

110 anos de luta pelo controle dos fatores de risco nos serviços de saúde

Ricardo Fernandes de Menezes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Fabiola Zioni



**São Paulo
2009**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, do fundo do coração, a um grande amor: Iara.

E às minhas filhas Clarissa e Laura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que, ao longo dos anos, me estimularam a prosseguir.

À Professora Aracy Spinola agradeço pelo apoio inicial.

À Professora Fabiola Zioni pela riqueza de conhecimentos que me transmitiu nas suas disciplinas e, essencialmente, como minha orientadora nestes anos de pesquisa. Não esquecerei sua imensa compreensão.

Aos funcionários do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em especial à Rute, Ana e Fernando, pela preciosa colaboração e confiança.

RESUMO

Introdução: Este estudo aborda a vigilância sanitária de serviços de saúde no estado de São Paulo, desenvolvida sobre a prestação de serviços em estabelecimentos agrupados nas seguintes categorias: a) estabelecimentos de assistência à saúde (promoção e proteção da saúde, diagnóstico, recuperação e reabilitação); b) estabelecimentos de embelezamento e de estética; c) estabelecimentos com componentes de assistência à saúde e de assistência social em função da natureza da clientela (crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas portadoras de dadas enfermidades, entre outros) e d) estabelecimentos de uso coletivo (albergues e assemelhados). **Objetivo:** Verificar, no período estudado (1892 a 2002), a partir de *quando, como e porque* se desenvolveram as ações da vigilância sanitária de serviços de saúde no estado de São Paulo; identificar e descrever os períodos históricos – a República Velha (1892-1930), o Estado Getulista (1931-1945), o Período Democrático (1946-1963), o Regime Militar (1964-1984) e a Redemocratização do país (1985-2002); em cada período histórico identificar e descrever a legislação vigente, o noticiário, relatórios e outros documentos de domínio público emitidos por autoridades sanitárias e governamentais. **Métodos:** Analisou-se, no período do estudo, a *legislação estadual* – desde o primeiro Código Sanitário do Estado publicado no século XIX até os recentes Códigos de Saúde (1995) e Sanitário (1998), acrescidos de outros instrumentos jurídicos e administrativos estaduais, aplicáveis à prestação de serviços nas referidas categorias de estabelecimentos, procurando identificar disposições referentes à estrutura, ao processo de trabalho (procedimentos) e aos resultados; *o noticiário*, a fim de identificar matérias sobre a execução de ações de vigilância sanitária de serviços de saúde em jornais de grande circulação no Estado de São Paulo; *documentos de domínio público* contendo registros diversos emitidos pelas autoridades de saúde ao longo do período e trabalhos acadêmicos que abordam as questões da Saúde Pública e ou relativos à história de São Paulo, na busca de dados sobre a execução de ações de vigilância sanitária de serviços de saúde. **Resultados:** Observou-se que a legislação sempre dispôs sobre os estabelecimentos referidos anteriormente e o poder público estadual sempre contou com órgãos detentores de poder de polícia administrativa. Porém, o desenvolvimento das ações concentrou-se em determinados períodos, não sendo homogêneo nos cinco períodos históricos, o que sugere que a execução das ações de vigilância sanitária de serviços de saúde dependem e são condicionadas – positiva e negativamente – pelos interesses dos governos.

Descritores e palavras-chaves: proteção da saúde; saúde pública; política de saúde; serviços de saúde; vigilância sanitária; história da saúde

ABSTRACT

Introduction: This study focuses on the health surveillance on health services in the state of São Paulo; the development of the health surveillance on the services offered in the establishments grouped in the following manner: a) health care establishments (health promotion and protection, diagnosis and recovery and rehabilitation); b) beauty and esthetic establishments; c) establishments with health care and social assistance according to the users (children, elderly, disabled, specific diseases, among others) and d) establishment of collective use (such as asylums, shelters and related establishments). **Objective:** Verify, given the study period (1892 to 2002), *since when, how and why* has the health surveillance action in the State of São Paulo take place. Identify and describe the historical periods: *República Velha* (1892-1930), *Estado Getulista* (1931-1945), *Democrático* (1946-1963), *Regime Militar* (1964-1984) and *Redemocratização* (1985-2002). In each historical period identify and describe the effective legislation, the newspapers, reports and other public documents written by sanitation and governmental authorities. **Methods:** The *state legislation* was analyzed for the study period – since the first state Sanitation code published in the XIX century to the recent Health Code (1995) and Sanitary Code (1998), and also other state legal and administrative procedures applicable to services offered in health establishments trying to identify disposition related to: structure, work process (procedure) and results; *mass print newspapers* in the state of São Paulo; *public documents* containing diverse entries made by health authorities at the time and *academic studies* on Public Health and or related to the history of São Paulo. **Results:** In the period studied it was observed that the legislation always encompassed the establishments previously referred; state public authority always counted with instruments with administrative police (sanitation) power. However, the development of actions was concentrated on determined historical periods, and it was not homogeneous in the five historical periods. It suggests that the carrying out of health surveillance on health service depends on and is conditioned – positively and negatively – by government interests.

Descriptors and Key words: health care; public health; health policies; health services; health surveillance; health history

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	46
2.1. Objetivo Geral	
2.2. Objetivos Específicos	
3. METODOLOGIA	48
3.1. Pesquisa Bibliográfica	
3.2. Pesquisa Documental	
3.3. Processo de Análise	
4. PROTEÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE	65
4.1. Antecedentes – O Período Monárquico	
4.2. O Período da República Velha (1889-1930)	
4.3. O Período do Estado Getulista (1931-1945)	
4.4. O Período Democrático (1946-1963)	
4.5. O Período do Regime Militar (1964-1984)	
4.6. O Período da Redemocratização do País (1985-2002)	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	215
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	224
ANEXO I	237

Lista de Tabelas

Tabela 1 –	Província e Estado de São Paulo: entrada de imigrantes e expansão demográfica – 1870-1899	20
Tabela 2 –	Brasil – Exportação de Mercadorias (% do valor dos oito produtos principais sobre o valor total da exportação)	66
Tabela 3 –	Coeficientes de mortalidade por tuberculose (todas as formas), febre amarela, varíola e malária, por 100.000 habitantes, Rio de Janeiro, em anos selecionados – 1860, 1870 e 1880-1889.	97
Tabela 4 –	Evolução da constituição formal dos municípios em São Paulo até 1900.	97
Tabela 5 –	Capacidade da Rede Hospitalar. Adaptado de Carneiro, J. Plano SALTE: O Setor Saúde. Imprensa Nacional, 1948.	187

Lista de Quadros

Quadro 1 –	Roteiro para análise da legislação segundo grupo e subgrupos adaptado do modelo de avaliação proposto por Donabedian.	55
Quadro 2 –	Síntese de Documentos de Domínio Público – noticiário e documento institucional produzido por agente público – coletados e analisados segundo anos de confecção no período 1892 a 2002.	63
Quadro 3 –	Relação dos vencimentos dos membros das Comissões de Higiene Pública e dos Provedores de Saúde Pública, a que se refere o Decreto desta data. Anexo ao Decreto nº. 1.338, de 28 de fevereiro de 1854, que Fixa os Vencimentos dos Membros das Comissões de Higiene Pública e dos Provedores de Saúde Pública.	91
Quadro 4 –	TABELA nº. 1 – Vencimentos dos Empregados das Repartições de Saúde: Inspetorias Provinciais de Higiene do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, S. Paulo e Rio Grande do Sul. Inspetorias de Saúde dos Portos Provinciais do Maranhão, S. Paulo e Rio Grande do Sul. Anexo ao Decreto nº. 9.554, de 3 de fevereiro de 1886, que Reorganiza o Serviço Sanitário do Império.	93
Quadro 5 –	Documentos de domínio público – legislação – da República Velha (1892-1930)	99
Quadro 6 –	Documentos de domínio público – institucional – da República Velha (1892-1930)	103
Quadro 7 –	Documentos de domínio público – noticiário – da República Velha (1892-1930)	107
Quadro 8 –	Documentos de domínio público – legislação – do Estado Getulista (1931-1945)	123
Quadro 9 –	Documentos de domínio público – institucional – do Estado Getulista (1931-1945)	124
Quadro 10 –	Documentos de domínio público – noticiário – do Estado Getulista	128
Quadro 11 –	Documentos de domínio público – legislação – do Período Democrático (1946-1963)	145
Quadro 12 –	Documentos de domínio público – institucional – do Período Democrático (1946-1963)	146
Quadro 13 –	Documentos de domínio público – noticiário – do Período Democrático (1946-1963)	149

Continua

Lista de Quadros

	<i>Continuação</i>
Quadro 14 – Documentos de domínio público – legislação – do Período Militar (1964-1984)	171
Quadro 15 – Documentos de domínio público – institucional – do Regime Militar (1964-1984)	172
Quadro 16 – Documentos de domínio público – noticiário – do Período Militar (1964-1984)	175
Quadro 17 – Documentos de domínio público – legislação – da Redemocratização do país (1985-2002)	201
Quadro 18 – Documentos de domínio público – institucional – da Redemocratização do país (1985-2002)	202
Quadro 19 – Documentos de domínio público – noticiário – da Redemocratização do país (1985 – 2002)	205

Lista de Figuras

Figura 1 –	São Paulo Dividido por Zonas	116
Figura 2 –	Organização dos Serviços – Centro de Saúde Distrital.	119
Figura 3 –	Propaganda do medicamento “Pílulas Rosadas do Dr. Williams”. Correio Paulistano, São Paulo, 2 maio 1909. p. 5. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	120
Figura 4 –	Propaganda do medicamento “Salsa de Hollanda”. Correio Paulistano , São Paulo, 3 nov. 1912. p. 5. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	120
Figura 5 –	Propaganda do medicamento “Gottas Salvadoras das Parturientes do Dr. Van Der Laan”. Correio Paulistano , São Paulo, 5 nov. 1912. p. 10. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	121
Figura 6 –	Consolidação das leis sanitárias do Estado de São Paulo. Diretoria Geral do Serviço Sanitário. Janeiro de 1935. (Fotografia de capa de livro do Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/CCD/SES-SP)	142
Figura 7 –	Propaganda do cosmético “POND’S”. Correio Paulistano , São Paulo, 28 jan. 1939. p. 23. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	143
Figura 8 –	Reportagem: Extinção do manicômio da Vila Guilherme. Correio Paulistano , São Paulo, 18 mar. 1939. p. 3. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	143
Figura 9 –	Consolidação das Leis e Decretos Aplicados pelo Departamento de Saúde Precedida das Leis Sanitárias Reduzidas a Texto Único.	164
Figura 10 –	Editorial “Comandos sanitários”. Correio Paulistano , São Paulo, 17 jan. 1948. p.1. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	165
Figura 11 –	A ação dos “Comandos sanitários”. Correio Paulistano , São Paulo, 28 jan. 1948. p. 12. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	165
Figura 12 –	Reportagem: Os “comandos” dirigiram a sua ação também para os hospitais de São Paulo. Correio Paulistano , São Paulo, 1 fev. 1948. p. 5. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	166
Figura 13 –	Reportagem: Os “comandos” vão vistoriar as barbearias. Correio Paulistano , São Paulo, 10 mar. 1948. p. 12. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	166
Figura 14 –	Editorial: Os “comandos” vieram forçar a impressão de que o S.P.A.P. existe. Correio Paulistano , São Paulo, 07 maio 1948. p. 12. (Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)	167

Continua

Lista de Figuras

Continuação

- Figura 15 – Reportagem: Os “comandos sanitarios” reiniciaram ontem as visitas a hospitais e colégios. **Correio Paulistano**, São Paulo, 15 jun. 1948. p. 16. 168
(Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)
- Figura 16 – Reportagem: Interditado pelos “comandos” o Hospital S. Francisco de Assis. **Correio Paulistano**, São Paulo, 16 jul. 1948. p. 2 e 12. 168
(Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)
- Figura 17 – Reportagem: O êxito dos “comandos sanitarios” se deve em grande parte ao noticiário da imprensa. **Correio Paulistano**, São Paulo, 17 set. 1948. p. 2 e 11. 169
(Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)
- Figura 18 – Reportagem: Rigorosa visita a partir de hoje nos hospitais, laboratórios e farmacias. **Correio Paulistano**, São Paulo, 17 jun. 1955. p. 8. 169
(Fotografia de microfilme do Arquivo Público do Estado de São Paulo)
- Figura 19 – Editorial: Ameaça à saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 jun. 1971. p. 1, 6. 199
(Fotografia de original do Arquivo Público do Estado de São Paulo)
- Figura 20 – Reportagem: infecção hospitalar. **Folha de São Paulo**, São Paulo maio 1997. p. 3, 5 215
(Fotografia de original do acervo próprio)
- Figura 21 – Reportagem: contaminação em berçário hospitalar. **Folha de São Paulo**, São Paulo, dez. 1997. 216
(Fotografia de original do acervo próprio)

APRESENTAÇÃO

O estudo que me incumbiu de apresentar tem como finalidade a conclusão do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, mestrado, área de concentração em Serviços de Saúde Pública.

O tema do estudo é a vigilância sanitária – a forma mais complexa de existência da Saúde Pública e também a sua configuração mais antiga¹ –, campo de conhecimento especializado que vem a ser o instrumento de intervenção do Estado na realidade sanitária visando garantir a *promoção e proteção da saúde* das pessoas.^{2 3 4} Nele aborda-se o desenvolvimento, no estado de São Paulo, das ações de vigilância sanitária de serviços de saúde incidentes sobre a prestação de serviços em estabelecimentos que, em face de suas características e finalidades, podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) estabelecimentos de assistência à saúde (promoção e proteção da saúde, diagnóstico, recuperação e reabilitação); b) estabelecimentos de embelezamento e de estética; c) estabelecimentos com componentes de assistência à saúde e de assistência social em função da natureza da clientela (crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas portadoras de dadas enfermidades, entre outros) e d) estabelecimentos de uso coletivo (albergues e assemelhados).

Diversos fatos e experiências, desde o período em que freqüentei o curso de especialização em Saúde Pública, foram se sucedendo na carreira profissional e à medida que ocorriam, um a um, ensejavam a reflexão, engendrando, assim, um processo contínuo, o qual resultou na percepção inabalável de que a efetiva execução das ações de vigilância sanitária, com clara priorização daquelas relativas aos serviços de saúde, é essencial na implementação de *políticas públicas de saúde* voltadas para a defesa da

vida de todas as pessoas (ZIONI e ALMEIDA⁵, 2009). Nesse sentido, explicitarei alguns desses fatos e experiências.

No ano de 1979, findo o curso de graduação em medicina e equacionada a dúvida entre trilhar carreira no campo da clínica ou da saúde coletiva em favor dessa última opção, se impôs freqüentar o curso de especialização em Saúde Pública, pré-requisito indispensável para trabalhar na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) – instituição que no processo de reforma do Serviço Público Estadual, ocorrida de 1967 a 1969,⁶ havia instituído a carreira de médico sanitarista⁷ e, no início de 1976, mediante convênio com o Ministério da Saúde e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, criado o curso concentrado para formação de médicos sanitaristas, o que passou a permitir especializar duas turmas de 60 alunos por ano, de modo a acelerar o preenchimento das lacunas existentes nos quadros da carreira.⁸

Neste curso de especialização, em dadas disciplinas, eram apresentadas as políticas relativas aos problemas de saúde pública, então prioritários, em curso no país e no estado. Com isso, ainda que por mecanismos indiretos, aos poucos se conhecia a estrutura organizacional da SES-SP⁹ que chamava a atenção por duas características centrais: a inserção de instâncias técnico-administrativas afetas à epidemiologia perpassando toda a estrutura¹⁰ e a existência de diversos órgãos cujas atribuições diziam respeito ao campo da proteção da saúde ou, mais precisamente, às ações de vigilância sanitária de serviços de saúde, de produtos de interesse da saúde e do meio ambiente, pois as ações de controle sanitário de ambientes de trabalho haviam sido transferidas da Secretaria de Estado da Educação e da Saúde Pública para a Secretaria de Estado do Trabalho, Indústria e Comércio, criada por meio do Decreto-Lei nº. 16.401, de 3 de dezembro de 1946.¹¹ No tocante à vigilância sanitária de serviços de saúde as ações eram executadas pelos seguintes órgãos:

a) na Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), órgão subordinado ao Secretário de Estado da Saúde, pela Divisão do Exercício Profissional (DEP), organizada por Decreto de 6 de abril de 1970. A essa

divisão competia o controle dos estabelecimentos de interesse da saúde pública, de dadas *tecnologias médicas*,^{* 12} inclusive do emprego e uso de radiações ionizantes, e a fiscalização do exercício profissional na Região da Grande São Paulo e, em relação às demais nove Regiões de Saúde do estado, lhe eram atribuídas funções normativas e o registro de diplomas e títulos (no território do estado de São Paulo, na ocasião, existiam 10 Regiões de Saúde).

Os estabelecimentos médico-hospitalares eram controlados por outro órgão;

b) na Coordenadoria de Saúde da Comunidade, pelas nove Divisões Regionais de Saúde (DRS) do interior do estado, através de suas Seções de Exercício Profissional, às quais competiam as mesmas atribuições técnicas exercidas na Região da Grande São Paulo pela DEP acima mencionadas;

c) na Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH), órgão subordinado ao Secretário de Estado da Saúde, pelo Departamento de Técnica Hospitalar (DTH), a princípio através da Divisão de Fiscalização (Serviço de Fiscalização e Serviço de Registro e Cadastro) e da Seção de Planejamento Hospitalar, ao qual competia, entre outras atribuições, o controle de estabelecimentos médico-hospitalares: clínicas ou ambulatórios médicos, Unidades de Urgência e Emergência (Pronto Socorros ou, como classificava o Código Sanitário de 1970,¹³ Postos de Atendimento de Urgência – PADU) e hospitais.

Em 1986, no processo de reforma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, concebeu-se a unificação da coordenação dos órgãos de proteção da saúde estaduais e foi, então, criado o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), através do Decreto nº. 26.048, de 15 de outubro de 1986,¹⁴

* De acordo com a definição do Escritório de Avaliação de Tecnologia do Congresso dos Estados Unidos da América (Office of Technology Assessment – OTA), criado pela Lei 92-482, de 13 de outubro de 1972 (Technology Assessment Act of 1972), que funcionou até 1995, *tecnologia médica* é o conjunto de técnicas, drogas, equipamentos e procedimentos usados na assistência médica e os sistemas dentro dos quais é fornecida. Abrange todos os elementos da prática médica conhecidos, incluindo tecnologias duras (por exemplo, instalações e equipamentos) e leves (por exemplo, conhecimento e habilidades), sendo empregadas tecnologias médicas com as seguintes finalidades: prevenção, diagnóstico, tratamento, apoio e organizacional.

que *Extingue unidades da Secretaria da Saúde, dispõe sobre o Centro de Vigilância Sanitária e dá providências correlatas*. Conferiu-se ao CVS amplas atribuições de coordenação e execução das ações de vigilância sanitária referentes aos serviços de saúde, aos produtos relacionados à saúde, às ações sobre o meio ambiente e aos ambientes de trabalho.

Já como médico sanitário dos quadros de carreira da Administração Pública Estadual trabalhei na Divisão de Serviços de Saúde do CVS, de 1994 a 2002, e, a partir desse ano, passei a trabalhar na Divisão de Produtos Relacionados à Saúde do órgão.

Atuar, particularmente na vigilância sanitária de serviços de saúde, colocou-me em contato com situações – umas antes inimagináveis, outras exibindo a exposição rotineira de usuários e trabalhadores a riscos à sua saúde – reveladoras de inadequações estruturais inaceitáveis, emprego equivocado de dadas tecnologias médicas, descumprimento com a execução de procedimentos e, não raro, desinformação técnica.

Com o presente estudo, no fundo, pretende-se chamar a atenção para o fato de que aqueles problemas somente serão prevenidos, minimizados ou eliminados, caso o poder público, através de órgãos do Estado, venha a desenvolver política pública de saúde que inclua o controle, a fiscalização e o monitoramento *permanentes* das categorias de estabelecimentos mencionadas anteriormente, especialmente os de assistência à saúde.

Afinal, está se tratando do traço distintivo do campo da saúde nas sociedades modernas: a defesa da vida das pessoas!

1. INTRODUÇÃO

Em meados do século XIX, se definiu a predominância de um produto relativamente novo no mercado mundial, cujas características de produção correspondiam às condições ecológicas do Brasil: o café. Inicialmente, sua produção esteve concentrada na região montanhosa próxima do Rio de Janeiro e não distante de localidades que contavam com abundância relativa de mão-de-obra, em consequência da desagregação da economia mineira. Ao terminar o último quartel desse século, havia surgido o produto que propiciaria ao país reintegrar-se nos fluxos em expansão do comércio internacional. Era, no entanto, necessário resolver o problema da escassez de mão-de-obra. A partir de 1860, com a melhora nos preços do café, agravou a questão da insuficiente oferta de mão-de-obra, pois, internamente, não avançou a idéia de um recrutamento amplo financiado pelo governo, tanto de mão-de-obra originária da agricultura de subsistência de baixa produtividade quanto da massa da população urbana sem ocupação permanente. A solução veio, quando o governo imperial, em 1870, passou a arcar com os gastos da viagem dos imigrantes que viriam para a grande lavoura (FURTADO)¹⁵ e, a partir de 1871 através de sucessivas leis (1871, 1880, 1884, 1886, 1887 e 1884), a Assembléia Provincial de São Paulo aprovou também a concessão de passagens gratuitas aos imigrantes que se destinassem à agricultura.^{15 16 17} Estavam, assim, lançadas as bases para a expansão da produção cafeeira no estado de São Paulo: o número de imigrantes europeus foi de cerca de 13 mil na década de 1870, 184 mil na seguinte e 609 mil no derradeiro decênio do século*. O total, no último cartel do século XIX, foi 803 mil, sendo 577 mil provenientes da Itália.¹⁵

* Anuário Estatístico do Brasil - 1937-1939, Apêndice, citado por FURTADO,¹⁵ 2007. p. 118.

Deste modo, já em 1887, quando o total de imigrantes entrados foi de 53.012 (1884-1887), constatava-se que a capacidade de absorção de mão-de-obra pela lavoura cafeeira havia atingido o máximo. A política de imigração, ao criar uma oferta de trabalhadores superior às necessidades da lavoura, acirrava a concorrência entre os trabalhadores e mantinha baixa a taxa salarial. De tal política não resultou somente salários baixos, mas a expansão demográfica (Tabela 1) que gerou problemas sociais graves – aglomeração urbana crescente, falta de moradia, insalubridade, higiene pública precária e epidemias.¹⁶

De acordo com RIBEIRO,¹⁶ o Estado – *lato sensu* –, debruçou-se sobre a constituição do mercado de trabalho livre e a organização da força de trabalho para o capital, inaugurando uma experiência radicalmente distinta de todas as outras experiências históricas de formação do mercado de trabalho assalariado. Ao fazê-lo, assumiu um novo papel e colocou-se a necessidade de que a ação estatal continuasse a se dar para além da organização do fluxo migratório, ou seja, na montagem de uma infraestrutura institucional que atendesse questões vinculadas à população, como saúde e higiene pública. Na realidade, em tais termos, a intervenção política deveria transcender o organizado no passado, durante a sociedade escravocrata, pois, nessa, a saúde da massa de trabalhadores escravizados não dizia respeito ao Estado, mas sim à lógica interna da propriedade rural, e a atenção recebida era menor quanto maior fosse a disponibilidade dessa mão-de-obra.¹⁸

Em síntese: aquela autora afirma ser a constituição do mercado de trabalho o ponto de partida para o estudo da Saúde Pública no estado de São Paulo, ao passo que localiza, nos estudos de Rosen e Foucault* sobre as origens da medicina social, a busca do nascimento dos *problemas da população*** na Revolução Industrial, problemas esses que, na sua opinião,

* A autora se refere às seguintes obras: a) ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1980. p. 77-141; b) FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979. p. 78-98 e 286.

