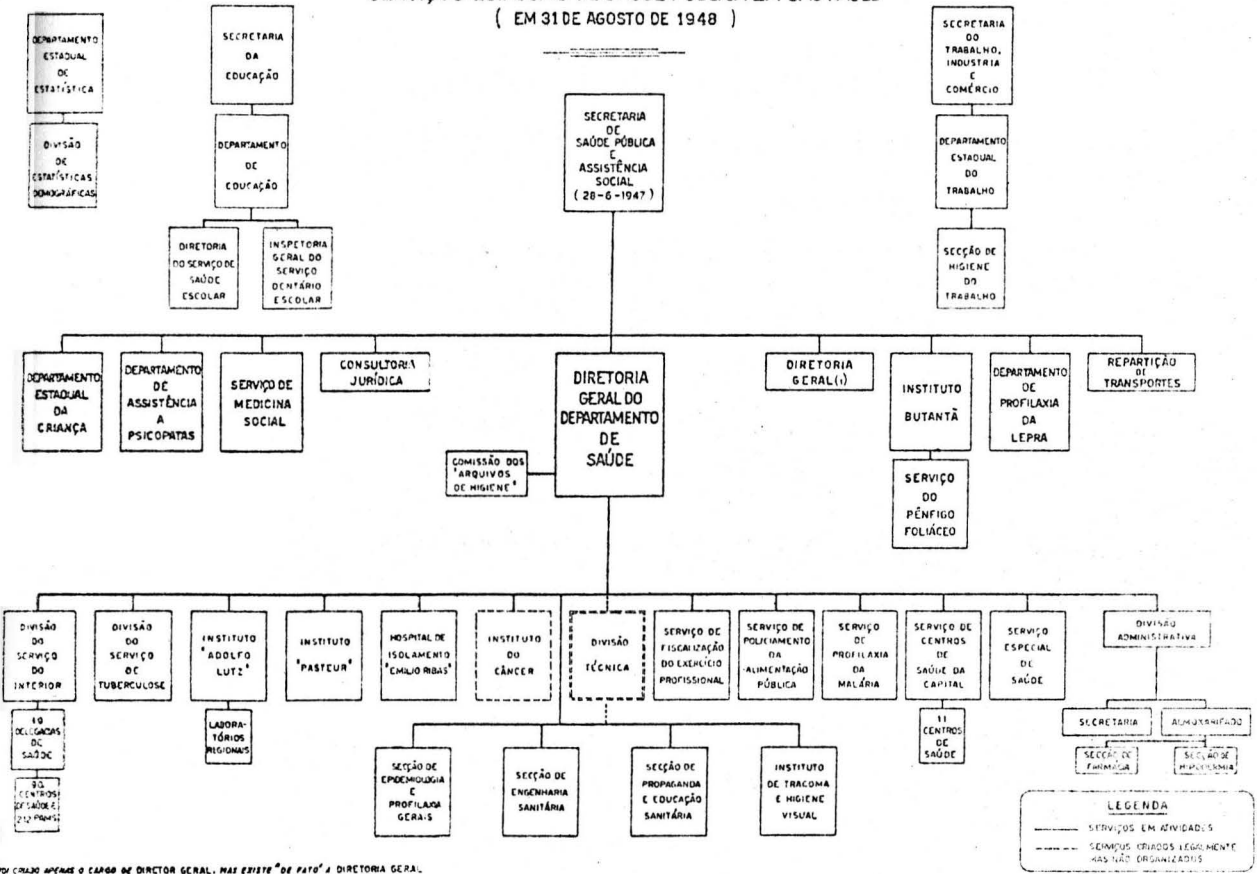
Special attention was done to the implications of those structural disturbances upon the relationship of the personnel.

A N E X O S

ANEXO 1

GRÁFICO Nº 13

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (EM 31 DE AGOSTO DE 1948)



EM 31 DE AGOSTO APENAS O CARGO DE DIRECTOR GERAL. MAS EXISTE "DE PATO" A DIRETORIA GERAL.