** Grifo da autora.

entre nós se ligaram à transição do trabalho escravo ao trabalho livre e à especificidade do processo de formação do mercado de trabalho assalariado.¹⁶

Tabela 1 – Província e Estado de São Paulo: entrada de imigrantes e expansão demográfica – 1870-1899

População Recenseamentos	N	Imigração Períodos	N
1872	837.354	1870-1874	1.275
		1875-1879	10.055
1890	1.384.753	1880-1884	15.841
		1885-1889	167.664
1900	2.279.608	1890-1894	319.732
		1895-1899	415.253
Total (1900)	2.279.608	..	929.820

Fontes: 1. Recenseamento Geral do Império de 1872 e Recenseamento do Brasil de 1890. Centro Brasileiro de Planejamento e Análise, 2008.

2. Recenseamento do Brasil de 1900. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

3. Memorial do Imigrante - Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.memorialdoimigrante.sp.gov.br/historico/>. Acesso em: 25 jan. 2008.

Assim, em 1891, ano em que o estado de São Paulo recebeu o segundo maior número de imigrantes de toda a década final do século XIX, mais precisamente 108.688 pessoas,¹⁹ iniciou-se a estruturação e regulamentação legal do Serviço Sanitário do Estado. A Lei nº. 12, de 28-10-1891, *Organiza o Serviço Sanitário do Estado*²⁰; a Lei nº. 13, de 7-11-1891, *Torna Obrigatória a Vacinação e Revacinação em todo o Estado*²¹; a Lei nº. 15, de 11-11-1891, *Orça a Receita e Despesa do Estado para o Exercício de 1892*²², prevendo recursos para as estruturas então criadas ou já existentes: Hospício dos Alienados, Repartição de Higiene, Laboratório Químico-Farmacêutico – se organizaria a partir da Farmácia do Estado de São Paulo²³, criada no ano anterior – e socorros públicos e melhora do estado sanitário.

Em 1892 – nesse ano, segundo Blount citado por COSTA²⁴, foi de 46% a participação da rubrica saúde e saneamento no orçamento do estado de São Paulo – iniciou-se o processo de estruturação de uma instituição

longeva e complexa, através da Lei nº. 43, de 18-7-1892, que *Organiza o Serviço Sanitário do Estado*²⁵, a qual abriu caminho para a produção de saber, e de tecnologias, ao instituir quatro laboratórios pioneiros:

- a) laboratório de análises químicas;
- b) laboratório bacteriológico;
- c) instituto vacinogênico, e
- d) laboratório farmacêutico.

A regulamentação da lei que organizou o Serviço Sanitário do Estado, por meio do Decreto nº. 87, de 29-7-1892²⁶, ensejou a publicação do Regulamento de Higiene, instrumento esse que não se circunscrevia às disposições sobre a estrutura organizacional, as competências e as atribuições de dirigentes e profissionais, mas, concisamente, delineava linhas gerais de intervenção na realidade sanitária por parte do novo órgão estadual do setor saúde, as quais foram desenvolvidas conceitualmente em legislação editada nos anos 1893 e – em especial – 1894, quando entrou em vigor o primeiro Código Sanitário do estado de São Paulo – Decreto nº. 233, de 2-3-1894²⁷ – e do Brasil.

A instituição longeva e complexa acima referida, de modo sistemático, propiciou a organização do arcabouço administrativo – propiciador de produção e desenvolvimento científico, fomentador da concepção de tecnologias diversas e mantenedor da prestação de serviços de saúde à população – e a formulação de políticas de saúde ao longo do tempo. Um certo *sentido* fez com que do Serviço Sanitário do Estado vinculado à Secretaria de Estado do Interior (1891-1931), do Serviço Sanitário e do Departamento de Saúde do Estado vinculados à Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública (1931-1947)^{28 29} e da Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social (1947-1967),³⁰ chegássemos à Secretaria de Estado da Saúde Pública (1967-1969)³¹ e, por fim, à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1969)³². E que *sentido* é esse? Determinou-o as características do processo de formação e crescimento socioeconômico do país a partir das últimas décadas do século XIX, bem como a singularidade de sua ocorrência no estado de São Paulo,

sendo que a expressão setorial dessa determinação consolidou as bases de uma cultura sanitária brasileira que, ao evoluir e se aprofundar, traduziu-se pela inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988³³ e sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19-9-90³⁴.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desde a estruturação e regulamentação do Serviço Sanitário do Estado até os dias que correm, tanto no que se relaciona à prestação de serviços de saúde quanto às ações em saúde coletiva, ensejou a emergência de processos tecnológicos inovadores. No caso específico do campo da vigilância sanitária, detectou-se a concepção de processos tecnológicos relacionados à proteção da saúde, em articulação com outras instâncias do Sistema de Saúde nacional, projetando no seu âmbito de atuação o desenvolvimento de atividades de controle de riscos relativos aos estabelecimentos de assistência e de interesse da saúde, aos produtos relacionados à saúde, às ações sobre o meio ambiente e às ações sobre os ambientes e processos de trabalho.

No estado de São Paulo, no período estudado, quando se trata de analisar quaisquer dimensões determinantes ou intervenientes na dinâmica do setor saúde, se trabalha com realidades e instituições complexas. E isso não é menos verdadeiro para o campo de atuação que, lastreado em um conjunto de conhecimentos técnicos, tem como atribuição legal executar ações e atividades de proteção da saúde. Nesse sentido, cabe considerar o seguinte, a saber:

a) de 1892 a 2002, no estado de São Paulo, e também na esfera federal, existiam normas atinentes às quatro áreas clássicas de intervenção dos órgãos de vigilância sanitária – os *serviços de saúde*, os *produtos relacionados à saúde* (em particular alimentos e medicamentos), o *meio ambiente* e os *ambientes ou locais de trabalho* – que possibilitavam o desenvolvimento do trabalho por parte das autoridades sanitárias.

Naturalmente, como decorrência direta do desenvolvimento científico, tecnológico e outros fatores relevantes, as normas são – e devem ser –

constantemente alteradas porque se tornam obsoletas. Mas, se o olhar sobre o passado for acompanhado da compreensão do contexto pretérito que se analisa, ou melhor, da compreensão das suas possibilidades científicas, tecnológicas, culturais e outras, aí se compreenderá que o passado tinha a norma possível naquele momento histórico;

b) de 1892 a 2002, no estado de São Paulo, na estrutura organizacional da Administração Pública Estadual os órgãos responsáveis pelo setor saúde contavam com instâncias técnico-administrativas – órgãos ou serviços ou equipes – que tinham competências e atribuições legais para execução de ações e atividades nas mencionadas áreas de intervenção da vigilância sanitária.

Ressalte-se que, no início do período estudado, os profissionais do campo da saúde pública, ao exercerem suas funções laborais, lidavam com objetos amplos. No entanto, a dinâmica econômica, social e política, ao se expressar nas condições de operação do aparato sanitário, e em suas práticas, determinou a progressão do processo de especialização da sua estrutura organizacional e – ilustrando-o com o que está afeto ao campo da vigilância sanitária de serviços de saúde –, em 1911³⁵ procedeu-se o início da especialização, em 1925 criou-se a Inspeção de Fiscalização da Medicina e Farmácia e de Verificação de Óbitos³⁶, e, em 1935, foi criada a Comissão de Assistência Hospitalar³⁷ cujas atribuições eram amplas em face dos hospitais, inclusive exercendo atividades precípuas de fiscalização e controle desses estabelecimentos.

Ressalte-se, ainda, que a criação do Centro de Vigilância Sanitária (CVS), em 1986, como elemento da reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e sua inserção no plano central da estrutura organizacional da instituição, conferiu *unidade à coordenação* do campo da vigilância sanitária, antes atribuído a diversos órgãos sanitários, no âmbito do estado.

Assim, se, de um lado, contava-se com instrumental normativo e, de outro lado, a Administração Pública Estadual dispunha de instâncias técnico-

administrativas – órgãos ou serviços ou equipes – para intervir na realidade sanitária, a inquietação que originou este estudo pode ser sintetizada por uma simples indagação: *quando, como e por que* os agentes da Administração Pública Estadual de São Paulo iniciaram o desenvolvimento de ações e atividades de vigilância sanitária de serviços de saúde?

Em outras palavras, no período estudado, busca-se detectar a práxis de vigilância sanitária de serviços de saúde no estado de São Paulo.

1.1. DEFINIÇÕES

Reveste-se de singular importância a explicitação do que se entende por *serviços de saúde* – de quais agrupamentos de estabelecimentos está se tratando, ou melhor, qual a natureza e a finalidade da prestação de serviços à população que os legitimam socialmente? – e por *vigilância sanitária* – qual o fio condutor precípua desse campo de atuação e conjunto de conhecimentos em saúde? E não poderia mesmo ser diferente. Afinal, o presente estudo perpassa períodos históricos nos quais significativas transformações - econômicas, sociais, políticas e culturais - se deram na sociedade brasileira, as quais produziram reflexos profundos na organização dos serviços de saúde, nas práticas clínica e sanitária e nos perfis de morbidade e mortalidade do país e do estado de São Paulo, o que demanda abordar sem anacronismo³⁸ o objeto da investigação. Em outras palavras: dos serviços de saúde e das ações e atividades de vigilância sanitária são conhecidos os contextos em que estiveram inseridos em fases históricas anteriores, bem como os desdobramentos posteriores que geraram as suas fases presentes ou atuais, isso é, o desafio inerente ao processo de investigação constitui-se em não projetar a fase atual no passado.

1.1.1. Dos Serviços de Saúde

Os serviços de saúde, em face das características e finalidades que a eles atualmente é associada, são um setor produtivo complexo e historicamente recente.

Desde a Antiguidade, e em organismos sociais distintos, instituições as mais diversas se dedicaram aos doentes, aos militares feridos ou doentes, aos inválidos e aos pobres³⁹. Em relação a esse fato importa sublinhar que, o esforço realizado ao longo da história da humanidade para buscar a cura ou o alívio para as pessoas doentes, aflitas, desvalidas, marginalizadas, idosas, famintas ou submetidas a outras condições geradoras do infortúnio, quando se traduziu na concepção e no *estabelecimento* de instituições, salvo exceções, geralmente aliou entre os seus objetivos lidar, a um só tempo, com problemas de saúde e de assistência social. E a mais duradoura dessas instituições, que ao longo do tempo foi mudando de acordo com as transformações que se operavam nas sociedades das quais faziam parte, foi o hospital⁴⁰.

FOUCAULT⁴¹, ao tratar da política de saúde no século XVIII, na França – e na Europa –, registra que, a rigor, até o fim do século XVII os encargos coletivos da doença eram realizados pela assistência aos pobres. Após fazer menção ao fato de que repartições hospitalares tinham, nas cidades, jurisdição sobre vadios e mendigos, o autor destaca:

Do ponto de vista técnico, a parte desempenhada pela terapêutica no funcionamento dos hospitais na época clássica era limitada, relativamente à ajuda material e ao enquadramento administrativo. Na figura do “pobre necessitado” que merece hospitalização, a doença era apenas um dos elementos em um conjunto que compreendia também a enfermidade, a idade, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados. A série doença-serviços médicos-terapêutica ocupa um lugar limitado e raramente autônomo na política e na economia dos ‘socorros’. (p. 195-196).

Os hospitais europeus do século XVIII, cujo enquadramento médico era na maior parte do tempo insuficiente, complicavam as doenças dos pacientes, quando não difundiam germes patológicos no ambiente urbano. Como técnica geral de saúde a medicina, mais do que serviço das doenças e arte das curas, assumia lugar de crescente importância nas estruturas administrativas e na maquinaria de poder durante esse século⁴¹.

As condições de funcionamento dos hospitais da Europa setecentista não diferia muito dos hospitais instalados no Brasil Colônia no final do século XVIII. Em Ofício, datado de 19 de janeiro de 1779, o Governador da Bahia citado por MACHADO et al.⁴², relatava os danos ocasionados à tropa pela epidemia de varíola ocorrida em Salvador e informava que mesmo quem não tinha sido atingido pela doença, foi vítima de contágio durante o internamento no Hospital Militar da Casa de Misericórdia de Salvador. Dizia o Governador Manuel Cunha Menezes: “tinha sucedido de terem entrado alguns para o hospital com pequenos ferimentos e morreram de bexigas”.

Na verdade, merece ser destacado o enorme intervalo de tempo que separou os avanços do conhecimento no campo da anatomia e da fisiologia patológicas e sua aplicação à prática médica. Corroborando essa afirmação: em 1628, William Harvey descreveu a circulação sanguínea, o emprego do microscópio por Anton van Leewenhoek data de 1673, o sistema muscular foi descrito em 1694 por William Cowper entre outros, em 1761 Giovanni Battista Morgagni descreveu o câncer, a litíase biliar, a pneumonia e a meningite, contudo, a descoberta da vacina contra a varíola por Edward Jenner – primeira medida profilática efetiva – apenas veio a ocorrer em 1798⁴³.

Depois, esperou-se quase meio século até o próximo avanço significativo na técnica médica: em 1843 o norte-americano Oliver Wendell Holmes apontou o mecanismo de transmissão da febre puerperal nas maternidades, de uma paciente para outra, através das mãos contaminadas de médicos e enfermeiras, porém não foi levado a sério. O médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis, em 1847, em Viena, realizou meticoloso estudo e demonstrou ser esse mesmo o mecanismo de transmissão, introduziu em

seu hospital a lavagem obrigatória das mãos de médicos e estudantes de medicina sempre que fossem examinar as pacientes e conseguiu, assim, reduzir as taxas de mortalidade por febre puerperal a níveis bastante baixos, mas a aceitação de suas descobertas foi lenta e seus trabalhos foram divulgados apenas nos anos 1870. Somente na década de 1880, se generalizaram lentamente os cuidados de limpeza no tratamento obstétrico⁴⁴.

Frise-se que, embora descoberto em 1846, o uso de éter como anestésico em procedimentos cirúrgicos, somente veio a acarretar efeitos benéficos após vinte anos.

A aplicação dos métodos antissépticos preconizados por Joseph Lister, cirurgião escocês, publicados em 1867, passaram a ser empregados com maior eficiência na década de 1880.^{43 45}

A assimilação lenta do conhecimento científico pela prática médica se deu da mesma forma que o atraso de incorporação dos avanços da física e da química à produção industrial, o que ocorreu somente com o advento da Revolução Industrial, no término do século XVIII⁴³. E foi justamente no final desse século que se deu o nascimento do hospital moderno, ou melhor, do hospital terapêutico.

A ausência de uma instituição com as características tecnológicas do hospital moderno, as quais serão abordadas concisamente na seqüência, talvez, forneça pistas sobre as razões da incorporação lenta do conhecimento científico à prática médica. Mas é importante ressaltar: o hospital que começou a adquirir contornos um pouco mais precisos nos fins dos anos setecentos inaugurou uma **linhagem de serviços de saúde** que, no século XX, veio a conformar uma unidade social historicamente constituída, detentora de legitimidade social e titular de um monopólio legal que lhe conferia exclusividade na prestação de cuidados de saúde⁴³. Ou seja, uma linhagem de serviços de saúde que, com o passar do tempo, deu lugar a múltiplos estabelecimentos de cuidados de saúde ou estabelecimentos terapêuticos ou estabelecimentos de assistência à saúde.

As características do hospital moderno descritas por FOUCALT⁴¹ são as seguintes:

- a) até o final dos anos setecentos existiam, no Ocidente, em relação à história dos cuidados duas séries não superpostas: as séries médica e hospitalar. O hospital não era instituição médica e nem a medicina hospitalar;
- b) a reorganização do hospital se deu, não a partir de uma técnica médica, mas de uma tecnologia política: a disciplina;
- c) a disciplinarização do espaço hospitalar e a transformação do saber e práticas médicas originaram a medicina hospitalar;
- d) o hospital terapêutico ou o hospital medicalizado passou a ter no médico o principal responsável pela organização hospitalar;
- e) surgiu o médico de hospital e o hospital também passou a ser, além de local de cura, ambiente de formação de médicos⁴¹.

Por que a ênfase no advento do hospital terapêutico?

É certo que, a partir de meados do século XIX, a criação da enfermagem como ocupação leiga e gozando de certa credibilidade técnica, processo na época influenciado pelo trabalho da enfermeira inglesa Florence Nithingale, contribuiu para a sua gradativa conversão em instituição centrada no enfermo e, nas décadas seguintes, o desenvolvimento da bacteriologia se agregou à disciplinarização do ambiente hospitalar terapêutico e aos demais avanços do conhecimento anteriormente mencionados contribuindo, assim, para torná-lo menos iatrogênico⁴³.

Do final daquele século em diante, qualquer nova invenção ou descoberta cuja aplicação na prática médica fosse factível era incorporada nos hospitais. Desse modo, os Raios X pesquisados por Roentgen, o eletrocardiógrafo e outras tecnologias – de produto ou de processo – eram introduzidas ato contínuo nos ambientes hospitalares.

À medida que iam se desenvolvendo as tecnologias médicas essas eram incorporadas nos hospitais, mas também foram sendo gerados outros estabelecimentos de saúde que as incorporavam: Laboratórios Clínicos, Laboratórios de Anatomia Patológica, Clínicas Médicas e de Imunização,

Clínicas de Odontologia, Clínicas de Raios X, entre outros. E assim, ao passo que se retomou, em novos moldes e características, os dispensários criados na Inglaterra no século XVIII, por outro lado, novas tecnologias foram desenvolvidas e novos estabelecimentos de saúde foram criados, tais como: Bancos de Sangue, Serviços de Reabilitação, Serviços de Tomografia Computadorizada, Serviços de Ressonância Magnética, Serviços de Radioterapia, Serviços de Medicina Nuclear e outros.

Em síntese: a linhagem de serviços de saúde e tecnologias médicas, inauguradas pelo hospital terapêutico de acordo com o que se afirmou anteriormente, depois de se instalarem e se desenvolverem no ambiente hospitalar, se autonomizaram e, no mais das vezes, deram lugar a estabelecimentos ou à categoria de *estabelecimentos de assistência à saúde* que prestam serviços assistenciais de promoção e proteção da saúde, diagnóstico, recuperação e reabilitação.

Frise-se: esta categoria de estabelecimentos de assistência à saúde, a par do colossal desenvolvimento científico e tecnológico, passou a conviver com riscos antigos – as infecções hospitalares, por exemplo – e uma série de novos riscos: riscos para usuários e trabalhadores da saúde e, também, de danos para o meio ambiente.

Paralelamente, os tradicionais salões de barbeiro, cabeleireiros e assemelhados, os quais, como regra, se ocuparam historicamente de atividades de embelezamento, incorporaram equipamentos, produtos e tecnologias de processo e, ao mesmo tempo, se desenvolveu uma extensa malha de novos estabelecimentos de saúde cujo objeto, também, não era os enfermos e nem as enfermidades, mas pessoas que demandavam pela prestação de serviços de embelezamento e estéticos.

Singular **linhagem de serviços de saúde**, a categoria de *estabelecimentos de embelezamento e de estética*, no período 1892-2002, inicialmente se constituía em objeto de intervenção dos órgãos sanitários em face da possibilidade de veiculação de infecções nos salões de barbeiros e cabeleireiros, de condições inapropriadas de funcionamento das casas de massagens, banhos públicos, entre outros. Nas últimas décadas, essa

categoria diversificada de estabelecimentos passou a incorporar equipamentos e aparelhos diversos; produtos, não raramente, empregados com finalidades diversas do proposto pelos fabricantes; incorporaram a execução de procedimentos invasivos com frequência não episódica, às vezes sem qualquer comprovação científica, tanto em estabelecimentos de estética sob responsabilidade médica, quanto nos de embelezamento. Ou seja: passou a expor a riscos os seus usuários.

No período, novas profissões no campo da saúde surgiram.

Por outro lado, a indústria de equipamentos de infra-estrutura (gases medicinais e outros), de apoio técnico (cozinhas hospitalares e outros), de apoio logístico (equipamentos de processamento de roupas e outros), de medicamentos, de alimentos dietéticos, de produtos médicos (equipamentos de sustentação da vida e muitos outros), de cosméticos, dentre outros, se desenvolveu com celeridade.

Outra **linhagem de serviços de saúde** cresceu quantitativamente. Também, historicamente presente na sociedade brasileira, demanda recursos médicos e de enfermagem, porque o seu processo de trabalho é permeado por questões de assistência e solidariedade social em função das características da clientela (idosos, crianças, deficientes, portadores de dadas enfermidades cujas características torna pouco aconselhável permanência em hospitais e outras). Múltiplas são as razões: aprofundamento das desigualdades sociais e ausência de pujante rede de proteção social, desempenho de função com caráter de complementaridade em relação aos estabelecimentos de assistência à saúde e outros. É necessário atentar: essa categoria de *estabelecimentos com componentes de assistência à saúde e de assistência social em função da natureza da clientela* expõe a riscos à saúde e à vida, diuturnamente, os usuários pertencentes aos segmentos populacionais populares.

Uma última **linhagem de serviços de saúde** é constituída pela categoria de *estabelecimentos de uso coletivo* (albergues e assemelhados).

1.1.2. Da Vigilância Sanitária

A Constituição Federal de 1988,³³ que institucionalizou como direito social o acesso de todos os brasileiros ao Sistema de Saúde nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS), ao tratar do SUS (Art. 200) incluiu entre suas atribuições a execução de ações de vigilância sanitária (Art. 200, inciso II). Por meio da Lei Orgânica de Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que *Dispõe sobre as*

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990

[Art. 6º § 1º]

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos da produção ao consumo; e

II- o consumo da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde

Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências –, disciplinou-se a vigilância sanitária como campo de atuação do SUS destinado precipuamente à proteção e promoção da saúde. CAMPOS⁴⁶, a esse respeito enfatiza:

A lei que organiza o Sistema Único de Saúde (8080/90) define o papel e a abrangência da Vigilância à Saúde [...]. Percebe-se, nesta lei, a nítida intenção de transformar a Vigilância Sanitária em um instrumento de defesa da vida das pessoas. Trata-se de regulamentar um setor capaz de 'eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde'. Dentro desta perspectiva o Brasil avançou: de acordo com o espírito da lei, antes do interesse econômico, viria a defesa da saúde coletiva. O desafio seguinte é fazer materializar o espírito da lei: como transformar a norma legal em princípio condutor da vida em sociedade? Como limitar danos à saúde advindos do setor produtivo? Como assegurar uma vida saudável em um planeta saudável? Como organizar uma instituição (a vigilância sanitária) com capacidade técnica, legal e política para lograr este intento?

Da Expressão Vigilância Sanitária

À expressão **vigilância sanitária**, ao longo do tempo no Brasil, foram conferidos dois sentidos distintos. Do século XIX até o ano de 1976 foi empregado, no mais das vezes, com a significação de vigilância epidemiológica, de controle de doenças, dos enfermos e de seus comunicantes.

No Relatório do Dr. Antonio Pinheiro de Ulhoa Cintra,⁴⁷ 52º presidente da província de São Paulo,* remetido à Assembléia Legislativa Provincial encontra-se a seguinte manifestação:

Na mesma data [1º de maio de 1889] nomeei outra Comissão de Vigilância Sanitária, composta dos drs. Manoel Maria Tourinho, Giovanni Eboli e Luiz Jardim, para continuar com as visitas sanitárias e o serviço de desinfecção a fim de evitar novo explodir do mal.

O emprego da expressão vigilância sanitária no contexto balizado pela epidemia de febre amarela que grassava em Santos em 1889, no qual se inseria o relatório e a criação da citada comissão, denotava o que hoje se entende como controle de doenças.

O primeiro registro de semelhante expressão na legislação nacional observou-se na Lei nº. 85, de 20-9-1892, que *Estabelece a Organização Municipal do Distrito Federal*,⁴⁸ nos seguintes termos:

* Antonio Pinheiro de Ulhoa Cintra presidiu a província de São Paulo de 11 de abril de 1889 a 10 de junho de 1889.

Art. 58. Pela presente lei passarão para o governo municipal do Distrito Federal os seguintes serviços, atualmente a cargo da União:

.....
 § único. Nos serviços de higiene cometidos à administração municipal do Distrito Federal não se compreenderá:

.....
 II. A execução de quaisquer providências de natureza defensiva contra a invasão de moléstias exóticas ou disseminação das indígenas na Capital Federal, empregando-se para tal fim todos os meios sancionados pela ciência ou aconselhados pela observação, tais como rigorosa **vigilância sanitária**, assistência hospitalar, isolamento e desinfecção.

No estado de São Paulo, a Lei nº. 432, de 3-8-1896, que tratou *Sobre o Serviço Sanitário do Estado*⁴⁹ (Art. 4º), bem como o seu regulamento aprovado pelo Decreto nº. 394, de 7-10-1986⁵⁰ (Art. 2º, §3º do regulamento), incorporaram o disposto na mencionada lei federal:

Art. 4º. Compete ao Governo a execução, em todo território do Estado, de quaisquer providências de natureza agressiva ou defensiva como as que tenham por fim a instituição de rigorosa *vigilância sanitária*, serviço hospitalar, isolamento e desinfecção.

(Lei nº. 432, de 3-8-1896)

À análise dos dois referidos instrumentos legais e do ato administrativo, depreende-se que a expressão *vigilância sanitária* continuava expressando a significação de controle de doenças.

As manifestações de Oswaldo Cruz também encampavam este sentido, aliado à ênfase que conferia à instituição das condições necessárias ao efetivo exercício, pelas autoridades da saúde, do poder de polícia administrativa* (*sanitária*). Em carta de 1º de abril de 1903⁵¹, enviada ao

* *Poder de Polícia* é a faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício da coletividade, ou do próprio Estado. Em síntese: é o freio de que dispõe a Administração Pública para conter os abusos do direito individual. São atributos do Poder de Polícia: discricionariedade, auto-executoriedade e coercibilidade. Ver: BARROS⁵² (2006); PILATI⁵³ (1989) e PILATI⁵⁴ (1995).

Ministro da Justiça e Negócios Interiores, José Joaquim Seabra seis dias após assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), escreveu:

Esse serviço de profilaxia de febre amarela deve ser contínuo e interrupto; disso depende sua eficácia. (...) Para que esse serviço seja profícuo, convém quanto antes que se estabeleça uma lei que torne efetivas as disposições regulamentares já existentes sobre notificação compulsória, estabelecendo medidas repressivas enérgicas contra os sonegadores de doentes (...). Outrossim conviria estabelecer penalidades que viessem facilitar a *vigilância sanitária*. (...)

Este aumento de despesa trará como conseqüência imediata uma economia enorme de vidas e, completada pelas medidas acima referidas, concernentes à notificação compulsória e *vigilância sanitária*, vem constituir o começo do extermínio da febre amarela no Rio de Janeiro.

No Relatório da DGSP que tratou das atividades realizadas no ano de 1903⁵⁵, o emprego da expressão *vigilância sanitária*, e também de *vigilância* e *vigilância médica* como seus sinônimos, a título de exemplificação, foi referida, entre outras, nas seguintes circunstâncias:

a) ao explicitar as atribuições da Seção de Polícia de Focos – à qual incumbia a *vigilância sanitária das zonas da cidade* consideradas suspeitas como focos principais das diversas epidemias da febre amarela –, apontou-se que havia sido percorrido as casas e todas as suas dependências, procurando os depósitos d'água em que poderiam ocorrer a criação de mosquitos. Destacou-se que, no segundo semestre daquele ano na zona central da cidade, sofreram continuada *vigilância sanitária* 153 ruas, 48 travessas, 27 becos, 24 ladeiras, 10 praças, 9 largos, 6 morros, 4 praias e 6 diversos locais;

b) ao informar as recomendações transmitidas aos chefes dos Distritos Sanitários, destacou-se que nos prédios considerados focos de peste bubônica, antigos e recentes, bem como nos circunvizinhos, fosse exercida a maior *vigilância sanitária*, afim de que as medidas que devessem ser postas em prática, o fossem com a maior brevidade possível, trazendo essa *vigilância*, cuidadosa e rigorosamente cumprida, além de outras vantagens,

- a de descobrirem-se doentes daquela moléstia sonogados – porque não notificados e ou informados – à ação da autoridade sanitária;
- c) ao descrever providências quanto aos navios procedentes dos portos suspeitos de apresentarem a peste bubônica, instruiu-se para que operassem em quarentena, *sofrendo os passageiros destinados ao Brasil vigilância sanitária* e desinfecção das bagagens, podendo ser dispensados da vigilância sanitária aqueles que se sujeitassem à imunização contra essa enfermidade;
- d) a tratar das providências relativas ao controle da febre amarela, elencaram-se medidas referentes aos indivíduos em estado de receptividade à enfermidade, as quais demandariam a instalação do *serviço de vigilância sanitária* a ser exercido sobre três grupos de pessoas: 1º) sobre todos os indivíduos, receptíveis ou não, que estiverem em contacto com doentes com febre amarela; 2º) sobre todos os indivíduos provenientes do interior do país ou dos portos nacionais ou estrangeiros que venham fixar residência na cidade do Rio de Janeiro e 3º) sobre as crianças;
- e) ao registrar a produção de serviços nas diferentes Delegacias de Saúde, apresentaram-se separadamente as visitas de polícia sanitária e de *vigilância sanitária* (3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª e 10ª Delegacias de Saúde) ou *vigilância* (1ª e 2ª Delegacias de Saúde) ou, ainda, *vigilância domiciliária* (5ª Delegacia de Saúde).

Neste ponto impõe-se esclarecer o significado e quais as finalidades das referidas atividades de visitas de polícia sanitária. No Relatório da DGSP de 1903, quando se trata da transferência à União da competência para executar a polícia sanitária de defesa da capital federal, ficando a polícia sanitária agressiva a cargo da municipalidade do Rio de Janeiro, critica-se duramente a separação de serviços homogêneos e a subdivisão de responsabilidades técnicas indivisíveis, naturalmente postulando-se a centralização dessas atividades na DGSP, o que ocorreu com a publicação do Decreto nº. 1.151, de 5-1-1904, que *Reorganiza os Serviços da Higiene Administrativa da União*.⁵⁶ Em meio a essa argumentação, um parágrafo

revela cristalinamente o entendimento conceitual do corpo técnico da Diretoria Geral de Saúde Pública sobre a polícia sanitária:

Inteiramente ligada à higiene de defesa, de que é dependência intrínseca, a polícia sanitária de defesa não pode conquistar benefícios, no ponto de vista das moléstias transmissíveis, sem o saneamento do meio local, sem a reforma das insuficientes condições de salubridade dos domicílios, sem o concurso e adoção, finalmente, das medidas corretórias a que dá ensejo, nas visitas sistemáticas, a inspeção freqüente das habitações, dos lugares e logradouros públicos.

MERHY⁵⁷ (2006) estudando os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais no estado de São Paulo, identificou correntes tecnológicas e seus respectivos modelos tecno-assistenciais. Utilizando-se as categorias do autor, para melhor entender conceitualmente as práticas de saúde pública expressas no Relatório da DGSP de 1903 e naqueles dos quatro anos subseqüentes, no período percebeu-se que era francamente hegemônica a *corrente tecnológica bacteriológica*. Essa corrente considerava a causa básica do processo saúde-doença como externa (o agente etiológico) e específica, propondo um *modelo tecno-assistencial* baseado nas campanhas sanitárias e no exercício do poder de polícia administrativa (sanitária). Valorizava-se a contaminação como causa geral e eram usados como instrumentos de ação a engenharia, a polícia sanitária e as campanhas sanitárias, verticalmente administradas.

Carlos Chagas em entrevista ao jornal A Noite, que circulou em 2 de outubro de 1919⁵⁸, um dia após sua nomeação para assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), ao explanar sobre o controle de doenças, mais precisamente sobre a febre amarela, assim se manifestou:

A febre amarela no norte deverá ser cuidada, até que possamos considerá-la extinta, em todas as cidades do litoral. (...) Além disso, uma vez que possamos considerar extinta a doença, nos seus focos atuais, pretende o governo garantir, por uma *vigilância sanitária* definitiva, a ausência de epidemias futuras.

Na legislação publicada no contexto da reforma Carlos Chagas, observou-se no Decreto nº. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que *Reorganiza os Serviços da Saúde Pública*,⁵⁹ * disposições relativas à vigilância sanitária das cidades marítimas e fluviais:

Art. 3º Os serviços do Departamento serão distribuídos por três diretorias:
Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial compreendendo:

.....
e) *vigilância sanitária* das cidades marítimas e fluviais nos portos da Republica, para os efeitos das medidas de profilaxia internacional e interestadual.

À análise do Decreto nº. 14.354, de 15-9-1920, que *Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o Decreto nº. 14.189, de 26-5-1920*,⁶⁰ constata-se, claramente, que as disposições relativas à vigilância sanitária das cidades marítimas e fluviais têm como finalidade propiciar a intervenção na realidade sanitária visando o controle da transmissão de doenças:

Art. 949. A vigilância das cidades marítimas e fluviais tem por fim determinar providências de profilaxia, que evitem a transmissão de doenças epidêmicas de um para outro estado do país, ou do Brasil para outras nações e vice-versa.

Tais disposições foram preservadas, tanto no Decreto nº. 15.003, de 15-9-1921, que *Faz Modificações no Regulamento Aprovado pelo Decreto*

* O Decreto nº. 3.987, de 02-01-1920 criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) subordinado diretamente ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores.

nº. 14.189, de 26-5-1920,⁶¹ quanto no Decreto nº. 16.300, de 31-12-1923, que *Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública*.⁶²

Nos Decretos nº. 14.354, de 15-9-1920, nº. 15.003, de 15-9-1921 e nº. 16.300, de 31-12-1923, verificou-se o amplo emprego, com a significação de controle de doenças, da expressão vigilância médica, mas também o uso de vigilância e vigilância sanitária com esse mesmo sentido. Exemplificar-se-á com disposição que trata da lepra cujo conteúdo se mantém nos três decretos:

A repartição de profilaxia da lepra / Inspetoria de Profilaxia da Lepra fará um cadastro de todas as pessoas sob a *vigilância sanitária*, com ficha de cada uma, de modo a se estabelecer reservadamente um inquérito sobre a doença e suas condições epidemiológicas.

(Artigos 420, 420 e 172, respectivamente, dos Decretos nº. 14.354/1920, nº. 15.003/1921 e nº. 16.300/1923)

No que se refere, ainda, a lepra aqueles três atos administrativos contêm dois dispositivos, cujos conteúdos se mantiveram iguais, sendo um deles sobre estabelecimentos que assistem pacientes e o outro relativo a distintas providências importantes para o controle dessa enfermidade:

A Inspetoria providenciará para que sejam vistoriados os atuais estabelecimentos de leprosos, que ficarão sob *vigilância* a fim de verificar se preenchem seus *fins profiláticos* e se salvaguardam os interesses da saúde coletiva.

§ único. Caso não sejam executadas as determinações da autoridade sanitária e existam inconvenientes sob o ponto de vista profilático, promoverá a mesma autoridade o fechamento daqueles estabelecimentos.

(Artigos 427, §único, 427, §único, e 179, §único, respectivamente, dos Decretos nº. 14.354/1920, nº. 15.003/1921 e nº. 16.300/1923)

Aos inspetores e sub-inspetores designados de acordo com o art. nº. 135 / 123, compete, além de outras atribuições regulamentares, o seguinte:

.....
X. Fazer a *vigilância sanitária* regulamentar dos leprosos e suspeitos de infecção leprosa, e bem assim dos hospitais e asilos de leprosos, organizando as respectivas fichas censitárias.

(Artigos 141, inciso X, 141, inciso X, e 130, inciso X, respectivamente, dos Decretos nº. 14.354/1920, nº. 15.003/1921 e nº. 16.300/1923)

A análise do dispositivo que trata de hospitais e asilos, contextualizando-a no interior do discurso que advém das citadas normas, do conhecimento técnico e científico com relação à lepra e, particularmente, da possibilidade de proceder-se intervenções clínicas e terapêuticas eficazes existentes no início dos anos 1920, torna inteligível tecnicamente a determinação de que se inspecionasse, ou se vistoriasse, os estabelecimentos de leprosos, os quais ficariam sobre vigilância a fim de verificar se preenchiam seus fins profiláticos e se salvaguardavam os interesses da saúde coletiva. Isso, em uma quadra de tempo em que se adotava como recurso para o controle da enfermidade o isolamento dos doentes, era absolutamente natural, ou seja, o hospital e o asilo aparecem aqui com simultânea e dupla função: meio profilático e medida de proteção – ou de salvaguarda de seus interesses – da coletividade.

O dispositivo que se refere, conjuntamente, à vigilância sanitária de leprosos, de seus comunicantes e dos hospitais ou asilos somente enfatiza a função profilática desses estabelecimentos, ou seja, a sua função de meio para o controle dessa doença, então, assentada no isolamento.

Destaque-se: os técnicos que produziram estas normas, não objetivaram regulamentar a vigilância sanitária desses hospitais no sentido, ou expressando os conceitos, que tal expressão adquiriu a partir da segunda metade da década 1970: controlar riscos à saúde de pacientes, de trabalhadores da saúde e, eventualmente, ao meio ambiente que adviessem da inadequação de aspectos estruturais – edificação, recursos humanos e

equipamentos —, e ou da inadequação na execução de procedimentos ou do processo de trabalho. Tampouco, as normas expressavam polissemia no uso da expressão vigilância sanitária, ao contrário. E por que se afirma isso?

Na norma publicada pelo Decreto nº. 16.300, de 31-12-1923, disciplinou-se o Serviço de Assistência Hospitalar, sendo que, dentre suas atribuições, estavam incluídas:

- a) gerenciar hospitais da União: isolamento para doenças transmissíveis ou de assistência geral;
- b) fiscalizar no Distrito Federal hospitais, casas de saúde, maternidades, recolhimentos e outros estabelecimentos congêneres públicos ou privados
- c) aprovar todos os projetos de instalação de hospitais, asilos, maternidades, sanatórios, casas de saúde e outros estabelecimentos congêneres;
- d) fornecer às instituições privadas projetos de construção e planos de organização para quaisquer estabelecimentos destinados à assistência a enfermos;
- e) fiscalizar atentamente o regime dietético dos enfermos em hospitais públicos ou privados;
- f) prestar orientação e fiscalizar tecnicamente hospitais rurais, instalados, pela União, nos estados;

Mas entre as suas atribuições estava também corrigir as falhas que houvessem sido notadas nos hospitais de isolamento, *no que respeita à profilaxia*, pelos Inspetores do Departamento Nacional de Saúde Pública aos quais esses hospitais estivessem afetos, conforme pode se verificar abaixo:

Art. 315. Os Inspetores dos Serviços de Profilaxia, da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e da Profilaxia da Tuberculose deverão visitar periodicamente os hospitais de isolamento, verificando se os respectivos serviços atendem às disposições deste regulamento no que respeita à profilaxia, levando ao conhecimento do Inspetor Geral de Assistência Hospitalar as falhas que hajam notado.
(Art. 315 do Decreto nº. 16.300/1923)

Ou seja, *no que respeita à profilaxia*, as falhas notadas nos hospitais destinados a assistir doentes portadores de enfermidades transmissíveis,

deveriam ser informadas ao Serviço de Assistência Hospitalar pelos inspetores responsáveis por *estruturas especializadas no controle de doenças*, entre elas, o Serviço da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, cujos inspetores e sub-inspetores deveriam fazer a *vigilância sanitária* regulamentar dos leprosos e suspeitos de infecção leprosa, e bem assim a dos hospitais e asilos de leprosos, organizando as respectivas fichas censitárias.

Nos anos posteriores a 1930 a expressão vigilância sanitária se manteve na legislação sobre a lepra com a significação do que hoje se entende por vigilância epidemiológica ou controle de doenças.

Ressalte-se que, desde a penúltima década do século XIX, conforme se evidenciou, a utilização da expressão vigilância sanitária encontrada nos documentos de domínio público – legislação do estado de São Paulo e federal, noticiário e documento institucional produzido por agente público – designou o campo de intervenção na realidade sanitária destinado ao controle de doenças. Tais achados se contrapõem à interpretação de COSTA⁶³ que, depois de analisar o Decreto nº. 16.300, de 31-12-1923, entendeu ser a expressão vigilância sanitária empregada indistintamente para o controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de moléstias transmissíveis, estabelecimentos e locais, porém, a autora não mencionou que, nessa norma, mesmo as intervenções sobre estabelecimentos e locais se concebem com a finalidade de controle de doenças.

Na década de 1970, em conjuntura caracterizada pela modernização conservadora e expansão das relações econômicas globais do país, se iniciou o processo de adequação do arcabouço jurídico-normativo que disciplinava o controle, a fiscalização e o monitoramento de produtos relacionados à saúde através da publicação da Lei nº. 6.360, de 23-9-1976. Tal instrumento legal, que *Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que Ficam Sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e outros produtos, e dá outras providências*, está ainda em vigor.

Nesta norma a expressão vigilância sanitária não mais designava – e significava –, conceitualmente, o amplo campo atinente ao controle de doenças.

A propósito desta nova designação e decorrente ressignificação o autor pondera. SPINK,⁶⁴ considera que, às vezes, pesquisadores buscam nos documentos de domínio público compreender as sutis transformações nos termos e expressões que formam este ou aquele terreno dos sentidos. Ilustra: mesmo que o termo *revolução* já houvesse sido usado por Copérnico (a revolução da orbes celestes) e entrado do discurso político, o seu derivado *revolucionário* tem uma origem mais recente – em relação à obra desse autor que data do início do século XVI, acrescenta-se – e mais clara: 1789 e os comitês e tribunais *revolucionários* da Revolução Francesa. No caso em pauta, a mudança de uso e alteração da significação da expressão vigilância sanitária deu-se em menos de um século, porém incidiu fortemente na produção de sentidos sobre saberes e fazeres: não tão sutis. Foi obra produzida, com intencionalidade, por agentes públicos, conforme se verá adiante.

O sentido atual da expressão vigilância sanitária ganhou impulso com o uso inserido naquela lei, sendo de se registrar que, institucionalmente, com a publicação do Decreto nº. 79.056, de 30 de dezembro de 1976, que *Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências*, foi extinto o Serviço de Fiscalização da Medicina e Farmácia e criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) do Ministério da Saúde. Eram as seguintes as atribuições dessa Secretaria:

- a) controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras de tráfego internacional, bem como o controle sanitário da importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde;
- b) controle e fiscalização de produtos – medicamentos; alimentos; correlatos (produtos médicos); cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes e saneantes;
- c) elaboração de normas e padrões para prédios, instalações e equipamentos destinados aos serviços de saúde, bem como o controle e

fiscalização de sua observância, e o controle sanitário das condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas com a saúde, e

d) controle do estoque nacional de medicamentos, drogas e outros bens críticos e estratégicos de interesse da saúde.

No ano anterior, havia sido publicada a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, que *Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde*, e, também, a Lei nº. 6.259, de 30 de outubro de 1975, que organizou as ações de vigilância epidemiológica, o Programa Nacional de Imunizações, normas relativas à notificação compulsória de doenças, entre outras providências. Com isso instituiu-se o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), uma espécie de esboço de um futuro campo ampliado de controle de doenças.

Dez anos depois foi criado o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a finalidade de coordenar, e executar quando necessário, no âmbito estadual as ações de vigilância sanitária de serviços de saúde, de produtos relacionados à saúde, do meio ambiente e dos locais ou ambientes de trabalho.

Paulatinamente, a vigilância sanitária foi se reconfigurando enquanto campo de atuação e conjunto de conhecimentos considerado potente para produzir saúde:⁴⁶ de um lado, originária do desenvolvimento histórico das nossas instituições e, de outro, componente da cultura sanitária do país, resultou inscrita na Constituição Federal de 1988 (Art. 200, inciso II) como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 6º, §1º – foi explicitado o seu marco conceitual:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I. o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II. o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Conforme se afirmou anteriormente, foi obra produzida com intencionalidade por agentes públicos, em dado momento histórico da evolução do setor saúde no Brasil, a concepção e implementação de providências inovadoras que aceleraram o desenvolvimento institucional e conceitual da vigilância sanitária. A obra a que me refiro, ao mesmo tempo, é traço da nossa história e foi fato que impulsionou transformações com repercussões históricas nas instituições de saúde brasileiras. O autor deste estudo indagou a DIAS*, um dos seus principais construtores, sobre a ressignificação da expressão vigilância sanitária:

A substituição da expressão *fiscalização da medicina e farmácia*, em dezembro de 1976 quando da reestruturação da Pasta [do Ministério da Saúde], ocorreu para retirar o sentido de *polícia sanitária*, dando lugar à expressão *vigilância sanitária*, que suscita uma idéia de atenção permanente às ações, produtos e serviços submetidos por lei a esse último regime.

Na realidade, a luta para suscitar a idéia de *atenção permanente* (destaque é nosso) às ações, produtos e serviços submetidos por lei à vigilância sanitária, como afirma DIAS, é um positivo traço intervencionista que permeia de certa maneira, até hoje, a cultura sanitária brasileira.

* Comunicação pessoal de Hélio Pereira Dias, advogado e Procurador-Geral da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 06 de outubro de 2008, recebida por correio eletrônico.

Hélio Pereira Dias foi assessor jurídico do Ministério da Saúde desde o início dos anos 1970, porém participou ativamente da elaboração das leis de vigilância sanitária nessa década, em especial na gestão do Ministro Paulo de Almeida Machado (1976-1979).

1.2. ÉTICA EM PESQUISA

Quanto aos requisitos éticos, o presente estudo não foi objeto de análise pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, porque o seu desenvolvimento centra-se na pesquisa bibliográfica e na pesquisa documental, portanto, não envolve seres humanos, individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, conforme os termos do item II.2 da Resolução CNS nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que *Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar a partir de *quando, como e porque* os agentes da Administração Pública Estadual de São Paulo iniciaram o desenvolvimento de ações e atividades de vigilância sanitária de serviços de saúde, no período com início em 1892 e término em 2002, incidentes sobre estabelecimentos agrupados nas seguintes categorias:

- a) estabelecimentos de assistência à saúde (promoção e proteção da saúde, diagnóstico, recuperação e reabilitação);
- b) estabelecimentos de embelezamento e de estética;
- c) estabelecimentos com componentes de assistência à saúde e de assistência social em função da natureza da clientela (crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas portadoras de dadas enfermidades, entre outros), e
- d) estabelecimentos de uso coletivo (albergues e assemelhados).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Identificar e descrever os períodos históricos.

FAUSTO,⁶⁵ ao discorrer sobre os marcos divisores adotados em seus trabalhos sobre a História do Brasil, pondera que as escolhas, embora sejam justificáveis, têm a artificialidade implícita em quaisquer periodizações. Admite o autor que é mais fácil estabelecer um marco inicial do que marcos limites para um processo em andamento.⁶⁶ De fato, o que ressalta sobremaneira as dificuldades existentes ao escolher marcos, portanto,

periodizar, é o fato de que, para o período estudado no presente trabalho, no mínimo, existem duas periodizações usuais: uma que adota marcos políticos estrito senso e outra que adota marcos políticos ampliados.

Ilustrando: o interregno de tempo 1889-1930 poderia ser periodizado como Período da República Velha (marco político estrito senso) ou como o Período Agro-Exportador (marco político ampliado) ou, ainda, o interregno de tempo 1964-1984 como Período do Regime Militar (marco político estrito senso) ou como Período da Modernização Conservadora ou de Desenvolvimentismo Conservador (1964-1980) seguido de crise do desenvolvimento do país (a partir de 1980 até os dias de hoje) (marco político ampliado).

Importa ressaltar que certos marcos se caracterizam, a um só tempo, por acontecimentos políticos nas duas dimensões. Talvez os mais emblemáticos sejam 1930⁶⁵ – momento de ruptura de um tipo de articulação na sociedade brasileira que assinala o fim da hegemonia de uma classe social, de uma forma de relação eufemisticamente chamada de *centro e periferia* e de um sistema ideológico cujo eixo era dado pelo liberalismo elitista – e 1964 – com a tomada do poder pelos militares e a demarcação de “dois tempos” não só no plano da política como da economia, da cultura, do comportamento.⁶⁶

Neste trabalho adotamos a periodização empregada por FAUSTO, em uma de suas obras historiográficas,⁶⁷ e por ZIONI,¹⁸ delimitada por marcos políticos estrito senso, que facilitam a exposição das políticas públicas de saúde, ou seja, o Período da República Velha (1892-1930), o Período do Estado Getulista (1931-1945), o Período Democrático (1945-1963), o Período do Regime Militar (1964-1984) e o Período da Redemocratização do país (1985-2002).