LEGENDA
 ——— SERVIÇOS EM ATIVIDADES
 - - - - - SERVIÇOS CRIADOS LEGALMENTE MAS NÃO ORGANIZADOS

A N E X O 2

Da Criação do SESA: O serviço Especial de Saúde foi criado em 02-07-47 pelo Decreto-Lei nº 17357 aqui transcrito:

Artigo 1º : É criado diretamente subordinado à Diretoria Geral do Departamento de Saúde, da Secretaria de Estados de Negócios de Saúde, o Serviço Especial de Saúde.

§ Único : O serviço Especial de Saúde, ora criado, com ação no município de Araraquara, funcionará como unidade Sanitária, e nessa conformidade lhe são conferidas todas as atividades de saúde pública, inclusive a aplicação das leis sanitárias atribuídos aos Centros de Saúde ou a outros órgãos de saúde pública.

Artigo 2º : Para efeito de disposto no Decreto-Lei nº 14.851 de 10 de julho de 1945, combinado com o parágrafo único do artigo 235 do decreto-lei nº 15.549-A de 15 de janeiro de 1946; o serviço especial de saúde servirá como Centro Rural de Aprendizado da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Artigo 3º : As atividades de ensino e pesquisa efetuados no serviço especial de saúde, serão planejadas e orientados na sua execução pelo Professor de Parasitologia e Higiene Rural, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública.

Artigo 4º : O Serviço Especial de Saúde será orientado por um conselho composto de 5 membros, do qual farão parte obrigatoriamente o Diretor Geral, o Diretor de Divisão do Serviço de Interior do Departamento de Saúde, o Professor de Técnica de Saúde Pública, e o Professor de Parasitologia e Higiene Rural, ambos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, e o Prefeito Municipal.

Parágrafo único : O Diretor Geral do Departamento de Saúde, será o Presidente do Conselho a que se refere este artigo.

Parágrafo 2º : A indicação do pessoal que deverá servir no serviço especial de saúde, será feita pelo Conselho de que trata o presente artigo.

Artigo 5º : O Serviço Especial de Saúde será dirigido por um médico sanitарista diplomado, em gratificação prevista em lei ou mediante contrato, quando se tratar de pessoa alheia ao quadro do funcionalismo.

Parágrafo único: O médico que dirigir o serviço especial de Saúde terá, no processo de infração das leis sanitárias, e competência - atribuída a Diretor do Serviço do Departamento de Saúde.

Artigo 6º : Todos os serviços oficiais de saúde existentes no Município de Araraquara ficam com suas instalações e materiais para o serviço especial de saúde.

A N E X O 3

Decreto-Lei nº 4.846 de 4 de setembro de 1958, aqui transcrito:

(Dispõe sobre a transferência para a Universidade de São Paulo, dos serviços Especial de Saúde, criado pelo Decreto-Lei nº 17357 de 2 de julho de 1947 e dá outras providências). São os 1ºs 10 anos.

Artigo 1º: Fica transferido para a Universidade de São Paulo, como Instituto Complementar da mencionada Universidade, o Serviço Especial de Saúde, criado pelo Decreto-Lei nº 17357, de 2 de julho de 1947.

Parágrafo único: O órgão a que se refere este artigo passa a subordinar-se diretamente à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da U.S.P., universidade autônoma.

Artigo 3º: O Serviço Especial de Saúde, que será o Centro Rural de -
Aprendizado da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, será orientado por um Conselho composto de 5 (cinco) membros, do qual farão parte, obrigatoriamente, o Diretor, o Professor de Parasitologia e Higiene Rural e o Professor de Técnica de Saúde Pública, todos da referida Faculdade, o Diretor Geral do Departamento de Saúde e o Prefeito Municipal de Araraqura, a Faculdade assume...

A N E X O 4

O Convênio Secretaria Saúde/Faculdade de Saúde Pública.