2.2.2. Identificar e descrever o noticiário sobre o assunto em cada período histórico.

2.2.3. Identificar e descrever a legislação sanitária estadual e federal aplicável vigente em cada período histórico.

3. METODOLOGIA

Este trabalho baseou-se em um estudo de natureza qualitativa, concebido para ser realizado através de pesquisa documental, originalmente lançando-se mão de documentos de domínio público – noticiário e a legislação do estado de São Paulo e federal –, aliada à pesquisa bibliográfica.

É necessário enfatizar que, quando da elaboração e apresentação do projeto de pesquisa, importante grupo de documentos de domínio público – relatórios gerenciais, manuais e guias técnicos, registro de produção de atividades, comunicações escritas, processos, entre outros –, produzidos pelos órgãos públicos vinculados à instituição da saúde do estado de São Paulo no período estudado, não poderia ser acessado para análise. Isso porque, na ocasião, o Museu de Saúde Pública Emilio Ribas* – órgão da Administração Pública Estadual que conserva o maior acervo de documentos relativos à história do setor saúde no estado – passava por processo de reforma e reorganização. No entanto, como durante a pesquisa de campo deu-se a conclusão da reforma do museu, pode-se acessar o seu acervo, o que agregou fonte de dados valiosíssima para este estudo.

Tal fato demandou reelaborar a metodologia no que se referia aos tipos de documentos de domínio público que seriam consultados, à eleição de novos critérios para amostragem e à adequação dos mecanismos e instrumentos de registro de dados.

O período estudado – de 1892 a 2002 – foi dividido nos seguintes períodos históricos: a República Velha (1892-1930), o Estado Getulista

* Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas, da Coordenação de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

(1931-1945), o Período Democrático (1946-1963), o Regime Militar (1964-1984) e a Redemocratização do país (1985-2002).

Considerando que no interregno de tempo situado de 1892 a 2002 as normas ortográficas utilizadas no Brasil foram revisadas, para efeito de registro de dados e, por conseguinte, de redação do trabalho, optou-se por empregar as regras ortográficas atuais, com exceção de títulos de obras referenciadas e de dois tipos de documentos de domínio público – legislação (ementas) e noticiário.

3.1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Buscou-se identificar na literatura específica concernente ao setor saúde e ou naquela relativa à história de São Paulo, dados sobre a execução de ações e atividades de vigilância sanitária de serviços de saúde. Foram consultadas, também, obras consagradas sobre a História do Brasil nesse período, assim como de autores da área da saúde, notadamente dos que se dedicam às políticas públicas, teses, dissertações, artigos e periódicos componentes das bases bibliográficas pertinentes.

3.2. PESQUISA DOCUMENTAL

SPINK,⁶⁴ em ensaio sobre *a análise de documentos de domínio público*, reconhece o fato de que a história e a teoria social, incluindo aí a Psicologia Social, mesmo sendo disciplinas vizinhas, convivem com visões de uma sobre a outra tendentes aos estereótipos, sendo seu diálogo quase inexistente. Nesse sentido, ao elencar uma das dificuldades da articulação entre os dois campos, frisa as diferentes tradições sobre métodos que se refletem – e se tornam claras – no exame das pesquisas de uma e de outra disciplina. Pondera: se a investigação nas ciências sociais segue geralmente regras metodológicas previamente enunciadas, constituindo-se em seções

específicas nos relatos, essa preocupação de explicitar *o como* não é encontrada no trabalho de um historiador, havendo, sim, o empenho em registrar as fontes e, de outro lado, pouca referência ou reprodução formalizada da discussão sobre método e sobre o que vem a ser história. E acrescenta: essa discussão (no campo da história) existe, porém tende a ocupar seu próprio espaço, resultando em trabalhos elaborados no estilo distinguido como erudição tradicional.

O autor afirma que, na essência, a erudição reflete respeito pela diversidade de formas a partir das quais os processos sociais se fazem presentes e pela natureza coletiva das tentativas humanas de refletir sobre seus sentidos. Conseqüentemente, um recorte de jornal, uma fotografia de uma cena de rua ou o diário oficial de um governo são tão *presentativos* (no sentido de estar presente) quanto uma entrevista ou discussão de grupo. Nenhum é mais representativo do que o outro, todos – por existirem em determinado momento – têm uma presença, tornando redundante a própria noção de representatividade. Na seqüência de suas reflexões, SPINK tece outras considerações que aqui serão destacadas à luz da perspectiva ou da abordagem recortada historicamente que é, no presente estudo, vertebrada pelos documentos de domínio público, a saber:

- a) os historiadores em geral não podem conversar com o foco dos seus estudos. O especialista nas ligas de cidades da Idade Média, por exemplo, não pode ouvir pessoas conversarem nas ruas, organizar um grupo focal acerca do feudalismo e, nem tampouco, entrevistar distintos atores sobre a propriedade de terras e o direito de associação. Traduzindo em miúdos: os historiadores tiveram de se especializar em trabalhar a partir daquilo que acham, independente de língua ou forma, ou seja, todos os seus dados são produzidos pelos diferentes elementos do campo, e no seu tempo, porque não há outra maneira de acessar os focos de seus estudos;
- b) os documentos de domínio público revelam duas práticas discursivas: como gênero de circulação, como artefatos do sentido de tornar público, e como conteúdo, em relação aquilo que está impresso em suas páginas. São produtos *em tempo* e componentes significativos do cotidiano;

complementam, completam e competem com a narrativa e a memória. Os documentos de domínio público, como registros, são documentos tornados públicos, sua intersubjetividade é produto da interação com um outro desconhecido, porém significativo e freqüentemente coletivo. São documentos que estão à disposição, simultaneamente traços de ação social e a própria ação social. São públicos porque não são privados;

c) central à concepção de práticas discursivas é o reconhecimento dos enunciados construídos intersubjetivamente, a identificação de regularidades lingüísticas nos processos de formação e ressignificação discursiva e a polissemia como fenômeno que permite a representação simultânea de idéias diferentes, de saberes e fazeres. São dimensões que se inter cruzam em um ponto que é produto e produtor social, em constante formação, *em tempo*;

d) SPINK, ao revelar a sua participação em trabalho no qual era fundamental acessar os arquivos da Empresa Estatal de Carvão (NCB) da Inglaterra para fins de pesquisa, portanto, acessar arquivos de documentos de domínio público, deu voz à arquivista chefe dessa empresa pública que alertou – e aconselhou – os investigadores:

O grande problema com arquivos é que eles nunca são organizados para responder a perguntas que queremos fazer, especialmente as perguntas que vocês, investigadores, mais tarde querem elaborar. Ao contrário, são organizados de acordo com os usos que os depositários querem fazer deles, de guardar material que não precisam mas que pertence à NCB. As categorias que eles usaram são as que eles precisam para depois retirar, se necessário: por departamento, por área, por prédio e sempre por ano e mês, raramente por assunto. Não serão as categorias ligadas aos conceitos que vocês usam. É um trabalho de detetive, vocês vão ter que indagar aonde podem estar as informações úteis para seu estudo.

Os *conselhos da arquivista*, transportados para o contexto do presente trabalho, se traduziram em estímulo decisivo para, antes que se pensasse sobre o que interessava ao autor, se prestasse atenção ao que foi sendo criado durante mais de um século, como foi guardado ou deixado

pela passagem do cotidiano, a fim de extrair ou localizar dados e informações úteis a este estudo do universo de possibilidades existentes e da densidade e variedade de elementos encontrados na produção de sentidos;

e) os documentos de domínio público, como práticas discursivas, assumem formas diferentes, ou seja, arquivos diversos, diários oficiais e registros, jornais e revistas, anúncios, publicidade, manuais de instrução e relatórios anuais são somente algumas das possibilidades. Tudo tem algo a contar, o problema maior é aprender a ouvir;

f) os documentos de domínio público nem sempre estão nos lugares mais óbvios;

g) finalmente, SPINK frisa que trabalhar com jornais requer reconhecer regras a partir das quais os textos são gerados. E também requer a disposição de ler e acompanhar aquilo que foi escrito dia após dia, porque, embora, às vezes, seja possível identificar uma coluna regular ou uma parte do jornal que seja mais pertinente ao tópico em estudo, mesmo assim é necessário ampliar o olhar para ver o texto mais amplo no interior do qual o texto específico está sendo produzido.

3.2.1. Coleta de Dados de Documentos de Domínio Público

Foram coletados dados de documentos de domínio público – legislação do estado de São Paulo e federal, noticiário e documento institucional produzido por agente público – observando-se os critérios e mecanismos de registros que passa-se a explicitar:

a) *legislação do estado de São Paulo e federal.*

Todos os instrumentos legais (lei e decreto-lei) e atos administrativos emanados do Poder Executivo estadual e federal (decreto) que contivessem

normas relativas à vigilância sanitária dos serviços de saúde foram coletados e classificados segundo o período histórico de sua publicação.

Entende-se por vigilância sanitária de serviços de saúde as ações e atividades que incidem sobre estabelecimentos agrupados nas seguintes categorias: a) assistência à saúde (promoção e proteção da saúde, diagnóstico, recuperação e reabilitação); b) estabelecimentos de embelezamento e de estética; c) estabelecimentos com componentes de assistência à saúde e de assistência social em função da natureza da clientela (crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas portadoras de dadas enfermidades, entre outros), e d) estabelecimentos de uso coletivo (albergues e assemelhados).

Identificou-se, na legislação, disposições referentes à *estrutura*, ao *processo* – processo de produção de serviços ou processo de trabalho ou procedimentos – e aos *resultados* relativos aos estabelecimentos, o que se fez mediante adaptação do modelo de avaliação proposto por DONABEDIAN⁶⁸, portanto, das três categorias que o compõe.

Para este autor as categorias intervenientes no modelo de avaliação são:

- 1) *estrutura* que consiste naquelas características relativamente estáveis para prover a prestação de serviços, quais sejam, as condições físicas e organizacionais dos estabelecimentos, os recursos humanos e os equipamentos;

- 2) *processo* que consiste no conjunto de atividades desenvolvidas no processo de produção de serviços ou processo de trabalho ou execução de procedimentos, e

- 3) *resultados* que consistem em mudanças no estado das pessoas, ou na realidade sanitária, que possam ser atribuídas ao prévio fornecimento ou prestação de serviços.

Ressalte-se que a razão de se indicar a adaptação do modelo de avaliação daquele autor, se explica porque os seus trabalhos centraram-se na prestação de cuidados médicos. A rigor, talvez fosse mais adequado referir-se à adaptação e também à ampliação do emprego dos estudos de DONABEDIAN para abarcar distintos agrupamentos ou categorias de estabelecimentos prestadores de serviços.

Identificou-se, na legislação, conforme roteiro de análise contido no Quadro 1, disposições referentes a:

1. *Estrutura* dos estabelecimentos:

1.1. infra-estrutura físico funcional;

1.2. recursos humanos, incluindo a regulamentação do exercício de profissões e da prática de dadas ocupações no campo da saúde;

1.3. equipamentos, instrumentais, utensílios e insumos em geral;

2. *Processo* de produção de serviços ou processo de trabalho ou procedimentos dos estabelecimentos:

2.1. medidas de prevenção e controle da transmissão de infecções;

2.2. biossegurança (foco no usuário, no trabalhador da saúde e no meio ambiente);

2.3. procedimentos referentes a tecnologias específicas;

3. *Resultados* dos estabelecimentos:

3.1. taxas de morbidade e mortalidade cuja notificação e ou elaboração sejam obrigatórias.

Quadro 1 – Roteiro para análise da legislação segundo grupo e subgrupos adaptado do modelo de avaliação proposto por Donabedian.

GRUPO NORMALIZADO (G)		SUBGRUPO NORMALIZADO (SG)	
Abreviação	Denominação	Denominação	Representação
E	ESTRUTURA	Infra-estrutura físico funcional	E-1
		Recursos humanos, incluindo regulamentação do exercício de profissões e da prática de dadas ocupações no campo da saúde	E-2
		Equipamentos, instrumentais, utensílios e insumos em geral	E-3
P	PROCESSO (Procedimentos)	Medidas de prevenção e controle da transmissão de infecções	P-1
		Biossegurança – foco no usuário, no trabalhador da saúde e no meio ambiente	P-2
		Procedimentos referentes a tecnologias específicas	P-3
R	RESULTADOS	Taxas de Morbidade e Mortalidade	R-1
NA	NÃO SE APLICA	-	-

b) *noticiário.*

A pesquisa do *noticiário* foi precedida da escolha dos jornais diários que circularam no estado de São Paulo no período estudado (1892 a 2002) e, após a escolha, se estabeleceu os critérios para o desenho da amostra.

Pesquisou-se o *noticiário* nos seguintes jornais: no jornal *Correio Paulistano*, de 1892 a 1963, e na *Folha de São Paulo*, de 1964 a 2002.

A amostra para pesquisa do *noticiário* foi desenhada com base nos seguintes critérios:

1. *o ano inicial – no qual também ocorreu reforma administrativa da instituição da saúde do estado de São Paulo – e o ano final do período estudado, ou seja, 1892 e 2002 foram pesquisados;*
2. *publicação de Códigos Sanitários:*

2.1. foram pesquisados os anos posteriores ao da publicação de Códigos Sanitários naqueles casos em que as publicações se deram depois do fim do primeiro quadrimestre do ano (abril), ou seja, 1895, 1912, 1971 e 1999;

2.2. foi pesquisado o próprio ano de 1918 no caso do Código Sanitário de 1918, publicado pela Lei nº. 2.918, de 9 de abril de 1918;

3. *reformas administrativas:*

3.1. foram pesquisados os anos posteriores à realização de reformas administrativas da instituição da saúde do estado de São Paulo naqueles casos em que as publicações se deram depois do fim do primeiro quadrimestre do ano (abril), ou seja, 1893, 1894, 1897, 1912, 1918, 1926, 1939, 1948, 1971*, 1987 e 1996;

3.2. foi pesquisado o próprio ano de 1906 no caso da reforma administrativa publicada por meio do Decreto nº. 1.343, de 27 de janeiro de 1906;

3.3. não foi pesquisado o ano de 1931, embora reforma administrativa relevante haja ocorrido, publicada por meio do Decreto nº. 4.917, de 3 de março de 1931, que transformou a Secretaria de Estado dos Negócios do Interior em Secretaria de Estado da Educação e da Saúde Pública, em função da não existência de microfilme das edições do Correio Paulistano desse ano;

4. *na década de 1950, na qual não ocorreu publicação de Códigos Sanitários, nem reforma administrativa da instituição da saúde do estado de São Paulo – Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social –*, foram pesquisados os anos de realização de eleições e os subseqüentes, ou seja, 1954, 1955, 1958 e 1959;

5. *outros anos que foram pesquisados:*

5.1. 1904, 1905, 1910, 1962, 1963 (microfilme), 1990, 1991, 1992 e 1993 (impresso);

5.2. 1994, 1995, 1997, 1998, 2000, 2001 e 2002 (Internet).

* A reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, do final da década de 1960, face à estratégia adotada, foi processual e, por essa razão, as providências administrativas se deram de 1968 a 1970.

A consulta e análise do noticiário foi realizada no Arquivo Público do Estado de São Paulo acessando-se as edições dos jornais por meio da leitura de microfimes – 1892 a 1963 – e através da leitura de jornais impressos – 1964 a 1993 –, mas nas duas situações foram realizadas fotografias conforme detalharemos adiante. De 1994 a 2002 as edições do jornal pesquisado encontram-se disponibilizadas na Internet para os seus assinantes, o que possibilitou ao autor acessá-las.

c) documento institucional produzido por agente público.

Foi necessário pesquisar nas seguintes instituições:

1. Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
2. Arquivo Público do Estado de São Paulo;
3. Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo;
4. Acervo Histórico da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, e
5. Centro de Documentação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Os documentos de domínio público institucional produzido por agente público arquivados no Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, quanto à demarcação temporal, foram confeccionados em período que precede 1892 e termina em 1994.

As suas dependências, caixas, livros e documentos diversos contêm relatórios gerenciais, manuais e guias técnicos, registros de produção de atividades, comunicações escritas, processos administrativos, livros com compilação de legislação, recortes de jornais, registros iconográficos, artefatos os mais distintos que revelam, tanto a rotina administrativa de múltiplos órgãos da instituição da saúde do estado de São Paulo desde o fim do século XIX até meados da década de 1990, as relações político-administrativas e os projetos técnicos intra-instituições e extra-institucionais que se teciam, quanto a discussão e ou a formulação de facetas as mais

diversas das políticas públicas de saúde implantadas, ou não, no estado de São Paulo nesse período.

Ao Centro de Documentação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que mantém a guarda dos documentos de domínio público institucional produzido por agente público mais recentes, recorreu-se para consultar e analisar os documentos de 1995 a 2002 e logrou-se obtê-los.

Ao Arquivo Público do Estado de São Paulo recorreu-se para tentar suprir lacunas e ou agregar mais dados em relação a determinados períodos, quais sejam, o final dos anos 1940 e – principalmente – a década de 1950. No entanto, essa instituição não mantém arquivos relativos ao setor saúde a partir de 1947, justamente o ano de criação da Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social.

À Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo recorreu-se, especialmente, para consultar e analisar dados sobre o final dos anos 1940 e sobre a década de 1950 e logrou-se obtê-los.

3.2.2. Procedimentos para Registro de Documentos de Domínio Público

No ato de identificação – legislação do estado de São Paulo e federal – e coleta de dados – noticiário e documento institucional produzido por agente público – de documentos de domínio público observou-se os critérios e mecanismos de registros que passa-se a explicitar:

a) legislação do estado de São Paulo e federal.

Em relação aos instrumentos legais e atos administrativos emanados do Poder Executivo estadual e federal que contivessem normas relativas à vigilância sanitária dos serviços de saúde, depois de coletados e classificados segundo o período histórico de sua publicação, identificou-se as disposições referentes à *estrutura*, ao *processo* e aos *resultados* relativos

aos estabelecimentos, conforme sistematizado no *roteiro para análise da legislação segundo grupo e subgrupos adaptado do modelo de avaliação proposto por Donabedian* (Quadro 1).

Utilizou-se instrumento simples, como exemplificado abaixo (arquivo em formato *excel*), no qual foi registrado: 1. na coluna *instrumento legal e regulamentar* o tipo de ato legal ou administrativo, número e data da edição e esfera de poder (União ou estado de São Paulo identificado, respectivamente, pelo cargo e nome do presidente da República ou do governador ou presidente do estado); 2. o título da coluna *ementa e objeto da normatização* é auto-explicativo e 3. grupo normatizado (G) e subgrupo normatizado (SG), conforme os termos do mencionado roteiro para análise da legislação.

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG

b) *documento institucional produzido por agente público.*

Antes de serem fotografados estes documentos inseriu-se, necessariamente, em instrumento simples, como exemplificado abaixo (arquivo em formato *excel*), os seguintes registros: 1. na coluna *instituição* a instituição que produziu o documento; 2. na coluna *ano* o ano em que foi confeccionado ou elaborado o documento; 3. na coluna *nome do livro, caixa ou documento* a identificação completa do livro ou da caixa e do documento quando esse se constituiu em achado avulso e 4. na coluna *fonte / nota* a identificação da instituição cujo acervo foi consultado e, eventualmente, observações de interesse deste estudo.

Instituição	Ano	Nome Livro, Caixa ou Documento	Fonte / Nota

c) *noticiário*.

Antes de serem fotografados estes documentos inseriu-se, necessariamente, em instrumento simples, como exemplificado abaixo (arquivo em formato *excel*), os seguintes registros: 1. na coluna *número do microfilme* o número do microfilme que continha a edição do jornal analisada; 2. na coluna *nome do jornal* a identificação, por meio de iniciais – C.P. para Correio Paulistano e F.S.P. para Folha de São Paulo –, do jornal analisado; 3. na coluna *data da edição* a data da edição do jornal analisada; 4. na coluna *número da página* a página ou páginas na qual, ou nas quais, foi publicada a notícia e 5. na coluna *título da notícia* a identificação do título da notícia e, eventualmente, também do subtítulo da notícia.

N Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	N Página	Título da Notícia

3.2.3. Procedimentos para Arquivamento de Documentos de Domínio Público

Os documentos de domínio público – noticiário e institucional produzido por agente público – foram consultados, analisados e, os que se relacionavam com o objeto deste estudo, foram fotografados para possibilitar a posterior transferência de cada imagem da máquina fotográfica para o equipamento computadorizado e sua digitalização, identificação – nomear –, classificação em função do período histórico em que foram confeccionados e arquivamento eletrônico em pasta específica igualmente nomeada pela designação de um dos períodos históricos em que se divide o período estudado, ou seja, 1892-1930, 1931-1945, 1946-1963, 1964-1984 e 1985-2002.

Adotou-se o seguinte procedimento padrão para propiciar a digitalização de todos os documentos do tipo institucional produzido por agente público:

- a) fotografou-se a capa do documento;
- b) fotografou-se o conteúdo relacionado ao objeto deste estudo;
- c) fotografou-se, em parcela dos documentos, também outros conteúdos com a intenção de entender a inserção do específico no interior da dimensão ampliada na qual o texto foi produzido;
- d) após identificação – nomear – e classificação em função do período histórico em que foram confeccionados – atividades padronizadas realizadas antes do arquivamento eletrônico descritas acima –, agregou-se as imagens relacionadas a cada documento institucional produzido por agente público em um único arquivo eletrônico no formato *pdf*.

Ou seja, cada relatório, ou documento institucional produzido por agente público de outra natureza, importante para o desenvolvimento deste estudo foi parcial ou integralmente fotografado, digitalizado e as imagens a ele relacionadas foram combinadas dando origem, assim, a um único arquivo eletrônico no formato *pdf*.

Adotou-se o seguinte procedimento padrão para propiciar o arquivamento eletrônico da legislação sanitária estadual e federal aplicável às atividades de vigilância sanitária relacionadas à prestação de serviços nos agrupamentos de estabelecimentos referidos anteriormente, a saber:

- a) no caso da legislação referente ao estado de São Paulo que o autor não houvesse compilado eletronicamente ou, ainda, não pudesse acessá-la através de publicação impressa, procedeu-se à realização de cópia diretamente do portal, na Internet, da Imprensa Oficial do Estado – esse órgão digitalizou e disponibiliza ao público em geral todos os instrumentos legais e atos administrativos referentes ao período 1891 a 1991 e, restritamente, disponibiliza aqueles relativos ao período 1992 a 2002;
- b) no caso de legislação federal procedeu-se à realização de cópia diretamente do portal, na Internet, do Senado Federal;

c) o Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o Arquivo Público do Estado de São Paulo, a Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo e o Acervo Histórico da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, dispõem de coleções de legislação impressas.

Quadro 2 – Síntese de documentos de domínio público – noticiário e documento institucional produzido por agente público – coletados e analisados segundo anos de confecção no período 1892 a 2002.

Ano	Documento Noticiário	Documento Institucional	Ano	Documento Noticiário	Documento Institucional	Ano	Documento Noticiário	Documento Institucional	Ano	Documento Noticiário	Documento Institucional
1892	X	X	1921		X	1950		X	1979	X	X
1893	X	X	1922			1951		X	1980		X
1894	X		1923			1952		X	1981		X
1895	X		1924			1953		X	1982		X
1896	[não tem]	X	1925		X	1954	X	X	1983		X
1897	X		1926	X	X	1955	X	X	1984		X
1898			1927		X	1956		X	1985		X
1899			1928		X	1957		X	1986		X
1900	X		1929		X	1958	X	X	1987	X	X
1901	[não tem]		1930		X	1959	X	X	1988		X
1902			1931	[não tem]	X	1960		X	1989		X
1903			1932		X	1961		X	1990	X	X
1904	X	X	1933		X	1962	X	X	1991	X	X
1905	X	X	1934		X	1963	X	X	1992	X	X
1906	X	X	1935		X	1964		X	1993	X	X
1907			1936		X	1965		X	1994	X	X
1908	X		1937		X	1966		X	1995	X	X
1909	X	X	1938		X	1967		X	1996	X	X
1910	X	X	1939	X	X	1968		X	1997	X	X
1911			1940		X	1969		X	1998	X	X
1912	X	X	1941		X	1970		X	1999	X	X
1913			1942			1971	X	X	2000	X	X
1914			1943		X	1972		X	2001	X	X
1915		X	1944		X	1973		X	2002	X	X
1916		X	1945			1974		X			
1917			1946		X	1975		X			
1918	X	X	1947		X	1976		X			
1919			1948	X	X	1977		X			
1920		X	1949		X	1978		X			

3.3. PROCESSO DE ANÁLISE

No processo de análise foi adotada a estratégia metodológica de triangulação dos dados coletados através da pesquisa bibliográfica, da pesquisa documental e das comunicações pessoais.

ZIONI e SOUZA,⁶⁹ ao propor a triangulação para a análise dos dados levantados, grifam que esse recurso metodológico consiste na comparação entre dados quantitativos obtidos através de consulta a fontes de dados secundárias e diferentes práticas discursivas.

Argumentam as autoras que, com este procedimento, mais do que validar dados qualitativos se procuraria trabalhar as diferentes representações sobre a realidade que podem ser desenvolvidas em determinado contexto, construindo-se, dessa forma, um painel de possibilidades interpretativas. E acrescentam: esse painel que constituiria, em última análise, o produto final da pesquisa, contribuiria para o conhecimento da realidade sobre a qual as políticas públicas deveriam atuar, a partir de critérios técnicos.

No caso do presente trabalho as práticas discursivas se expressam de modo muito singular através daquelas derivadas de documentos de domínio público ou, mais claramente, legislação, noticiário e documento institucional produzido por agente público, e, secundariamente, por meio de comunicações pessoais.

A escolha da triangulação no processo de análise de dados obtidos neste trabalho – no qual se fez um longo recorte histórico, lançando-se mão de várias fontes de dados referentes aos cinco períodos históricos inseridos no período estudado –, objetivou averiguar a existência, ou não, de tendência apontando que a vigilância sanitária dos serviços de saúde se constitui em componente estratégico das políticas públicas de saúde.

4. A PROTEÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1. ANTECEDENTES – O PERÍODO MONÁRQUICO

FAUSTO⁶⁷ ao descrever o fim do regime monárquico, e o início do período histórico conhecido como a República Velha, destaca que uma série de fatores com pesos diversos o determinaram: o Exército – que por sua iniciativa quase exclusiva deu um pequeno, porém decisivo, empurrão para apressar a queda da Monarquia – e um setor expressivo da burguesia cafeeira de São Paulo, organizado no Partido Republicano Paulista (PRP) – que propiciou à República uma base social estável que, nem o próprio Exército, nem a população urbana do Rio de Janeiro, por si, podiam proporcionar. O autor pondera que a ausência do imperador, face à sua doença, retirou do centro das disputas um importante elemento de estabilidade, cujo prestígio se prestava para amortecer as queixas dos militares e os conflitos entre esses e a elite imperial. Por outro lado, não reconhece como decisivos nem o conflito entre a Igreja e o Estado, nem tampouco a Abolição da Escravatura, pois, ressalta, os fazendeiros do café do Vale do Paraíba, que eram os únicos adversários frontais dessa medida, já tinham se tornado uma força social inexpressiva em 1888.

A estabilidade social que a burguesia cafeeira logrou garantir depois do advento da República lastreava-se, no plano econômico, no fato de que o café já no decênio 1871-1880 havia passado a representar 56,6% do valor dos oito produtos principais sobre o valor total da exportação do país (Tabela 2), o que *essencialmente* se deu baseado no concurso da mão-de-obra escrava e, para certas funções, também no emprego da população livre pobre contribuindo para isso o crescimento vegetativo desse segmento

populacional, a migração interna e diversas formas de emancipação de escravos⁷⁰.

Tabela 2 – Brasil – Exportação de Mercadorias (% do valor dos oito produtos principais sobre o valor total da exportação)

Decênio	Total	Café	Açúcar	Cacau	Erva- mate	Fumo	Algodão	Borracha	Couros Peles
1821-1830	85,8	18,4	30,1	0,5	-	2,5	20,6	0,1	13,6
1831-1840	89,8	43,8	24,0	0,6	0,5	1,9	10,8	0,3	7,9
1841-1850	88,2	41,4	26,7	1,0	0,9	1,8	7,5	0,4	8,5
1851-1860	90,9	48,8	21,2	1,0	1,6	2,6	6,2	2,3	7,2
1861-1870	90,3	45,5	12,3	0,9	1,2	3,0	18,3	3,1	6,0
1871-1880	95,1	56,6	11,8	1,2	1,5	3,4	9,5	5,5	5,6
1881-1890	92,3	61,5	9,9	1,6	1,2	2,7	4,2	8,0	3,2
1891-1900	95,6	64,5	6,6	1,5	1,3	2,2	2,7	15,0	2,4

Fonte: Comércio Exterior no Brasil, nº 1, C.E. e nº 12-A, do Serviço de Estatística Econômica e Financeira do Ministério da Fazenda, em Hélio Schlittler Silva, "Tendências e Características Gerais do Comércio Exterior no Século XIX", *Revista da História da Economia Brasileira*, ano 1, jun. 1953, p. 8.

Extraído de: FAUSTO, 2007.

Zelar pela saúde da força de trabalho escrava mantinha-se como atribuição estranha ao Estado¹⁸ e as condições de vida desses trabalhadores eram precaríssimas: acomodavam-se em habitações insalubres, mal vestidos, mal nutridos, submetidos a intenso horário de trabalho – de dezesseis a dezoito horas, incluído o serão noturno –, debilitavam-se pelas parasitoses, tuberculose, sífilis e outras enfermidades, além das epidemias que assolavam o país (varíola, cólera e febre amarela), e eram assistidos nas fazendas por fazendeiros que se orientavam por guias médicos populares e Chernovitz* ou por curandeiros e feiticeiros. A síntese de tais condições de existência traduzia-se na elevada mortalidade da população cativa, ou seja, nos anos 1860, de cada 100 trabalhadores escravizados em boas condições de saúde somente 25% após 3 anos

* O *Formulário ou Guia Médico e o Dicionário de Medicina Popular*, escritos pelo Dr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, médico polonês que aportou no Rio de Janeiro em 1840, que tiveram grande repercussão, ficaram popularizados pela expressão *Chernoviz*.⁷²

estavam aptos ao trabalho, sendo que a duração média da força de trabalho era de quinze anos. A mortalidade infantil era de 88%.⁷¹ Dados recentes revelam que a expectativa de vida de um escravo do sexo masculino ao nascer, em 1872, era de 18,3 anos, enquanto a da população como um todo era de 27,4 anos. O cativo homem nascido nos Estados Unidos da América em torno de 1850 tinha uma expectativa de vida de 35,5 anos.⁶⁷

Ressalve-se que, em meados do século XIX, ocorreram alguns ensaios de incentivo à imigração para as regiões cafeeiras de São Paulo: em 1847, o senador e fazendeiro Nicolau de Campos Vergueiro, com recursos do governo imperial, trouxe imigrantes alemães e suíços para trabalhar em suas fazendas e outras do *Oeste Paulista** em regime de parceria.

A postura autoritária dos fazendeiros em relação aos parceiros gerou inúmeros atritos e, por fim, em 1856 explodiu uma revolta na Fazenda Ibicaba,** propriedade de Vergueiro na região de Limeira, e as tentativas de parceria cessaram. No entanto, a partir de 1871, coincidindo com a discussão e posterior aprovação da Lei do Ventre Livre,** retomaram-se os esforços para atrair imigrantes⁶⁷.

De modo global, a ação conjunta de particulares, direta ou indiretamente ligados à lavoura do café, e dos governos provincial e imperial procurava evitar a crise nas lavouras por carência de mão-de-obra e, quanto mais progredia o movimento abolicionista, tanto mais os governos imperial e principalmente o provincial agiam para suprir as lavouras cafeeiras de mão-de-obra.⁷¹

No início da década de 1870 coube ao governo provincial a iniciativa, o que mostrou com clareza as ligações entre a elite política de São Paulo e

* *Oeste Paulista*: designação de zona nova na qual a lavoura cafeeira se implantou, porém nas referências históricas essa região não corresponde com rigor ao oeste geográfico. Abrange de Campinas a Rio Claro, São Carlos, Araraquara, Catanduba (linha férrea da Companhia Paulista de Estradas de Ferro) e de Campinas para Pirassununga, Casa Branca e Ribeirão Preto (linha da Estrada de Ferro Mojiana), com grande disponibilidade de terras, cujo clima e solo – a *terra roxa* (de cor vermelha) – são sobremaneira favoráveis à lavoura do café.⁶⁷

** Situada atualmente no território do município de Cordeirópolis.

*** Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871.⁷³

os fazendeiros do café e, além disso, ficou evidenciado que o governo já dispunha de base financeira sólida para a empreitada de subvencionar a imigração em larga escala.⁶⁷ A Lei nº. 42, de 30 de março de 1871,⁷⁴ que autorizou o governo a tomar dinheiro junto ao público, através da emissão de apólices até a quantia de 600:000\$000 (600 contos de réis), para emprestá-lo aos fazendeiros com o fim de introduzir trabalhadores agrícolas nas fazendas, recebendo esses, por sua vez, 20 mil-réis como ajuda de custo para a viagem, marcou o início da imigração subvencionada para a província de São Paulo. Note-se a importância política conferida à imigração pela Assembléia Legislativa Provincial, pois 600 contos de réis representava 40% da renda da província, calculada em 1.500 contos de réis, soma realmente apreciável.^{67 71}

A província não poupou esforços, particularmente depois de 1880, para atrair imigrantes, constituindo-se em provas disso os recursos gastos com serviços de imigração e as providências contidas nas leis de 25 de abril de 1880 (nº. 108⁷⁵), de 21 de fevereiro e de 16 de julho de 1881 (nº. 36⁷⁶ e nº. 123⁷⁷), de 28 e de 29 de março de 1884 (nº. 26⁷⁸ e nº. 28⁷⁹), de 11 de fevereiro e de 5 de março de 1885 (nº. 14⁸⁰ e nº. 19⁸¹), de 6 de maio de 1886 (nº. 92⁸²), de 6 e de 11 de abril de 1887 (nº. 83⁸³ e nº. 95⁸⁴) e de 3 de fevereiro de 1888 (nº. 1⁸⁵)⁷¹

Ao longo dos anos a subvenção incorporou vários aspectos, incluindo hospedagem gratuita por oito dias em prédio construído pelo governo. A Hospedaria dos Imigrantes do Brás,* segundo GAMBETA⁸⁶ um vasto edifício projetado para abrigar 1.360 leitos, que *excepcionalmente* poderia chegar até 4.000, cuja construção foi iniciada em julho de 1886 e completada em 1888, foi inaugurada um ano antes com um terço das obras terminadas, pois um surto de varíola na antiga Hospedaria do Bom Retiro obrigou a transferência imediata dos imigrantes. O transporte para as fazendas,

* A Hospedaria dos Imigrantes do Brás funcionou como um verdadeiro mercado da mão-obra, da *mercadoria especial*, constituindo-se em um local onde os fazendeiros iam procurar trabalhadores para contratar, processo de contratação esse que foi sendo aperfeiçoado para evitar o desvio da mão-de-obra para outro tipo de trabalho e punir os "aliciadores de imigrantes", revelando a intervenção do Estado na formação do mercado de trabalho apontada por RIBEIRO e também por GAMBETA.^{16 86 71}

priorização de auxílio a imigrantes em família e que fossem se dedicar à agricultura, também foi uma forma de incentivo. Lançou-se mão ainda, para atraí-los, de associações particulares sem fins lucrativos, cujos recursos provinham do Estado, destacando-se, entre essas, a Sociedade Promotora da Imigração (SPI), fundada em 1886 na capital da província por fazendeiros, que funcionou até 1895 e introduziu em São Paulo 266.732 imigrantes.^{67 71 87}

Deste modo, o total de imigrantes entrados na província de São Paulo de 1880 a 1888, respectivamente, foi de 613, 2.705, 2.743, 4.912, 4.868, 6.500, 9.534, 32.110 e 91.826¹⁹, sendo que nesse último ano, o da Abolição da Escravatura, havia em torno 100.000 escravos nas lavouras de café e o fluxo de imigrantes em um só ano quase que ultrapassou o número de trabalhadores cativos nos trabalhos agrícolas.¹⁶

Conforme se viu anteriormente, já em 1887 a capacidade de absorção de mão-de-obra pela lavoura cafeeira havia atingido o máximo, a oferta de mão-de-obra superior às necessidades da lavoura acirrou a concorrência entre os trabalhadores e, por conseguinte, mantinha-se baixa a taxa salarial. Mas não só: a política de imigração levou à simultaneidade de salários baixos e expansão demográfica (Tabela 1) gerando problemas sociais graves – aglomeração urbana crescente, falta de moradia, insalubridade, higiene pública precária e epidemias. A experiência do Estado – lato senso – ao assumir a constituição do mercado de trabalho livre, necessariamente, tornou impeditiva a sua intervenção política restrita à organização do fluxo migratório ampliando-a no sentido da montagem de uma infra-estrutura institucional para atender aos problemas decorrentes do rápido crescimento populacional, ou seja, para tratar de questões vinculadas à população, como saúde e higiene pública.¹⁶

ZIONI¹⁸ quando aborda o emprego do trabalho livre e a produção cafeeira destaca, por um lado, sua implicação na formação de núcleos urbano-industriais e no desenvolvimento tecnológico – transporte (ferrovias e navio a vapor), comunicação (telégrafo) e processo produtivo (maquinário) – e do sistema bancário, e, por outro, sua implicação na emergência de

políticas sociais voltadas para o saneamento do meio e – com um pouco mais de ênfase em relação aos períodos anteriores – a manutenção da força de trabalho. A autora, no transcorrer do seu trabalho, demonstra que enquanto a força de trabalho foi cativa, ou melhor, enquanto não se constituiu uma numerosa população de trabalhadores livres e ocorreu o fim do trabalho escravo não emergiram medidas e políticas de saúde pública ou coletiva no país. E que foi justamente com essa realidade – caracterizada pela inexistência de políticas sociais ao lado da necessidade de sua implementação – que as elites e outros atores políticos se defrontaram no estado de São Paulo, no final do século XIX, quando se deu a criação do mercado de trabalho livre.

A este respeito, encontram-se bem registradas nos relatórios de presidentes e de três vice-presidentes da província de São Paulo,⁸⁸⁻¹²⁷ remetidos à Assembléia Legislativa Provincial, mais precisamente de 1831 a 1889, as conseqüências da ausência de políticas sociais. Basicamente, nesses documentos oficiais os dados relacionados ao processo saúde-doença, em todo o período, podem ser agrupados em três grandes eixos, a saber:

a) *saneamento, doenças e epidemias.*

Nas primeiras décadas colocou-se a necessidade de, a fim de cessar o enterramento em templos, promover a construção de cemitérios prestando auxílio, nesse sentido, a São Paulo e a outras municipalidades. O abastecimento de água na capital, que devia ser feito pela província porque a municipalidade não tinha renda para tal obra, foi objeto de viva discussão, sendo também apontada a relevância da instalação de matadouro público em São Paulo. No relatório de junho de 1872 o presidente da província, ao referir-se às zonas urbanas, constatou que as cidades do interior e a capital não apresentavam regularidade na edificação, não havia esgoto, nem abastecimento de água potável, enfim, não era compreendido o alcance dos preceitos higiênicos.

A lepra, inicialmente descrita nas vilas do norte, ensejava providências para conter seu progresso e a criação de hospitais de lázaros surgia como indispensável para minorar o padecimento dos leprosos e impedir que o mal continuasse a desenvolver-se livremente. Preocupado com o problema, um presidente da província chegou a ponderar no seu relatório: se o estrangeiro chamado Pedro Etchoin* anunciava a cura completa da morféia – sinônimo de lepra na época – por meios que lhe eram conhecidos, portanto, a descoberta do referido Etchoin mereceria ser estudada, observada em seus efeitos curativos e amparada pelos poderes públicos, pois a enfermidade continuava a fazer vítimas e exhibia incremento em muitos pontos da província e do país. Outro presidente, em seu relato, propôs mandar vir da Europa, ou do Rio de Janeiro, um ou dois médicos hábeis, que, estudando profundamente essa moléstia, e coligindo informações sobre o clima, sobre a água, sobre os alimentos, hábitos de vida dos doentes e outras circunstâncias, pudessem determinar a causa da freqüência tão espantosa da doença e habilitar a autoridade pública a tomar as medidas higiênicas que fossem convenientes. Chegou-se a nomear comissão para elaborar regulamento de higiene preventiva em relação à doença, mas seus membros entenderam que o regulamento somente deveria ser elaborado depois da construção de um grande lazareto, para 200 doentes, na capital.

Em dezembro de 1849, depois de se verificar no Rio de Janeiro os primeiros casos de febre amarela, a doença, que produziu drástica epidemia que tantas vítimas causou na capital do Império e em províncias do norte, apareceu em Santos e Paranaguá** e, em fins de 1853, foi detectada em Ubatuba. No litoral, ainda nessa quadra de tempo, em São Sebastião foi

* A Academia Imperial de Medicina, na década de 1840, enviou o Dr. Cláudio Luiz da Costa, para verificar em Itapetininga, província de São Paulo, o tratamento praticado pelo célebre Carlos Pedro Etchoin, nos lazaretos que fundara na vila. Nada era verdade nas curas propaladas por esse indivíduo. BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional de Leprosia. Tratado de Leprologia. Rio de Janeiro, 1950. v. I. p. 62-63.

** Paranaguá, então, pertencia à província de São Paulo. A província do Paraná foi criada em 1853, por meio da Lei nº 704, de 29-08-1853, que elevou a Comarca de Curitiba, na província de São Paulo, à categoria de província com a denominação de província do Paraná.

considerável a mortalidade de pessoas atacadas por moléstias do lugar e em decorrência da falta de socorros médicos.

Revelava certa *naturalização* do quadro nosológico reinante em São Paulo o detalhado relato do presidente José Thomaz Nabuco D'Araujo de 1º de maio de 1952:

SAÚDE PÚBLICA

À vista das informações que coligi, e afora os fatos seguintes que me parecem notáveis, assim como as moléstias gerais, e aquelas que nesta província são próprias das novas estações, e com elas sobrevêm mais ou menos intensas, mais ou menos variadas, o estado sanitário da província é lisonjeiro, graças à Divina Providência. Resulta das referidas informações.

1º. Que a doença mais freqüente em quase toda a província, que maior número de mortes produz, foi a hidropisia com todas as suas variedades;

2º. Que cresce espantosamente, e cada dia, o número de lázaros, o qual se eleva a 849, como consta no Mapa nº. 8º, faltando ainda as informações de alguns municípios. (...) Conheço que por mais vastos e guardados que sejam esses hospícios, será impossível encerrar neles muitos lázaros, que aí existem pertencentes às famílias mais abastadas, que sofreriam grande violência, sendo arrancadas do seu seio e privadas de seus desvelos as pessoas que lhes são mais caras, e pelas quais se expõem ao contágio. Todavia se não é completa a providência dos lazaretos, ao menos ela atenua e diminui o mal, e pode ser eficaz desde que, respeitadas os lázaros, que vivem em suas casas e com suas famílias, forem sem exceção reclusos nos lazaretos os que transitarem pelas ruas, e estradas, depois de advertidos.

3º. espantosa mortalidade de crianças, e grande número de partos infelizes, ou por si ou por suas conseqüências, em Sorocaba.

4º. Que todos os anos, passadas as chuvas, e depois das enchentes e vazantes dos rios (...) aparecem febres intermitentes, denominadas sezões* ou maleitas, as quais muito prejudicam as pessoas de Mogi-Mirim, Casa Branca, Campinas e Araraquara, e são mais funestas, e produzem muito mortes entre os habitantes, que residem nas proximidades dos ditos rios.

5º. Que em Santos apareceu no princípio deste ano uma disenteria, que tem causado não poucas mortes na classe menos abastada da sociedade, a maior parte delas de

* Febre intermitente ou periódica; malária, maleita, paludismo; impaludismo, batedeira, tremedeira.¹⁶

crianças menores de 12 anos. Pelas últimas datas consta que esse mal está quase acabando.

6°. Que em Lorena foram 73 pessoas acometidas das bexigas, e delas pereceram 10 no ano pretérito.

7°. Que em Campinas também faleceram 4 pessoas de bexigas ficando salvas 16. Aqui, foi o mal embargado em seu princípio, mediante as medidas higiênicas que tomei.

8°. Que em Cananéia reinou também uma cólica biliosa, que invadiu geralmente todas as casas, morrendo porém quatro pessoas somente.

9°. No mês de dezembro do ano pretérito manifestou-se na vila d'Itapetininga uma epidemia, caracterizada como febre tifóide com diferentes variedades, aparecendo não raras vezes como tifo abdominal. Para logo, e em presença de casos funestos que chegaram ao meu conhecimento, dei todas as providências que couberam à minha autoridade: enviei àquela vila, para curar gratuitamente os pobres, o Dr. Theodoro Langaard (...), ordenei à Câmara Municipal que, de acordo com ele, tomasse as medidas sanitárias que fossem urgentes para evitar o progresso do mal, autorizei-a, e habilitei-a com os meios necessários para socorrer os enfermos desvalidos. Essa epidemia, que tantas vítimas fez, está acabada. Congratulo-me convosco pela cessação desse flagelo; graças à Divina Providência, reconhecimento ao governo imperial por haver aprovado todas as despesas, que sob minha responsabilidade autorizei para o fornecimento de remédios aos doentes pobres, e execução de medidas sanitárias. (...).

Quanto à febre amarela.

Em nenhum ponto da província se manifestou a febre amarela, nem tem reaparecido em Ubatuba e Santos, onde até junho do ano passado [1851] ela reinou. (...).

Pelo Mapa nº. 10 vereis também qual o número de pessoas vacinadas. Convém dizer-vos que essa repartição não está regularmente montada, por se não acharem preenchidos os lugares de vacinadores municipais, e paroquiais.

A cólera chegou a Belém do Grão-Pará em maio de 1855, importada pela galera portuguesa Deffensor, em cujas imediações a doença grassava. Do Pará a epidemia atingiu a Bahia e o Rio de Janeiro, capital do Império, respectivamente, em junho e julho do mesmo ano. Tal fato preocupava o presidente da província de São Paulo e – mais ainda – a falta de médicos: solicitou-os ao governo imperial obtendo resposta negativa em função da Corte não contar com médicos disponíveis. O vice-presidente Antonio Roberto de Almeida, enviou médicos para Iguape e São Sebastião e práticos

para Cananéia e Xiririca [atual Estância Turística de Eldorado], sendo, afinal, registrados poucos casos da terrível moléstia.

Logrou-se evitar os efeitos trágicos da cólera, mas logo após (1857), em Iguape, a coqueluche se apresentou com caráter epidêmico, que não poucas vítimas fez na cidade, depois de alguns anos o sarampão acompanhado de diarreia com sangue atingiu iguapenses e, na seqüência, observou-se menção à contratação de imóvel para funcionar como lazareto, em Santos, na eventualidade de surto de febre amarela.

No relatório de 1878 o presidente foi peremptório: o estado sanitário da província deixou a desejar. Febres de mau caráter acometeram pessoas em Cachoeira, Itanhaém e Ubatuba, o tifo fez vítimas em São Bernardo, São Caetano e Cananéia e, ao lado de outras doenças, em Santos ocorreram casos de febre amarela, tendo sido grande o movimento hospitalar. Na realidade, a cidade de Santos continuava a ser visitada por cruéis epidemias, pois as causas favoráveis à propagação das doenças não tinham sido removidas. Mas não eram privilégio dessa municipalidade litorânea as péssimas condições sanitárias e suas gravíssimas decorrências. Nesses anos as febres de mau caráter afetaram mais de 300 pessoas em Cananéia, vindo a falecer 62 pessoas, e outras tantas em Ubatuba, Limeira, Rio Claro e Belém do Descalvado.

A manifestação epidêmica de febre amarela não abandonou Santos, mas em 1889 também grassou *serra acima* atingindo a população da importante municipalidade de Campinas.