Em processo nº 1347/71, Livro 5, fls. 75v/77: "Convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde, representada pelo seu Secretário, Prof. Walter Sidney Pereira Leser, neste ato e daqui por diante designada "Secretaria" e a Universidade de São Paulo através da Faculdade de Saúde Pública, representada pelo seu Diretor, Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas, neste ato e daqui por diante designada "Faculdade":

Aos oito dias do mês de março do ano de mil e novecentos e setenta e um, na sede da Secretaria de Estado de Saúde, conforme autorização do Senhor Governador do Estado, em 3 de março de 1971, a fls. 24 do Processo nº 1347/71 entre as partes, de um lado a Secretaria de Estado da Saúde, representada pelo seu Secretário, Professor Walter Sidney Pereira Leser e, de outro, a Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Saúde Pública, representada pelo seu Diretor Rodolfo dos Santos Mascarenhas, é assinado o presente Convênio que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

Cláusula primeira: O Serviço Especial de Saúde de Araraquara, criado pelo Decreto nº 17.357/47 e transferido para a Universidade de São Paulo pela Lei nº 4.856/48, servirá como Centro de Saúde I no Distrito de Araraquara, nos termos do Decreto nº 52.182/69.

Cláusula segunda: O Serviço Especial de Araraquara, dentro de suas possibilidades, se obriga:

1. a prestar, em Araraquara, Serviços executando o programa desenvolvido previsto no Ítem 4, do inciso III do artigo 2º do Decreto 50.192, de 13 de agosto de 1968;
2. a prestar, quando solicitado pelos órgãos regionais ou distritais da Secretaria, assessoria técnica às unidades sanitárias sediadas na área do Distrito Sanitário;
3. a prestar, quando solicitado pelos órgãos competentes da Secretaria, atividades de Prestação de Serviços junto às populações da área do Distrito Sanitário de Araraquara;
4. A seguir as normas técnicas especializadas da Secretaria;
5. A enviar aos órgãos competentes da Secretaria os relatórios de suas atividades dentro da sistemática adotada pela mesma.

A N E X O 5

Portaria SS - C.G. nº 8, de 06.06.1972.

CS-I - Conceituação: Será chefiado por Médico Sanitarista.

III. - Atendimento polivalente e dinâmico. Deverá complementar, nas áreas necessárias, as atividades dos Centros de Saúde II, III, IV e V, na forma - que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais.

Jurisdição: terá jurisdição sobre população de 50.000 a 150.000 habitantes.

Classificação de Atividades: É unidade de prestação de serviço em nível local, destinado a executar programa desenvolvido, compreendendo:

a) Controle de doenças transmissíveis; b) saneamento do meio; c) higiene materna e da criança; d) Assistência Médica Sanitária especializada; e) Controle da Tuberculose e hanseníase; f) Saúde Mental; g) Odontologia sanitária; h) Nutrição; i) Epidemiologia e estatística; j) Enfermagem; l) educação sanitária; m) Laboratório; n) Administração.

PESSOAL: O quadro do pessoal do Centro de Saúde I terá a seguinte lotação máxima:

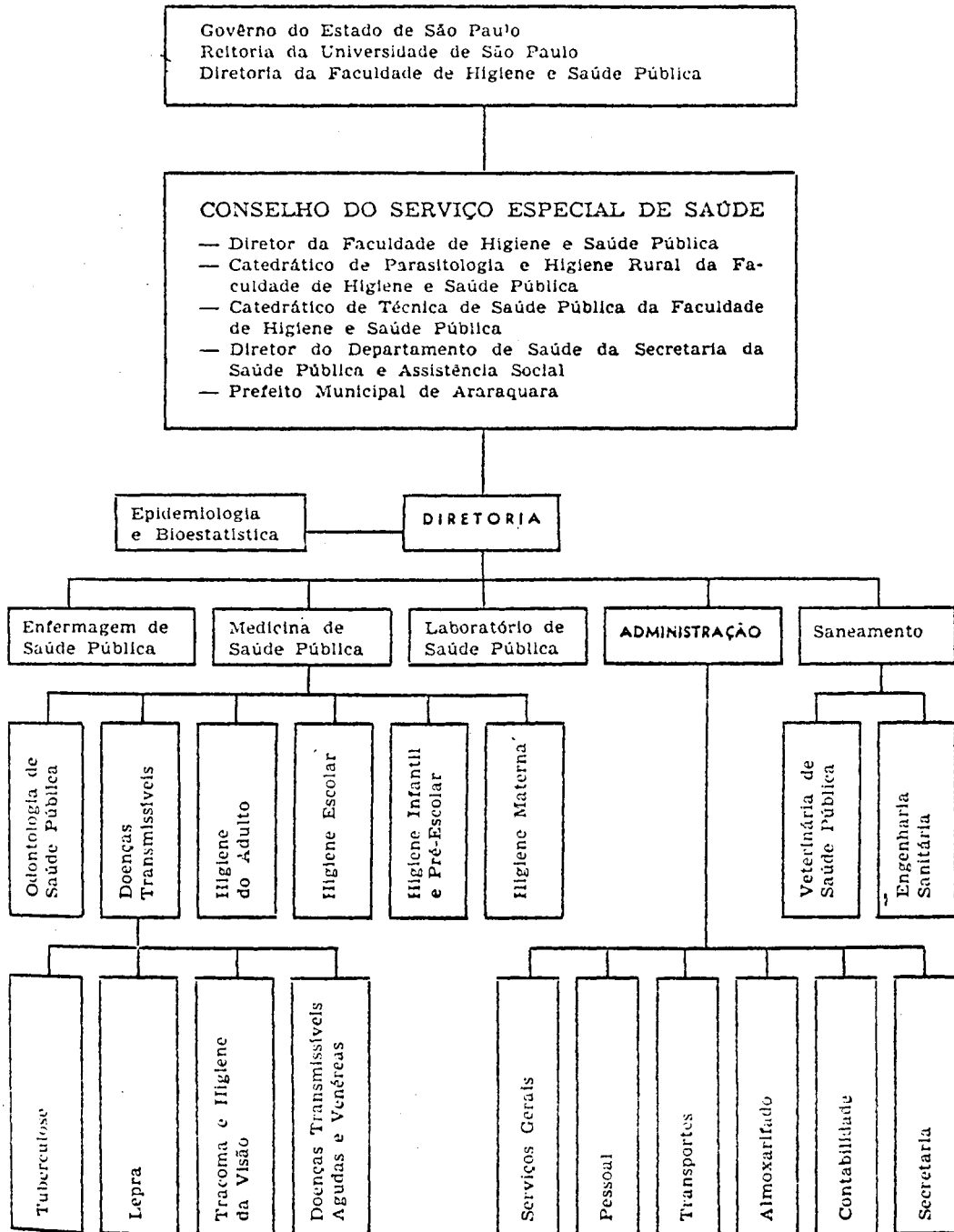
- 1 Médico Chefe Sanitarista III
- 2 Médicos auxiliares Sanitaristas I
- 2 Médicos consultantes como experiência na área de Saúde de Criança
- 2 Médicos consultantes com experiência na área de saúde materna
- 2 Médicos consultantes "Fisiologista" - "Pneumologia"
- 2 Médicos consultantes "Dermatologia" - "Hansenologia"
- 2 Médicos consultantes "Oftalmologistas"
- 1 Médico consultante Psiquiatria
- 2 Médicos consultantes Clínicos Gerais
- 1 Médico consultante Otorrinolaringologista
- 1 Psicólogo
- 1 Assistente Social
- 3 Cirurgiões Dentistas
- 2 Operadores de Raio X
- 1 Técnico de Laboratório
- 2 Educadores Sanitários
- 1 Inspetor de Saneamento
- 12 Fiscais Sanitários
- 12 Visitadores Sanitários
- 7 Escriturários
- 15 Atendentes
- 2 Vigias
- 4 Motoristas
- 6 Serventes
- 2 Obstetrizes.