Durante o período 1831 a 1889 a varíola continuou assolando a capital e as demais municipalidades do interior da província de São Paulo. Eram contínuas as menções, nos documentos oficiais, à ocorrência da doença, à sua intermitente manifestação epidêmica e às localidades nas quais residiam as pessoas vitimadas – que faleceram – pela varíola e as que adoeceram, porém se recuperaram. Outra face de tais menções partia do pressuposto da importância da vacinação anti-variólica – prática preventiva conhecida, no continente Europeu, desde o final da última década do século XVIII –, portanto, que impunha-se ao governo a divulgação da vacina contra

a varíola. Mas nesse ponto é que residia o problema sobre o qual vai se tratar adiante;

b) *estabelecimentos.*

Informações financeiras, patrimoniais, estruturais e atinentes à movimentação de pessoas assistidas pelos estabelecimentos – hospitais, casas de saúde, maternidades, asilos, albergues, dentre outros –, vinculados às instituições beneficentes e filantrópicas, vão aparecendo nos relatórios à medida que são fundados e ou entram em operação. À exceção de iniciativas com a finalidade de garantir instalações permanentes para abrigar as pessoas denominadas alienadas e as designadas morféticas, durante a maior parte do período a iniciativa do poder público concentrou-se na emergência dos – muitos e recorrentes, mas não raramente simultâneos –, processos epidêmicos.

Entretanto, revelou-se nos relatos expressões de preocupação com a ausência de estabelecimentos ou com o seu funcionamento inadequado ou, ainda, com as próprias pessoas alienadas ou morféticas. Justamente neste período histórico ocorreram discussões e – mais do que isso – decisões sobre a instalação de tais hospitais. O hospital para alienados, por exemplo, foi instalado inicialmente em uma casa provisória na Rua São João, em 1852, e, dez anos depois, o presidente da província João Jacyntho de Mendonça tecia considerações sobre suas condições estruturais e de funcionamento: ponderava que, ainda, não podia ser considerado um estabelecimento em condições de satisfazer os seus fins, pois era preciso torná-lo apto a preencher sua missão e ampliá-lo. Como estava não passava de cárcere em que se recolhiam os insanos, vindos de qualquer ponto da província, afirmou, e propôs que se construísse, desde logo, um pequeno hospício, de modo que pudesse ser aumentado no futuro, projetando-se um plano previamente adotado, para o que mandou providenciar planta e orçamento. Na mesma ocasião, em relação ao hospital dos lázaros, esse presidente manifestou sua indignação nesses termos: respeito as intenções

dos seus fundadores, e as dos que o administram, mas mentiria à minha consciência se não lhes dissesse que ou se fecha aquele sepulcro ou se abre as portas de um hospital regular, indo ao auxílio da caridosa irmandade de Nossa Senhora da Consolação e São João Baptista, que o tem a seu cargo;

c) instituições públicas (geral, provincial e municipal).

O período no qual atuaram os presidentes e vice-presidentes da província de São Paulo, cujos relatórios foram analisados, caracterizou-se por uma combinação perversa para a saúde pública. Ocorreu, de um lado, o progressivo crescimento da problemática de saúde coletiva mediante a incorporação de novos problemas sem que o Estado – lato senso – houvesse tomado providências razoavelmente efetivas no enfrentamento dos antigos problemas. Uma ilustração: a reintrodução da febre amarela no país, em 1849, após um *silêncio* de 156 anos* (1692-1848), acarretou o alinhamento do seu coeficiente de mortalidade junto àqueles de enfermidades, como tuberculose, varíola e malária, presentes já na formação do Brasil contemporâneo. De outro lado, procederam-se quatro reformas na organização das instituições de saúde do Império em 1828, 1850-1851, 1882 e 1886.

A Reforma da Década de 1820

Na reforma da década de 1820, a Assembléia Geral Legislativa aprovou decreto legislativo,¹²⁹ resultando na Lei de 30 de agosto de 1828,¹³⁰ que extinguiu os cargos de Provedor-mor da Saúde, Físico-mor e Cirurgião-mor do Império, passando para as Câmaras Municipais e justiças ordinárias as atribuições que lhes competiam, o que significou a extinção de dois

* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Capacitação em Diagnósticos e Manejo Clínico de Febre Amarela – Febre Amarela Situação Epidemiológica no Brasil*. Porto Alegre, 2009.

órgãos médicos. Deixaram de existir a Provedoria-mor da Saúde – instituída em 1809 e regulamentada quando da publicação do seu regimento no ano seguinte, cujo objetivo era a conservação da saúde pública¹³¹ (controle sanitário dos portos, embarcações, passageiros, alimentos, açougues, matadouros, entre outros) –, e a Fisicatura-mor* – as suas atribuições eram divididas entre dois tipos de autoridade: a) o Físico-mor, a quem competia tudo que se referia à prática da medicina, regulamentação e fiscalização de boticas e lojas de drogas, realização de exames com fins de licenciar as atividades de boticário, droguistas, de cirurgiões que curavam de medicina (moléstias internas), de pessoas que curavam sem possuírem formação de médico ou cirurgião, dentre outros; b) o Cirurgião-mor, a quem competia funções análogas às do Físico-mor, porém atinentes à prática de cirurgia e aos procedimentos formais de licenciamento das atividades de cirurgião, sangrador, dentista, parteira, daquelas pessoas que se ocupavam em aplicar bichas e ventosas e outros.^{130 132 133}

A Lei de 1º de outubro de 1828,¹³³ que tratou das competências e do funcionamento das Câmaras Municipais, de suas atribuições e do processo para a sua eleição e também dos Juízes de Paz, reservou àquelas o papel institucional de *corporações meramente administrativas e que não exerceriam jurisdição alguma contenciosa* (Art. 24, Título II). Às Câmaras foi vedado juridicamente obrigar a execução de suas posturas, ou seja, não lhes era facultada a possibilidade administrativa da auto-executoriedade de suas posturas, independentemente do Juiz de Paz. Assim, aos seus fiscais cabia vigiar a observância das posturas e promover a sua execução advertindo – particularmente ou por meio de editais – os que fossem obrigados a cumpri-las e, nos casos de verificação de descumprimento, deviam comunicar aos procuradores das Câmaras (Art. 85), os quais demandariam aos Juízes de Paz a execução das posturas e a imposição das penalidades a quem não as estivessem observando (Art. 81). Era privativo dos Juízes de Paz o julgamento de multas por infrações às

* Ver PIMENTA, T.S. Artes de Curar: Um Estudo a Partir dos Documentos da Fisicatura-Mor no Brasil do Começo do Século XIX. 1997.¹³¹

posturas das Câmaras (Art. 88). Nessa Lei Orgânica das Câmaras Municipais estava embutido uma parte dedicada à *codificação de posturas* (Art. 66 a 73, Título III – Posturas Policiais), visando disciplinar os serviços municipais das cidades e vilas,¹²⁹ que expandiu o seu campo de atuação administrativa para além dos objetivos de somente manter a tranquilidade e segurança dos habitantes, incorporando a higiene pública, enfim, o objetivo de promover a saúde da população – *encargo leigo da saúde* ao qual se opôs a corporação médica por duas décadas.¹³²

O único requisito para ocupar o cargo de Provedor de Saúde da Câmara era ser vereador. Desse modo, o Regulamento de 17 de janeiro de 1829¹³⁴, ao tratar da Inspeção da Saúde Pública dos Portos da Corte e Vilas Marítimas, antes a cargo da Provedoria-mor da Saúde – órgão médico –, instituiu uma comissão com os seguintes componentes: o Provedor da Saúde, vereador escolhido pela Câmara e chefe da comissão, um Professor de Saúde, médico ou cirurgião aprovado em medicina e diretor das visitas, um intérprete, um guarda-bandeira e os guardas necessários.

A municipalização do serviços de saúde pública, de acordo com administradores e autoridades da época e, concretamente, pelos efeitos observados no estado sanitário da cidade do Rio de Janeiro, e também no de outras cidades brasileiras, nenhuma melhoria trouxe.¹²⁹ A oposição dos médicos à atuação das Câmaras ampliou-se politicamente após a fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, denominada Academia Imperial de Medicina, em 1835.

Esta oposição se dava através de três eixos: a) de discursos críticos que apontavam a incoerência de uma espécie de *higiene desmedicalizada*; b) da participação na própria Câmara Municipal através de seus pares, eleitos vereadores, e em outras instâncias, objetivando manter o aparato do Estado sob sua influência técnica, política e galgar, assim, uma posição central no esquema de poder; c) da proposição de assessoramento ao poder público, o que lhes propiciava *influenciar* na realidade sanitária. Nesse sentido, nada mais relevante do que o Relatório da Comissão de

Salubridade Geral* da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que expressava um programa de intervenção na problemática da higiene pública, ter sido organizado em 1830 pela Câmara Municipal, da então sede do Império, e promulgado como *Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro em 1832* (Código de Posturas de 1832¹³⁵).¹³² Importante atentar para o Título V dessas posturas nas quais revelavam-se preocupações com a conservação e instalação apropriada de hospitais, a intervenção do poder público instituindo o isolamento de pessoas com moléstias contagiosas e o controle sanitário de navios e passageiros:

TÍTULO V

Sobre Hospitais e Casas de Saúde e Moléstias Contagiosas

§ 1º. Os hospitais públicos, ou irmandades, que se acham atualmente nesta cidade, serão conservados, até que possam ser transferidos para lugares mais apropriados. Nenhum particular ou corporação poderá estabelecer em qualquer parte mais hospitais, ou casas em que recebam doentes a tratar de qualquer enfermidade, sob qualquer pretexto que seja, sem licença da Câmara: [...]

§ 2º. Fica proibido a qualquer pessoa tratar por negócio em sua casa, doentes sem licença da Câmara: [...]

§ 3º. Quando, o que Deus não permita, se verificar entre nós alguma moléstia de terrível contágio, as pessoas que dela estiverem infectadas serão obrigadas a se recolher a lugares para isso designados pela Câmara, ou por ela permitidos: [...]

.....
§ 5º. Todo capitão, comandante, ou mestre de navio que deixar chegar a seu bordo, ou dele sair, alguma pessoa antes da visita da saúde, será multado em 20\$ [...]

§ 6º. Em nenhuma casa particular ou pública se receberá qualquer pessoa vinda de bordo de algum navio entrado no porto, sem que este tenha sido despachado pela visita da saúde: [...]

(BARBOSA, P.; REZENDE, C.B. 1909, p.38-39.)

No período 1828 a 1850, a trágica continuidade da varíola como enfermidade de massa originou alguns serviços específicos para a difusão

* Relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. In: *Semanário de Saúde Pública*, 9 abr. 1831, nº 15. p. 77-80, citado por MACHADO et al.¹²²

da vacinação específica contra a doença. Ressalve-se que a vacina anti-variólica, depois de ser introduzida no Rio de Janeiro em 1804 só começou a ser propalada com alguma regularidade a partir de 1811, quando foi fundada a Junta da Instituição Vacínica, porém com o correr do tempo evidenciou-se a ineficiência desse serviço, que havia se dedicado fundamentalmente à divulgação do recurso profilático no Rio de Janeiro, descuidando-se de favorecer sua expansão nas províncias.¹²⁹ Corroborando tal constatação, em 1819 criou-se a Instituição Vacínica da Capitânia de São Paulo, que realizava seus trabalhos no Palácio do Governo, vacinando em dias pré-determinados. Algum tempo depois a vacina ficou em falta e só foi reintroduzida, já na província de São Paulo, pelo médico Hércules Octaviano Muzzi, o qual teria vacinado toda a população da Imperial Cidade de São Paulo.¹³⁶

A maioria dos presidentes da província de São Paulo, freqüentemente, criticava à má vontade das pessoas em relação ao benefício que poderia advir da vacinação, resultando dessa incompreensão diminuto número de pessoas vacinadas. No entanto, temendo que, caso os vacinadores ficassem entregues à inspeção das Câmaras, não fossem colhidas as vantagens que se pretendia obter com a publicação da Lei nº. 21, de 5 de março de 1838, *Sobre a Propagação da Vacina*,¹³⁷ o governo provincial entendeu que era acertado reunir em um centro os diversos vacinadores, criando o Diretório Vacínico na capital.

O Diretório correspondendo-se com os encarregados da vacina nos demais municípios lhes forneceria o fluído vacínico e outros objetos necessários para o desempenho de suas obrigações. Além disso, periodicamente informaria ao governo a situação do estado vacinal na província e os vacinadores cumpririam os seus deveres proporcionando melhoramentos nesse ramo do serviço público.

Para isso, era preciso aumentar os recursos consignados para a vacina, de maneira a gratificar o diretor em correspondência com o seu trabalho e também gratificar os demais vacinadores da província, afora ser necessária autorização legislativa para a nomeação dos membros do

serviço. Ponderava o presidente da província, no ano seguinte à publicação do citado regulamento, que algumas Câmaras conseguiam vacinadores gratuitos, mas a maior parte oficiava ao presidente pedindo recursos para pagá-los, e aduzia: existiam municipalidades com territórios extensos e seria difícil o povo se deslocar de todas as partes até a Câmara, sendo, portanto, mais razoável que o vacinador percorresse as freguesias do seu município, porém, nesse caso, seria necessário aumentar a módica quantia que, então, recebiam os vacinadores. Criticava os Juízes de Paz porque, esses, não faziam as notificações previstas no regulamento.

A Assembléia Legislativa Provincial de São Paulo, por meio da Lei nº. 1, de 8 de fevereiro de 1840,¹³⁸ que *Aprova as Disposições Contidas nos Primeiros 12 artigos do Regulamento de 3 de agosto de 1838, e Autoriza o Presidente da Província a Nomear os Empregados do Diretório Vacínico*, autorizou o governo provincial a nomear os empregados do Diretório Vacínico e os vacinadores dos municípios e dar-lhes gratificações. Contudo, as leis orçamentárias, sobretudo as votadas a partir de 1848 até 1862, ora aumentavam, ora reduziam os vencimentos dos empregados.¹³⁶

O Diretório Vacínico continuou dispensando atenção, chegando-se a propor, em função da diferenças constatadas quando se comparava os municípios, que o acertado seria remunerar uma pessoa em cada comarca para dirigir o Instituto filial. Tal pessoa deveria dedicar-se não só à vacinação, mas também à fiscalização do seu emprego e à propaganda de tão útil recurso. Dúvidas não existiam de que esse serviço público produzia benefícios, sendo as despesas amplamente compensadas, porque como, grande número de vidas ficava a coberto dos estragos da varíola, a continuação de tão importante trabalho a cargo do diretório era obra da humanidade. Contudo, os recursos votados não estavam permitindo que a vacina tomasse o desenvolvimento desejado.

Face à ineficiência da Junta da Instituição Vacínica, mencionada anteriormente, a fim de remediar essa grave situação, o governo imperial reformulou-a e criou o Instituto Vacínico, regulamentado pelo Decreto nº. 464, de 17 de agosto de 1846,¹³⁹ que *Manda Executar o Regulamento do*

*Instituto Vacinico do Império.*¹²⁹ Era previsto um Comissário Vacinador Provincial na capital de cada província e Comissários Vacinadores Municipais – a remuneração desses últimos caberia aos municípios.

A Reforma dos Anos 1850 e 1851

A reforma dos anos 1850 e 1851 vinha se anunciando há anos, especialmente a partir da publicação do Decreto nº. 268, de 29 de janeiro de 1843¹⁴⁰, que *Contém o Regulamento das Inspeções de Saúde dos Portos*, por meio do qual o governo imperial reassumiu a competência pelo controle sanitário dos portos encerrando qualquer interferência das Câmaras Municipais e estabelecendo que o Provedor da Saúde deveria ser médico ou cirurgião abolindo, assim, o cargo de Professor de Saúde.

Em dezembro de 1849, frente a severa epidemia de febre amarela que assolou o Rio de Janeiro, o Ministério dos Negócios do Império não esperou pelas ações da Câmara Municipal, assumiu o comando da Saúde Pública e, como não dispunha de órgão sanitário próprio, solicitou à Academia Imperial de Medicina que elaborasse o plano de combate à epidemia. De imediato se organizou a Comissão Central de Saúde Pública, que nomeou e colocou em funcionamento oito Comissões Paroquiais. Tal plano, publicado pelo Aviso nº. 10, de 14 de fevereiro de 1850,¹⁴¹ se intitulava *Providências para Prevenir e Atalhar o Progresso da Febre Amarela, Mandadas Executar pelo Ministério do Império por Aviso desta Data* e resgatava elementos centrais constitutivos da polícia médica, ou melhor, da autoridade administrativa médica sobre a saúde e higiene pública. Baseado nesse modelo, foi criada pelo Decreto nº. 598, de 14 de setembro de 1850,¹⁴² a *Junta de Higiene Pública*, regulamentada pelo Decreto nº. 828, de 29 de setembro de 1851,¹⁴³ que *Manda Executar o Regulamento da Junta de Higiene Pública.*^{129 132}

No Decreto nº. 828, de 29-9-1851, a *Junta Central de Higiene Pública*, conforme passou-se a denominá-la, exerceria sua autoridade no município e

na província do Rio de Janeiro. As províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul contariam com *Comissões de Higiene Pública** compostas de três membros, nomeados pelo governo geral, e nas demais haveriam somente *Provedores de Saúde Pública*, o que vinha a ser o caso da província de São Paulo.

O presidente da província de São Paulo, Antonio Candido da Rocha, em relatório do início de 1870, registrou que a Inspetoria da Saúde Pública – criada por aquele decreto imperial de 1851 sob a designação de Provedoria de Saúde Pública e renomeada para Inspetoria de Saúde Pública em 1857** –, no início da sua gestão, no ano anterior, ainda não estava organizada. No entanto, informou que em matéria de tal magnitude e sendo tão sensível essa ausência, solicitou providências ao governo imperial, que, por carta de 15 de dezembro de 1869, nomeou o médico Pedro Romão Borges de Lemos para o importante cargo de Inspetor de Saúde Pública Provincial. Frise-se: esse cargo havia ficado vago por dezoito anos – do final de 1851 a dezembro de 1869 –, sendo que o *seu primeiro titular o ocupou durante poucos meses*, afastando-se em julho do ano seguinte ao da sua nomeação.

Por meio de Carta Imperial da mesma data, 15 de dezembro de 1869, foi nomeado também o médico Henrique da Cunha Moreira para Inspetor de Saúde do Porto de Santos, contudo, como esse profissional acabou não aceitando o posto, o presidente continuou fazendo diligências para preencher rapidamente o cargo de Inspetor de Saúde desse importante porto alfandegado da província.

O presidente Antonio Candido da Rocha destacou que, em face do pedido de demissão do Comissário Vacinador Provincial, havia solicitado a nomeação de outro médico para o cargo.

* Extintas e substituídas em cada província por um Inspetor de Saúde Pública pelo Decreto nº. 2.052, de 12 de setembro de 1857 (Art. 9º) e restabelecidas pelo Decreto nº. 6.378, de 15 de novembro de 1876 (Art.5º).¹²⁹

** O Provedor de Saúde Pública passou a ser denominado Inspetor de Saúde Pública nos termos do Decreto nº. 2.052, de 12 de setembro de 1857 (Art. 9º).¹²⁹ Estendia-se, naturalmente, que, a depender do nome do cargo, seu titular era o coordenador da Provedoria de Saúde Pública ou da Inspetoria de Saúde Pública.

A ausência de estatísticas provinciais sobre saúde e socorros públicos era apontada como inaceitável administrativamente.

O procedimento de vacinação contra a varíola, os recursos necessários para realizá-lo e sua institucionalização continuavam apresentando contornos de importante discussão política, envolvendo problema de saúde pública, a demandar solução. Assim, chegou-se a apontar que os resultados insignificantes da vacinação deviam-se ao fato do fluído vacínico ser de má qualidade e não produzir efeitos nas pessoas a quem era aplicado.

O governo imperial, satisfazendo uma necessidade sentida, nomeou Inspetor de Saúde Pública da província de São Paulo o Dr. Joaquim Pedro Villaça Junior, por decreto de 19 de outubro de 1880, propiciando a execução na província do Decreto nº. 828, de 29 de setembro de 1851, e outras disposições de interesse da higiene pública, relatou o presidente Laurindo Abelardo de Brito.

O segundo Inspetor de Saúde Pública Provincial pediu exoneração e *também ocupou por pouco tempo o cargo*. O vice-presidente Joaquim Egydio de Souza Aranha, em seu relatório do início de 1882, manifestou-se sobre a insignificante retribuição que o Estado concedia a quem se incumbisse de exercer as funções de Inspetor de Saúde Pública, o que estava dificultando o provimento desse cargo tão importante, e, acrescentou, ser óbvio o inconveniente que produzia a ausência da autoridade sanitária, a quem competia o encargo de altas – e importantes – medidas preventivas.

A Assembléia Legislativa Provincial, através de artigo incluído na Lei nº. 52, de 24 de abril de 1874,¹⁴⁴ havia autorizado a organização do Instituto Vacínico Provincial, determinando que fosse elaborado, o que foi feito pelo presidente da província, o seu regulamento. Ficou estabelecido nessa regulamentação que o Inspetor Geral deveria requisitar a vacina do Instituto Vacínico do Império.¹³⁶ No ano seguinte o Instituto Vacínico Provincial contava com Comissário Vacinador Provincial e haviam sido nomeados vacinadores locais em Campinas, Itapetininga, Casa Branca, Santa Rita de Passa Quatro, Araras, Cananéia, Botucatu, Amparo, São Luiz, Piedade e

Limeira. Contudo, exatamente como o órgão que o antecedeu, o Instituto Vacínico também foi mal provido de recursos e resultou ineficaz, o que acarretou o seu fechamento, por meio da Lei nº. 22, de 5 de maio de 1877.

¹⁴⁵ O presidente da província de São Paulo, analisando a evolução de tais acontecimentos, em janeiro de 1882, manifestou-se nos seguintes termos:

a (...) prática da vacina na província não pode continuar exclusivamente dependente dos fracos auxílios que lhe dá o governo geral. É sem dúvida preferível prever o mal do que combatê-lo com sacrifício da população que, por sua vez, deve ser compelida a utilizar-se dos benefícios da vacina, pois a estatística das epidemias mostra que a menor mortalidade dá-se entre os vacinados ou revacinados.

(EGAS, E. 1927, p. 895. v.1)

Durante as décadas de 1850 a 1870 presidentes da Junta Central de Higiene Pública e ministros diagnosticaram insuficiências – de pessoal, de recursos orçamentários e da estruturação organizacional – do aparato sanitário do Império, comissões foram criadas pra propor soluções, mudanças no plano administrativo ocorreram¹²⁹ e, por fim, deu-se a reforma dos serviços.

Dias antes da publicação do ato administrativo que reformou o aparato sanitário imperial, por decreto de 7 de janeiro de 1882 foi nomeado o terceiro Inspetor de Saúde Pública Provincial, o médico Genuíno Marques Mancebo, relatou o presidente Francisco de Carvalho Soares Brandão.

A Reforma de 1882

A reforma de 1882, instituída pela publicação do Decreto nº. 8.387, de 19 de janeiro de 1882,¹⁴⁶ que *Manda Observar o Regulamento para o Serviço de Saúde Pública* e revogou o Decreto nº. 828, de 29-9-1851, dispôs sobre a Junta Central de Higiene Pública – composta por nove membros efetivos: o presidente, o vice-presidente, o Inspetor de Saúde dos Portos, dois químicos, doutores em medicina, encarregados dos trabalhos de

análises, de membros honorários em número ilimitado e sete adjuntos – cujas atribuições estender-se-iam sobre tudo que pudesse interessar à saúde pública, merecendo destaque o exercício das artes de curar e os profissionais relacionadas a quaisquer dos seus ramos.¹²⁹ Exerceria sua autoridade na municipalidade do Rio de Janeiro diretamente, por intermédio das Comissões de Higiene Pública em cada uma das paróquias do município da Corte e por meio de auxiliares nas províncias. Nas capitais das províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul se instalariam Juntas de Higiene Pública Provinciais compostas de três membros, entre os quais o Inspetor de Saúde dos Portos, e nas demais haveriam *Inspetores de Higiene Pública*, nomeados pelos presidentes das províncias, o que vinha a ser o caso da província de São Paulo.

O regulamento poderia satisfazer certas necessidades sentidas na organização sanitária da época, porém nunca chegou a entrar em plena execução porque, como se criou novos cargos e despesas permanentes, os respectivos créditos jamais chegaram a ser votados pela Assembléia Geral Legislativa. Conseqüentemente, esta reforma não produziu nenhum efeito positivo sobre as condições gerais de salubridade, continuando o governo geral lançando mão de medidas ocasionais para prover as necessidades públicas.¹²⁹

A reforma que se frustrou porque a Assembléia Geral Legislativa não aprovou os recursos pertinentes, em São Paulo não interrompeu o debate sobre a urgência de fazer com que o Instituto Vacínico Provincial estivesse em condições de perfeito funcionamento em face dos casos de varíola que se amiudavam. E não era para menos, pois epidemia de varíola manifestou-se em várias localidades, o que fez com que o presidente Domingos Antonio Raiol, Barão de Guajará, determinasse que o Inspetor de Saúde Pública, o médico Genuíno Marques Mancebo, seguisse para Lorena em agosto de 1883, depois Cajuru e, dada a ocorrência de óbitos de dois enfermos na capital, nomeou, em seis de novembro desse ano, comissão composta pelo Inspetor de Saúde Pública – o presidente continuava preferindo designá-lo assim ao invés de Inspetor de Higiene Pública como se instituiu na

nomenclatura da reforma de 1882 –, o Chefe de Polícia e o presidente da Câmara Municipal, entre outras providências.

Não se conseguiu localizar quando, depois de seis de novembro de 1883, o médico Genuíno Marques Mancebo deixou de ser o Inspetor de Higiene Pública, sendo que um autor refere que não teria chegado a completar dois anos.⁸⁶ De qualquer forma, em 28 de janeiro de 1884, o presidente Domingos Antonio Raiol, nomeou interinamente, e sem vencimentos, o quarto inspetor sanitário de todo o período monárquico, o médico Marcos de Oliveira Arruda, para dirigir a Inspetoria de Higiene Pública da província de São Paulo.

A problemática da saúde e higiene pública continuava na pauta dos dirigentes da província. Em seu relato escreveu o presidente José Luiz de Almeida Couto que a higiene estava muito longe de atingir a altura a que tinha direito a saúde do povo. Na província, como em todo o Império, permanecia muito aquém não só do nível que lhe prescreveria a ciência, mas também das justas aspirações da salubridade pública. Exigia o eficaz concurso provincial e municipal. Ou seja: devia ser melhorada. Parecia antever esse presidente a derradeira tentativa de reformar os serviços de saúde que se daria ainda no regime monárquico.

A Reforma de 1886

No ocaso do século XIX, deu-se a reforma de 1886. O Decreto n.º 9.554, de 3 de fevereiro de 1886,¹⁴⁷ que *Reorganiza o Serviço Sanitário do Império*, introduziu um Conselho Superior de Saúde Pública com caráter consultivo e os serviços foram divididos em serviço sanitário de terra, a cargo da Inspetoria Geral de Higiene, e serviço sanitário dos portos, a cargo da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, ambos órgãos médicos.

A Inspetoria Geral de Higiene substituiu a Junta Central de Higiene Pública e o Instituto Vacínico e era composta pelo Inspetor Geral de Higiene, 4 membros da Inspetoria, 1 secretário médico, auxiliares – 1 médico

encarregado da estatística demógrafo-sanitária, 4 químicos para análises, 2 farmacêuticos para fiscalização de farmácias e desinfetadores em número indeterminado – e Delegados de Higiene no município da Corte em paróquias urbanas e suburbanas. Nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul se organizaram Inspetorias de Higiene Provinciais, contando nas capitais com 1 Inspetor de Higiene, 2 membros da Inspetoria (médicos) e 1 secretário, e Delegados de Higiene nas cidades e vilas mais importantes. As outras províncias passaram a contar, nas capitais, com Inspetor de Higiene e com Delegados de Higiene nas cidades e vilas mais importantes.

A Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, compunha-se de 1 Inspetor Geral de Saúde dos Portos, 4 Ajudantes médicos e 1 secretário médico, exercia sua autoridade diretamente no porto do Rio de Janeiro e através das Inspetorias de Saúde dos Portos nas províncias marítimas do Império.

Neste regulamento, entre outras atribuições, enfatizou-se a rigorosa fiscalização sanitária dos estabelecimentos públicos ou privados em que havia aglomeração de pessoas,¹²⁹ destacando-se os hospitais, as casas de saúde e as maternidades – nesse caso salientaram-se disposições sobre licenciamento para instalação de novos estabelecimentos, averiguação de condições estruturais e adequação dos já existentes, inspeção, verificação de óbitos ocorridos em contextos epidêmicos e outras.

Com esta reforma, o presidente da província que antes considerava ser incipiente a organização deste ramo de serviço público, pelo que não podia atender aos graves problemas a ele afetos, passou a acreditar que a prestação de serviços se tornaria eficaz e, assim, contribuiria para a melhoria das condições sanitárias, o que estava estreitamente vinculado ao esforço realizado pelas elites políticas de São Paulo para atrair imigrantes.

Destacava que desde 1882 não se registrava epidemia na capital ou no interior e – frisava – o Instituto Vacínico necessitava de reorganização para servir ao público em larga escala. E alertava: convinha não só tornar obrigatória a vacinação e dar aos respectivos funcionários meios de bem exercerem os seus encargos, como ainda fazer com que o público se

convencesse das vantagens da vacina. Insistiu na importância de organizar-se um serviço de estatísticas na província.

A regulamentação do serviço de higiene era inadiável. Sobrepuñham-se precárias condições sanitárias, enfermidades de massa e epidemias, o aumento célere da imigração de trabalhadores (não raramente acompanhados de familiares), a robusta expansão demográfica e o crescimento de cidades com infra-estrutura urbana sofríveis. O pior dos cenários para a burguesia cafeeira completava-se com a qualificação,¹⁶ no exterior, da província de São Paulo como das mais *inóspitas e insalubres*, em momento histórico no qual documento elaborado pela emigração da Itália era distribuído entre os prefeitos das cidades italianas estimulando-os a desaconselhar seus habitantes a emigrarem para o Brasil.

A varíola grassava em cidades do interior de São Paulo e tecia o pano de fundo coadjuvante à publicação da Lei nº. 29, de 16 de março de 1888,¹⁴⁸ que *Autoriza a Organização do Serviço da Higiene*, decretada pela Assembléia Legislativa Provincial e sancionada pelo presidente da província de São Paulo, Francisco de Paula Rodrigues Alves. Tratou-se de inédita dotação orçamentária do governo provincial e de clara sinalização de valorização da saúde e higiene pública, conforme revela os itens que se seguem:

1. o presidente ficou autorizado a organizar imediatamente o serviço de higiene *no interesse da imigração e da salubridade pública* (o destaque é nosso) e as despesas seriam feitas com verbas destinadas à imigração no valor máximo de 25 contos de réis (Art. 1º e Art. 4º);
2. o lazareto da capital foi convertido em hospital permanente para isolamento de pacientes com moléstias contagiosas e pestilenciais (Art. 1º, §1º);
3. fundou-se, na capital, um estabelecimento vacinogênico para a cultura e distribuição da vacina anti-variólica animal (Art. 1º, §2º);
4. o regulamento que dispusesse sobre o estabelecimento vacinogênico, tornaria obrigatória a vacinação e revacinação – findo o prazo de seis anos – de todos os habitantes da província (Art. 1º, §3º);

5. contratação de um farmacêutico para realizar as análises químicas qualitativas e quantitativas exigidas pelo trabalho da Inspetoria de Higiene (Art. 1º, §4º);
6. encarregou-se o Inspetor de Higiene de assistir e presidir o setor de profilaxia e higiene da hospedaria dos imigrantes da capital, da fiscalização do estabelecimento vacinogênico e dos trabalhos de análises químicas e da administração do hospital de isolamento, auxiliado pelos dois outros médicos da Inspetoria de Higiene e pelo seu secretário quanto às atividades de escrituração (Art. 1º, §5º);
7. conferiu-se ao médico da hospedaria dos imigrantes da capital a função de auxiliar da Inspetoria de Higiene nos serviços relativos à própria hospedaria (Art. 1º, §6º);
8. fixação da gratificação anual do Inspetor de Higiene, dos dois médicos e do secretário da Inspetoria de Higiene (Art. 2º);
9. a presidência da província proveria melhor acomodação para a sede da Inspetoria de Higiene, pessoal e material para o asseio do estabelecimento e para o serviço de desinfecção (Art. 3º). Além desse aparato legal Instruções Regulamentares para os Serviços de Higiene,¹⁴⁹ de 20 de abril de 1888, foram publicadas pela presidente da província.

O presidente Pedro Vicente de Azevedo, sucessor de Rodrigues Alves, no seu relatório, sob o título Inspetoria da Higiene, em 11 páginas tratou de todos os serviços e atividades relacionados à saúde que, então, funcionavam na província de São Paulo. É verdadeiro que nesse relato constou a informação do dispêndio dos recursos autorizados pela Lei nº. 29, de 16-3-1888, para os serviços de higiene e salubridade públicas, com o pagamento regular do pessoal e a ampliação da equipe mediante a contratação de nove Delegados de Higiene para as localidades de Tatuí, Piracicaba (São Pedro), Vila de Bocaína, Santos, Sorocaba, Franca, Guaratinguetá, Mogi-mirim e Ribeirão Preto. No entanto, nele, em alguns trechos, o presidente questiona a utilidade do remanejamento de recursos da imigração para a saúde, como nesta passagem: "Oxalá não seja uma pura perda de tempo esse dinheiro tirado da imigração".

Neste ponto – o último relato citado foi apresentado pelo presidente à Assembléia Legislativa Provincial no início do ano de 1889 –, antes que se trate da conjuntura que levou ao início da ruptura com o período monárquico, marcante pela ausência de implementação de políticas sociais, tratar-se-á brevemente de três questões que guardam relação com a saúde pública na província.

Inicialmente, quando se fala em estrutura de saúde do Império uma das recorrentes afirmações contidas em estudos diversos conferem ênfase à ausência, e o autor agrega também insuficiência, de remuneração da autoridade sanitária da província de São Paulo. Isso, embora o Decreto nº. 1.338, de 28 de fevereiro de 1854, tenha sido publicado com a finalidade de fixar os vencimentos dos membros das Comissões de Higiene Pública e dos Provedores de Saúde Pública (Quadro 3), estruturas administrativas instituídas pelo Decreto nº. 828, de 29 de setembro de 1851.

Quadro 3 – Anexo ao Decreto nº. 1.338, de 28 de fevereiro de 1854, que Fixa os Vencimentos dos Membros das Comissões de Higiene Pública e dos Provedores de Saúde Pública.

Relação dos vencimentos dos membros das Comissões de Higiene Pública e dos Provedores de Saúde Pública, a que se refere o Decreto desta data.

Os membros das Comissões de Higiene Pública criadas nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e São Pedro vencerão anualmente quatrocentos mil réis	400\$000
Os membros das mesmas Comissões, que forem nomeados presidentes, vencerão mais anualmente duzentos mil réis	200\$000
Os Provedores de Saúde Pública das demais províncias vencerão duzentos mil réis anuais	200\$000

Fonte: BARBOSA, P.; RESENDE, C.B. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.

O vice-presidente Joaquim Egydio de Souza Aranha, em relato do início de 1882, manifestou-se sobre a insignificante retribuição que o Estado concedia a quem se incumbisse de exercer as funções de inspetor sanitário, o que, segundo esse dirigente provincial, dificultava o provimento de cargo tão importante. Depreende-se que, então, ainda que insignificante, alguma remuneração existia.

Contudo, a verificação de despacho de próprio punho do presidente Domingos Antonio Raiol, atesta que, realmente, o inspetor sanitário Marcos de Oliveira Arruda foi por ele nomeado interinamente e sem vencimentos, em 28 de janeiro de 1884, para dirigir a Inspetoria de Higiene Pública da província de São Paulo.

Analisando-se a legislação que a instituiu as reformas de 1882 e de 1886, se observa as disposições que se seguem sobre provimento e remuneração das autoridades sanitárias provinciais:

a) Decreto nº. 8387, de 19 de janeiro de 1882.

Art. 13. As Juntas de Higiene provinciais terão três membros, que serão nomeados, assim como os Inspectores de Higiene, pelas Presidências das províncias. Farão parte das mesmas Juntas os Inspectores de Saúde dos Portos.

Art. 14. Os vencimentos das Juntas e dos Inspectores de Higiene Pública das províncias serão os que a Assembléa Geral decretar.

Os membros das Comissões Sanitárias e os Delegados das Juntas ou dos Inspectores de Higiene nas províncias poderão ter vencimentos, arbitrados e pagos pelas Câmaras Municipais, segundo os meios de que estas dispuserem;

b) Decreto nº. 9.554, de 3 de fevereiro de 1886.

Art. 12. As Inspetorias de Higiene Provinciais serão constituídas do seguinte modo:

I. Nas Províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, S. Paulo e Rio Grande do Sul haverá: 1 Inspetor de Higiene, 2 membros da Inspetoria, 1 secretário,

.....
§ único. Serão nomeados pelo Governo Imperial e por Decreto: o Inspetor Geral de Higiene, os membros da Inspetoria Geral, os Inspectores Provinciais e, sobre proposta do Inspetor, o secretario da Inspetoria Geral; por Portaria do Ministro, os Delegados de Higiene do município da Corte, os membros e secretários das Inspetorias Provinciais, o médico demografista e os químicos; e, sobre proposta do Inspetor Geral, o oficial da secretaria, os amanuenses e os farmacêuticos.

Serão nomeados pelos Presidentes de Província os Delegados de Higiene nas províncias, e pelo Inspetor Geral os demais empregados da Inspetoria na Corte.

Art. 18. As Inspetorias de saúde dos portos provinciais se comporão:

.....
 II. Nas do Maranhão, S. Paulo e Rio Grande do Sul, de: 1 Inspetor de Saúde do Porto, 1 secretário, 2 guardas de saúde;

.....
 § único. Serão nomeados pelo Governo Imperial e por Decreto: o Inspetor Geral e os Inspetores de Saúde dos Portos Provinciais, e, sobre proposta do Inspetor Geral, os ajudantes deste e o secretario da Inspetoria Geral; por Portaria, os ajudantes e os secretários das Inspetorias Provinciais, e, sobre proposta do Inspetor, os amanuenses da Inspetoria Geral.
 Serão nomeados pelo Inspetor Geral os demais empregados da Inspetoria Geral na Corte, e pelos Inspetores Provinciais os guardas de saúde.

Quadro 4 – Anexo ao Decreto nº. 9.554, de 3 de fevereiro de 1886, que Reorganiza o Serviço Sanitário do Império.

TABELA nº. 1	
<i>Vencimentos dos Empregados das Repartições de Saúde</i>	
INSPETORIAS PROVINCIAIS DE HIGIENE	
Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, S. Paulo e Rio Grande do Sul	
Inspetor de Higiene	2:400\$000
Membro da Inspetoria	1:200\$000
Secretário	1:000\$000
INSPETORIAS DE SAÚDE DOS PORTOS PROVINCIAIS	
Maranhão, S. Paulo e Rio Grande do Sul	
Inspetor de Saúde do Porto	2:000\$000
Secretário	1:000\$000
Guarda	540\$000

Fonte: Senado Federal – Sistema de Informações do Congresso Nacional.

Ao menos um autor⁸⁶ pondera que a legislação não esclarecia se por conta do governo central ou provincial correriam as despesas com o pagamento de inspetores sanitários, auxiliares técnicos e funcionários administrativos. Na realidade, os três decretos acima citados apontam a responsabilidade do governo central, e não do provincial, por honrar tais pagamentos. No entanto, ao passo que, tanto a legislação de 1854 quanto a de 1886, apontaram claramente quais seriam os vencimentos, a de 1882 não dispôs sobre esse importante aspecto administrativo e o remeteu para outra esfera de decisão política, ou seja, os vencimentos das Juntas e dos Inspetores de Higiene Pública das províncias seriam aqueles que a Assembléia Geral Legislativa fixasse.

Conforme já discutiu anteriormente, a reforma de 1882, a rigor, nunca chegou a entrar em plena execução porque, como se criou novos cargos e despesas permanentes, e os respectivos créditos jamais chegaram a ser votados pela Assembléia Geral Legislativa, conseqüentemente,¹²⁹ é possível compreender o inusitado da nomeação de dirigente público sem vencimentos. De se grifar: o Inspetor de Higiene Pública da província de São Paulo, Marcos Arruda, foi nomeado interinamente e sem vencimentos quando da vigência da legislação que regulamentou o Serviço da Saúde Pública do Império, qual seja, a aludida reforma de 1882.

Por fim, em relação a esta questão, cumpriria esclarecer, o que escapa às finalidades do presente estudo, se depois da publicação da reforma de 1886, em fevereiro desse ano, na qual os vencimentos dos profissionais foram estipulados (Quadro 4), até ser sancionada a Lei nº. 29, de 16-3-1888, pelo presidente da província de São Paulo, todos os componentes da diminuta equipe da Inspetoria de Higiene Pública Provincial continuaram trabalhando sem perceberem pagamentos. Seria uma abordagem pontual, porém útil se estivesse inserida no estudo mais geral das compreensões ou posturas políticas dos dirigentes do regime monárquico acerca da centralidade, ou não, de se priorizar o investimento em saúde e higiene pública naquela quadra de tempo. Observe-se: na mencionada lei provincial foi inscrito que o Inspetor de Higiene, os dois outros médicos membros do órgão sanitário da província e o seu secretário perceberiam os mesmos valores, no Quadro 4 reproduzidos, discriminados na legislação de fevereiro de 1886.

Uma segunda questão diz respeito à Inspetoria de Saúde dos Portos de São Paulo. Tendo em vista que se acessou dezenas de relatórios de dirigentes provinciais referentes a período de tempo de quase sessenta anos, verificou-se que o médico Henrique da Cunha Moreira foi nomeado por Carta Imperial de 15 de dezembro de 1869 para desempenhar as funções de Inspetor de Saúde do Porto de Santos, por solicitação do presidente Antonio Candido da Rocha, mas acabou não aceitando o posto; em 1884, quando ocupou a presidência, o vice-presidente Luiz Carlos de Assumpção informou

ter recebido Aviso Circular do Ministério do Império, em face da preocupação com a cólera que grassava em portos do Mediterrâneo, em meados de julho desse ano e o tinha encaminhado Inspetor de Saúde do Porto de Santos e, finalmente, desde março de 1886, exercia essas funções o médico Silvério Martins Fontes, de acordo com o relatado pelo presidente Antônio de Queirós Teles. Ou seja, se somente três registros de titulares desse cargo foram localizados, provavelmente, as atividades inerentes a esse serviço sanitário ficaram sem coordenação técnica por muito tempo.⁸⁶

Uma terceira questão pertinentíssima é destacada por GAMBETA⁸⁶ (1988). Ao contrário de NETTO¹⁵⁰, que interpreta o relatório do presidente Pedro Vicente de Azevedo situando-o no mesmo diapasão de interesse pela saúde pública do que o manifestado pelo seu antecessor e, ainda, julgando-o uma manifestação de disposição de aquinhoar os serviços de saúde melhor do que quaisquer outros, aquele autor afirma que, no início de 1889, investir na saúde não era uma posição de consenso da oligarquia paulista. Afora outros trechos, evidencia as recomendações irônicas do presidente aos deputados da Assembléia Legislativa Provincial ao se referir aos gastos, que considerava exagerados, efetuados pelo Inspetor de Higiene Marcos Arruda:

se pretendeis tornar efetiva a Lei nº. 29, de 16 de março de 1888, constituindo parte do serviço de imigração, será preciso abrir um crédito não pequeno. O Dr. Inspetor pede que seja aquinhoadada melhor do que qualquer outra das necessidades públicas da província.¹¹³

Ou seja, somente a penetração da febre amarela nas cidades importantes da zona cafeeira, a começar de Campinas, seguindo as rotas da malha de ferrovias que avançavam rumo à fronteira agrícola e do café faria as elites paulistas deixarem de poupar despesas com a Saúde Pública.⁸⁶

Em maio de 1889 o presidente da província, Antonio Pinheiro de Ulhoa Cintra, endereçou a seguinte mensagem aos legisladores paulistas:

Senhores membros da Assembléia Legislativa Provincial,
A epidemia que tem assolado com intensidade as cidades de Campinas e de Santos, causando forte abalo no comércio, na lavoura e nas indústrias da província, relacionadas diretamente com ambos aqueles empórios importantíssimos; o estado anormal a que, em virtude do terrível flagelo, se viram reduzidas aquelas localidades; a necessidade inadiável de decretardes medidas que previnam a repetição do mal, de conseqüências tão funestas para o progresso e a riqueza da província, justificam de sobra a convocação extraordinária desta Assembléia.⁴⁷

Depois do declínio da epidemia de febre amarela foi nomeada uma Comissão de Vigilância Sanitária para continuar com as visitas sanitárias e desinfecção na municipalidade de Santos.⁴⁷

Esta abordagem – delimitada temporalmente nas décadas anteriores à proclamação da República – de inúmeras variáveis incidentes em algum grau sobre o processo saúde-doença, a Saúde Pública e a própria assistência à saúde de grupos de pessoas que, à época a demandavam ou dela necessitavam, reflete como as elites e os governos da província de São Paulo trataram politicamente a saúde e a higiene pública.

Embora não se tenha dados sobre a morbidade e a mortalidade do período, não é nenhum disparate aventar que talvez se refletisse nas cidades paulistas, em maior ou menor medida, os coeficientes de mortalidade por tuberculose (todas as formas), febre amarela, varíola e malária verificados no Rio de Janeiro na mesma época (Tabela 3). Mas, com certeza, a evolução da constituição formal das municipalidades paulistas até 1900 (Tabela 4) refletia com fidedignidade – e é sua conseqüência direta – a dinâmica sócio-econômica e a progressiva tendência à complexificação em múltiplas dimensões – econômica, política, social e cultural – já detectada nessas décadas em São Paulo.

Tabela 3 – Coeficientes de mortalidade por tuberculose (todas as formas), febre amarela, varíola e malária, por 100.000 habitantes, Rio de Janeiro, em anos selecionados – 1860, 1870 e 1880-1889.

Ano	Tuberculose	Febre Amarela	Malária	Varíola
1860	1.221,86	807,03	-	85,93
1870	974,33	585,33	314,65	176,96
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

Fonte: Rodrigues, A. Fundamentos de administração sanitária, 1967. p.112.

Tabela 4 – Evolução da constituição formal dos municípios em São Paulo até 1900.

Período	Existentes no Início do Período	Existentes no Final do Período	N (Acréscimo)	%
1500-1600	-	4	-	-
1600-1700	4	16	12	300,00
1700-1800	16	29	13	81,25
1800-1900	29	166	137	472,41
Total (1532 a 1900)	..	166

Fonte: Dados da Fundação Seade. Municípios do Estado de São Paulo segundo data de criação (Século XVI a XXI), 2007.

4.2. A REPÚBLICA VELHA (1892-1930)

Os quadros 5, 6 e 7 sistematizam, respectivamente, os documentos de domínio público – legislação, documento institucional produzido por agente público e noticiário – analisados que se relacionam à República Velha.

Quadro 5 – Documentos de domínio público – legislação – da República Velha (1892-1930).