A N E X O 6

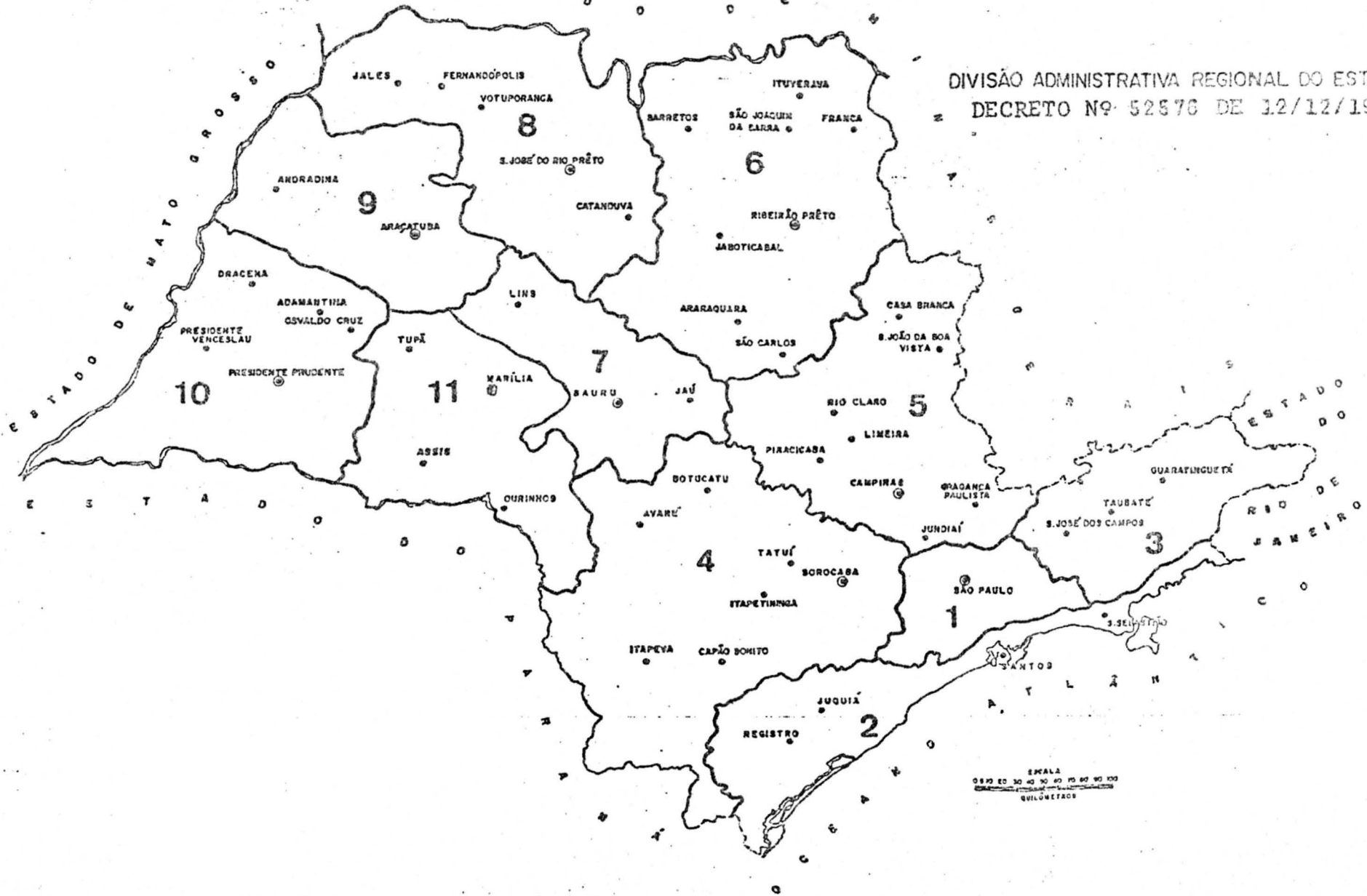
ORGANOGRAMA DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA

CENTRO RURAL DE APRENDIZADO

Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo



DIVISÃO ADMINISTRATIVA REGIONAL DO ESTADO
 DECRETO Nº 52576 DE 12/12/1970



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONFORME DECRETO Nº 52.102, DE 16-7-1969