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
REGULAMENTO – 18 de junho de 1890 Governador do Estado: Prudente José de Moraes Barros	Regulamento da Pharmacia do Estado de São Paulo	E P	E-1 E-2 E-3 P-2 P-3
LEI nº. 12 – 28 de outubro de 1891 Presidente do Estado: Americo Braziliense de Almeida Mello	Organiza o serviço sanitario do estado	NA	
LEI nº. 13 – 7 de novembro de 1891 Presidente do Estado: Americo Braziliense de Almeida Mello	Torna obrigatorias a vacinação e revaccinação em todo estado	NA	
DECRETO nº. 666 – 14 de novembro de 1891 Presidente da República: Manoel Deodoro da Fonseca	Declara desligada da Administração Federal a Inspectoria de Hygiene do Estado de S. Paulo	NA	
LEI nº. 43 – 18 de julho de 1892 Vice-Presidente do Estado: José Alves de Cerqueira César	Organiza o serviço sanitario do Estado O serviço sanitario ficou sob a direção do Secretário de Estado do Interior. Atribuições da <i>diretoria de hygiene</i> : estudo das questões relativas à saúde pública no Estado; o saneamento das localidades e habitações; adoção de meios tendentes a prevenir, combater ou atenuar as moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis aos homens e aos animais; a inspeção sanitária das escolas, fábricas e oficinas, hospitais, hospícios, quartéis, prisões, estabelecimentos de caridade e asilos; a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia; a organização da estatística demógrafo-sanitária.	E R	E-2 R-1
DECRETO nº. 87 – 29 de julho de 1892 Presidente do Estado: Bernardino José de Campos Júnior	Regulamenta a lei nº. 43, de 18 de julho do corrente anno, que organiza o serviço sanitario do Estado – REGULAMENTO DE HYGIENE	E P	E-2 P-1
LEI nº. 240 – 4 de setembro de 1893 Presidente do Estado: Bernardino José de Campos Júnior	Reorganiza o Serviço Sanitario do Estado de São Paulo	E R	E-2 R-1
DECRETO nº. 233 – 2 de março de 1894 Presidente do Estado: Bernardino José de Campos Júnior	Estabelece o Codigo Sanitário • Primeiro regulamento a estabelecer regras para hospitais e maternidades: é terminantemente proibida a instalação de maternidades nos hospitais comuns. instrumentos. • Obrigava as casas de banhos, barbeiros e cabeleireiros a lavar diariamente pentes e escovas e, também, desinfetar os instrumentos de corte, lavatórios e bacias.	E P	E-1 P-1 P-2

Continua

Quadro 5 – Documentos de domínio público – legislação – da República Velha (1892-1930)

Continuação

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
DECRETO nº. 394 – 7 de outubro de 1896 Presidente do Estado: Manoel Ferraz de Campos Salles	Aprova o regulamento do Serviço Sanitário	E P R	E-2 P-1 R-1
DECRETO nº. 1.151 – 5 de janeiro de 1904 Presidente da República: Francisco de Paula Rodrigues Alves	Reorganiza os serviços da hygiene administrativa da União	E	E-2
DECRETO nº. 5.156 – 8 de março de 1904 Presidente da República: Francisco de Paula Rodrigues Alves	Dá novo regulamento aos serviços sanitarios a cargo da União • Dentre outras disposições, em toda a República, tratava da fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, em todos os seus ramos, no que for inerente à capacidade legal e competência profissional. • Os hospitais não poderiam funcionar sem licença da DGSP. • Os profissionais de saúde deveriam ser registrados junto à DGSP. • Tratava da fiscalização de hospitais, casas de saúde, hospícios, dentre outros locais. A DGSP, a qual examinaria as suas disposições materiais, quanto ao possível isolamento de doentes de moléstia transmissível. • Tratava das estatísticas demográficas e de mortalidade, assim como dos doentes internados nos hospitais. Criou um boletim sanitário da cidade do Rio de Janeiro.	E R	E-2 R-1
DECRETO nº. 5.157 – 8 de março de 1904 Presidente da República: Francisco de Paula Rodrigues Alves	Aprova o regulamento do serviço de prophylaxia da febre amarella na cidade do Rio de Janeiro Vigilância médica: indagação do estado de saúde dos moradores do prédio "infeccionado" e prédios contíguos e classificação dos comunicantes (indivíduos que tiveram contato com o doente, conforme o tempo de residência na cidade, lugar de moradia habitual e as possíveis ou prováveis condições de receptividade mórbida).	P	P-1
DECRETO nº. 1.343 – 27 de janeiro de 1906 Presidente do Estado: Jorge Tibiriçá Piratininga	Divide o territorio do Estado em districtos sanitários e dispõe a respeito da policia sanitária Aos inspetores sanitários incumbia: o serviço diário da policia sanitária e vigilância médica; fiscalizar o exercício da medicina, farmácia, obstetrícia e arte dentária; inspecionar as casas de misericórdia, maternidades, hospitais, asilos, cadeia e estabelecimentos congêneres e exercer a vigilância em relação às pessoas que tinham estado em contato com doentes com moléstias infecciosas.	E P	E-1 E-2 P-1 P-2

Continua

Quadro 5 – Documentos de domínio público – legislação – da República Velha (1892-1930)

Continuação

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
<p>DECRETO nº. 2.141 – 14 de novembro de 1911 Presidente do Estado: Manoel Joaquim de Albuquerque Lins</p>	<p>Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • passou a ser tolerada a instalação de maternidades nos hospitais gerais, desde que afastadas no mínimo 30 m de qualquer pavilhão; • <i>passou a existir obrigatoriedade de submeter à aprovação da autoridade sanitária os projetos de hospitais, casas de saúde, maternidades, sanatórios e estabelecimentos análogos;</i> • hospitais, maternidades e casas de saúde só podiam funcionar sob a direção de um médico, devendo ter um médico residente no edifício ou tão próximo de forma a acudir a qualquer acidente; • preceitos obrigatórios nas maternidades: serviço de isolamento independente, com quartos de 1 leito; dormitórios com capacidade para 6 a 8 leitos; 50 m³ de ar renovado por gestante; quartos destinados aos trabalhos de parto e ao isolamento das afetadas por moléstias intercorrentes; • obrigatório em cada hospital um forno incinerador, estufas para desinfecção e lavanderias; era obrigatória a desinfecção e lavagem do quarto após cada desocupação. <p><i>Em todo cabeleireiro e barbeiro, passou a ser obrigatório a existência de pequenas estufas ou aparelhos para a desinfecção do instrumental e utensílios.</i></p> <p>Nos hospitais, maternidades e casas de saúde as enfermarias não conteriam mais de 30 leitos, cabendo a cada doente área maior ou igual a 8 m² e 40 m³ de ar; c/ mobília que permitisse fácil desinfecção e limpeza.</p>	<p>E</p> <p>P</p>	<p>E-1 E-2 E-3</p> <p>P-1 P-2</p>
<p>LEI nº. 1.310 – 30 de dezembro de 1911 Presidente do Estado: Manoel Joaquim de Albuquerque Lins</p>	<p>Approva o decreto nº. 2.141, de 14 de novembro de 1911, expedido pelo Poder Executivo do Estado, reorganizando o Serviço Sanitário e o Regulamento que acompanha, com modificações</p>	<p>NA</p>	
<p>LEI nº. 1.596 – 29 de dezembro de 1917 Presidente do Estado: Altino Arantes Marques</p>	<p>Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado</p> <p><i>Polícia sanitária:</i> tinha por fim a observância das leis sanitárias relativamente à prevenção e repressão de tudo quanto pudesse comprometer a saúde pública. Seria exercida pela autoridade sanitária que teria sempre livre ingresso em todas as habitações particulares e coletivas.</p>	<p>E</p> <p>P</p>	<p>E-1 E-2</p> <p>P-1 P-3</p>
<p>DECRETO nº. 3.876 – 11 de julho de 1925 Presidente do Estado: Carlos de Campos</p>	<p>Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado e repartições dependentes</p> <p>Criou-se a <i>Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia e de Verificação de Óbitos</i> como dependência imediata da Diretoria Geral, à qual também se atribuiu a fiscalização da odontologia, a polícia sanitária dos hospitais e estabelecimentos congêneres, a fiscalização do comércio de tóxicos e a dos laboratórios clínicos.</p>	<p>E</p> <p>P</p>	<p>E 1 E 3 P 1 P 2</p>
<p>LEI nº. 2.121 – 30 de dezembro de 1925 Presidente do Estado: Carlos de Campos</p>	<p>Approva o decreto nº. 3.876, de 11 de julho de 1925, que reorganizou o Serviço sanitário e repartições dependentes</p> <p>Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia e de Verificação de Óbitos passou denominar-se <i>Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia.</i></p>	<p>NA</p>	
<p>LEI nº. 2.259 – 31 de dezembro de 1927 Presidente do Estado: Julio Prestes de Albuquerque</p>	<p>Modifica as disposições do Código Sanitário, relativamente a construção de Hospitais, Casas de Saúde e Maternidade</p>	<p>E</p>	<p>E-1</p>

Continua

Quadro 5 – Documentos de domínio público – legislação – da República Velha (1892-1930).

Continuação

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
DECRETO nº. 2.918 – 9 de abril de 1918 Presidente do Estado: Altino Arantes Marques	Dá execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo Dispõe detalhadamente sobre as competências da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária <i>Os projetos dos hospitais, casas de saúde, maternidades, sanatórios e análogos deveriam ser submetidos à aprovação da autoridade sanitária, antes do início das obras.</i>	E P R	E-1 E-2 E-3 P-1 P-2 R-1
DECRETO nº. 3.987 – 28 de janeiro de 1920 Presidente da República: Eptácio Pessoa	Reorganiza os serviços de Saúde Pública Cria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).	NA	
DECRETO nº. 16.300 – 31 de dezembro de 1923 Presidente da República: Arthur da Silva Bernardes	Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública Manteve a <i>Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina</i> , órgão similar e com atribuições praticamente iguais àquelas dos órgãos instituídos nos Decretos nº. 14.354, de 15-09-1920, e nº. 15.003, de 15-09-1921, cuja denominação era <i>Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia</i> . Atribuições: fiscalização do exercício profissional de médico, farmacêutico, dentista, parteira, massagista, enfermeiro e optometrista; verificação de óbitos; fiscalização de soros, vacinas e outros produtos biológicos e outras. Instituiu o <i>Serviço de Assistência Hospitalar</i> , que, entre outras, tinha as atribuições de: a) fiscalizar no Distrito Federal hospitais, casas de saúde, maternidades e outros estabelecimentos congêneres de instituições ou de particulares e aprovar projetos de instalação de hospitais, asilos, maternidades, sanatórios, casas de saúde e outros estabelecimentos congêneres; O DNSP entraria em acordo com os Estados da União, visando tornar efetivas as disposições referentes ao exercício de profissões e a fiscalização de produtos farmacêuticos, soros, vacina e outros produtos biológicos.	E P	E-1 E-2 E-3 P-1 P-2

Quadro 6 – Documentos de domínio público – institucional – da República Velha (1892-1930).

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Fonte / Nota
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1892	S. Manuscritos. Secretaria do Interior. Higiene Pública. Ofícios Diversos. Ano 1892. Maço 84. Caixa 85. Ordem 6690 [Diretoria de Higiene do Estado de São Paulo. Inspetor de Higiene envia resultado de licitação de gêneros para Hospital dos Variolosos ao Secretário do Interior.Manuscrito]	Arquivo Público do Estado. Secretaria da Casa Civil. Estado de São Paulo – APE-SP .
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1893	Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior. 28-03-1894.	Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas. Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP .
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1893	Relatório do Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado. [Enviado ao Secretário de Estado dos Negócios do Interior]. 15-01-1894. [Diretor Geral do SSE: José da Silva Pinto Júnior]	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP.
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1896	Relatório apresentado ao Secretário de Estado dos Negócios do Interior pelo Dr. Joaquim José da Silva Pinto Júnior, Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 05-01-1897.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP.
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1904	Relatório apresentado ao Secretário de Estado dos Negócios do Interior e da Justiça, Dr. José Cardoso de Almeida, pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 30-01-1905.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP.
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1905	Relatório apresentado ao Secretário de Estado dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 30-01-1906.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP.

Continua

Quadro 6 – Documentos de domínio público – institucional – da República Velha (1892-1930)*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1906	Relatório apresentado ao Secretário de Estado dos Negócios do Interior, Dr. Gustavo de Oliveira Godoy, pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 05-02-1906.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1909	Relatório apresentado ao Secretário de Estado dos Negócios do Interior pelo Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 1909.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1910	Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 1910.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1912	Relatório apresentado ao Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretário do Interior Altino Arantes. Ano 1912.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1916	Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves. Ano 1916.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1918	Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves. Ano 1918.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP

Continua

Quadro 6 – Documentos de domínio público – institucional – da República Velha (1892-1930).*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior	1920	Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Washington Luis Pereira de Souza, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretário do Interior Alarico Silveira. Ano 1920.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário/Delegacia de Saúde de Campinas	1920	Serviço Sanitário. Delegacia de Saúde de Campinas. 2ª Série, Vol. V. Correspondência Expedida de 01 de Abril a 30 de Junho. Ano 1920.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1921	S. Manuscritos. Secretaria do Interior – Serv. Sanit. Prestação de Contas. Maço 239, Ano 1921, Caixa 244, Ordem 6849.	APE-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1921	S. Manuscritos. Secretaria do Interior – Serv. Sanit. Assuntos Diversos. Maço 240, Ano 1921, Caixa 245, Ordem 6850.	APE-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1921	S. Manuscritos. Secretaria do Interior – Serv. Sanit. Assuntos Diversos. Maço 240, Ano 1921, Caixa 245, Ordem 6850. Serviço Sanitário – Diretoria Geral. OF. de 27-09-1921. Dirigido ao Secretário do Interior. Assunto: Solicita à Secretaria da Fazenda envio mensal de multas processadas.	APE-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1921	S. Manuscritos. Secretaria do Interior – Serv. Sanit. Assuntos Diversos. Maço 240, Ano 1921, Caixa 245, Ordem 6850. Serviço Sanitário – Diretoria Geral. OF. de 15-09-1921. Dirigido ao Secretário do Interior. Assunto: Registro Civil de mortes por leigos (Exercício Ilegal da Medicina)	APE-SP

Continua

Quadro 6 – Documentos de domínio público – institucional – da República Velha (1892-1930).

Continuação

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1921	S. Manuscritos. Secretaria do Interior – Serv. Sanit. Assuntos Diversos. Maço 240, Ano 1921, Caixa 245, Ordem 6850. Serviço Sanitário – Diretoria Geral. OF. de 24-09-1921. Dirigido ao Secretário do Interior(Relatório do Asilo de Morféticos de Angatuba. D.S. de Botucatu).Assunto: "(...)as condições de higiene do hospital são péssimas(...)"	APE-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário/Delegacia de Saúde de Campinas	1925	Serviço Sanitário. Delegacia de Saúde de Campinas. II Série, Vol. XXVIII. Correspondência Expedida de 01 de Julho a 30 de Setembro. Ano 1925.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1926	Relatório Anual apresentado pelo Inspetor-Chefe da Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia, Dr. Álvaro de Souza Sanches, ao Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 1926.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1927	Relatório Anual apresentado pelo Inspetor-Chefe da Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia, Dr. Álvaro de Souza Sanches, ao Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 1927.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário: Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia	1929	Minutas de 1937. 1º Trimestre. 3ª Diretoria, 2ª Secção. Nº do Livro: 6192[Documentos referentes ao ano de 1929]	APE-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1930	S. Manuscritos. Secretaria do Interior – Serv. Sanit. Maço 253, Ano 1930, Caixa 258, Ordem 6863.[IFMF: Solicitação de fechamento, pela polícia, de farmácia em Barretos. Práticas ilegais]	APE-SP
Secretaria de Estado dos Negócios do Interior – Serviço Sanitário	1930	S. Manuscritos. Secretaria do Interior – Serv. Sanit. Ofícios e Contabilidades. Maço 254, Ano 1930, Caixa 259, Ordem 6864.	APE-SP

Quadro 7 – Documentos de domínio público – noticiário – da República Velha (1892-1930).

N Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
04.01.044	C.P.	03/01/1892	2	Seção livre, ao público – Atestados
04.01.044	C.P.	03/01/1892	3	Idem – Sintomas de sangue viciado
04.01.044	C.P.	08/01/1892	2	Idem – Atestado Formicida Paulista
04.01.044	C.P.	17/01/1892	3	Idem – Vários ...
04.01.044	C.P.	07/02/1892	1	Hospital de epidêmicos – recomendação
04.01.044	C.P.	10/02/1892	1	Alerta!
04.01.044	C.P.	11/02/1892	1	Hygiene Publica
04.01.044	C.P.	13/02/1892	2	Inspectoria de Hygiene
04.01.044	C.P.	27/04/1892	1	Saneamento – levantamento de plantas de hospitais de isolamento a construir
04.01.044	C.P.	30/04/1892	1	Estado sanitário
04.01.044	C.P.	18/05/1892	1	Amarela e Influenza
04.01.044	C.P.	14/06/1892	2	Variolosos
04.01.044	C.P.	21/06/1892	1	Boletim Sanitário
04.01.044	C.P.	02/07/1892	1	Boletim Sanitário
04.01.044	C.P.	03/07/1892	2	Boletim Sanitário – Comissões
04.01.044	C.P.	02/09/1892	1	O Cholera
04.01.045	C.P.	04/01/1893	2	Boletim Médico Semanal 2º Distrito
04.01.045	C.P.	04/01/1893	2	Fiscal da Inspectoria de Hygiene
04.01.045	C.P.	21/01/1893	1	Coluna: Echos Paulista – V. de Mello
04.01.045	C.P.	31/01/1893	1	Coluna: Echos Paulista – Vieira de Mello
04.01.045	C.P.	01/02/1893	1	Ofício ao Diretor de Hygiene do Secretario do Interior
04.01.045	C.P.	01/02/1893	1	Hospedaria dos Imigrantes
04.01.045	C.P.	12/02/1893	1	Serviço Sanitário
04.01.045	C.P.	19/02/1893	2	Providencias...providenciaes
04.01.045	C.P.	03/03/1893	2	Policimento Sanitário
04.01.045	C.P.	07/03/1893	1	Declarou ao Intendente de Hygiene de Santos
04.01.045	C.P.	07/03/1893	2	Diplomas de Pharmaceuticos
04.01.045	C.P.	17/03/1893	1	Anunciada a Reforma do Regulamento Sanitário
04.01.045	C.P.	17/03/1893	1	Anunciada a futura nomeação de Adolfo Lutz
04.01.045	C.P.	17/03/1893	1	Orienta Desinfecção
04.01.045	C.P.	16/05/1893	2	Secção Livre – Elixir de M.Morato
04.01.045	C.P.	19/05/1893	1	Secretario do Interior
04.01.046	C.P.	06/07/1894	1	O Progresso de S.Paulo
04.01.046	C.P.	16/09/1894	1	Salubridade Publica
04.01.046	C.P.	18/09/1894	1	Serviço Sanitário – Produção
04.01.046	C.P.	21/10/1894	1	Preocupação com Exercício da Medicina e profissões afins
04.01.046	C.P.	14/12/1894	1	Conselhos Hygienicos
04.01.046	C.P.	14/12/1894	1	O Estado Sanitário
04.01.047	C.P.	02/08/1895	1	Exoneração de Cesario Motta Junior
04.01.047	C.P.	15/08/1895	1	A varíola em São Paulo
04.01.047	C.P.	15/08/1895	1	Secretaria do Interior
04.01.047	C.P.	01/10/1895	1	Desinfecção em Campinas
04.01.047	C.P.	03/12/1895	1	Serviço Sanitário
04.01.047	C.P.	08/12/1895	1	Hospital de Isolamento – Produção
04.01.047	C.P.	28/12/1895	1	Estado Sanitário
04.01.048	C.P.	10/1/1897	1	Desinfecção – A Diretoria do Serviço Sanitario dirigiu officio aos diretores de quatro estradas de ferro recomendando o asseio e a lavagem do interior e exterior dos trens com esponjas ou escovas embebidas em solução desinfetante.

Continua

Quadro 7 – Documentos de domínio público – noticiário – da República Velha (1892-1930).

Continuação

N Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
04.01.048	C.P.	31/1/1897	1	No editorial, matéria intitulada o Estado Sanitário afirma que a salubridade pública nada tem de alarmante, apesar de estarem no período mais rigoroso do verão. Continuam a ser veiculados informes sobre o movimento da Hospedaria dos Imigrantes. Também mantidos informes sobre a Maternidade com o nº de partos e nacionalidade das parturientes.
04.01.052	C.P.	01/1/1900	2	Serviço Sanitário
04.01.052	C.P.	01/1/1900	3	Elixir de Sucupira
04.01.052	C.P.	02/1/1900	2	Serviço Sanitário
04.01.052	C.P.	02/1/1900	2	Serviço Sanitário
04.01.052	C.P.	04/1/1900	3	Diretor do Serviço Sanitário-Registro dos diplomas
04.01.052	C.P.	05/1/1900	2	Serviço Sanitário
04.01.052	C.P.	05/1/1900	3	Serviço Sanitário
04.01.052	C.P.	07/1/1900	3	Resolução do Diretor Geral de Saúde Pública
04.01.052	C.P.	19/1/1900	1	A Indústria e Hygiene
04.01.052	C.P.	19/1/1900	2	A peste bubônica em Santos
04.01.052	C.P.	01/2/1900	1	Secretaria do Interior – Exercício ilegal da Medicina – Recomenda prisão
04.01.052	C.P.	06/2/1900	1	Serviço Sanitário – Boletim de hospitaes
04.01.052	C.P.	07/2/1900	2	Serviço Sanitário
04.01.052	C.P.	12/2/1900	1	O Problema Sanitário – Livre do embaraço
04.01.052	C.P.	26/2/1900	1	Epidemia em Sorocaba
04.01.052	C.P.	27/2/1900	1	Epidemia em Sorocaba
04.01.052	C.P.	20/3/1900	2	Demographia Sanitária
04.01.052	C.P.	01/6/1900	1	Medidas Sanitárias
04.01.052	C.P.	03/6/1900	2	Serviço Sanitario Emilio Ribas manda inspetor voltar de Casa Branca
04.01.052	C.P.	17/6/1900	1	Sanatorios contra a tuberculose
04.01.053	C.P.	15/9/1900	1	Fundação da Escola de Medicina de São Paulo
04.01.053	C.P.	27/9/1900	1	Defesa Sanitaria do Estado – Ofício de Emílio Ribas ao Secretario do Interior
04.02.001	C.P.	12/1/1904	1	A Diretoria do Serviço Sanitário manda examinar o Asylo de Mendicidade Sorocaba
04.02.001	C.P.	15/1/1904	4	Cinturão Electrico Herculex
04.02.001	C.P.	19/1/1904	1	A Diretoria do Serviço Sanitário manda examinar a Santa Casa de Rib. Preto
04.02.002	C.P.	22/4/1904	4	Aos Médicos - propaganda de carne líquida vegetalisada
04.02.002	C.P.	14/5/1904	1	Relatório 1903 - Secretarias do Interior e Justiça
04.02.003	C.P.	25/7/1904	1	Médicos e charlatães...
04.02.005	C.P.	17/2/1905	3	Demographia Sanitária
04.02.005	C.P.	17/2/1905	3	Contra a tuberculose
04.02.005	C.P.	22/2/1905	3	Demographia Sanitária
04.02.005	C.P.	29/3/1905	2	Mogy das Cruzes
04.02.005	C.P.	20/5/1905	3	Sem assistência médica
04.02.005	C.P.	25/8/1905	4	Sem assistência médica
04.02.007	C.P.	06/1/1906	2	A Hygiene em Ribeirão Preto
04.02.008	C.P.	04/7/1906	3	Sem assistência médica
04.02.008	C.P.	11/7/1906	3	A cura da tuberculose
04.02.008	C.P.	27/9/1906	5	Sem assistência médica
04.02.008	C.P.	28/9/1906	4	Sem assistência médica
04.02.011	C.P.	06/1/1908	1	Factos Diversos – Curandeiro de Moléstias dos Olhos

Continua

Quadro 7 – Documentos de domínio público – noticiário – da República Velha (1892-1930).

Continuação

N Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
04.02.012	C.P.	03/7/1908	3	Demographia Sanitária – mais um exemplo do boletim semanal publicado no Correio Paulistano com freqüência irregular
04.02.012	C.P.	13/12/1908	2	A questão do Sanatório
04.02.014	C.P.	02/5/1909	5	Propaganda das Pílulas Rosadas
04.02.014	C.P.	15/7/1909	1	Saude Publica -Relatório mensagem enviada ao Congresso
04.02.015	C.P.	26/9/1909	7	Propaganda das Pílulas Rosadas do Dr. William - pessoas velhas
04.02.016	C.P.	04/1/1910	4	Secretaria do Interior ... Recomendou-se à Diretoria que..
04.02.016	C.P.	05/1/1910	3	Demographia Sanitaria – Vacinação – Pasteur
04.02.016	C.P.	22/5/1910	4	Secretaria do Interior ... Recomendou-se à Diretoria que informasse sobre funcionamento de hospitais
04.02.017	C.P.	19/4/1910	5	Secretaria do Interior – solicitadas informações sobre funcionamento de hospitais
04.02.017	C.P.	27/4/1910	4	Secretaria do Interior ... Recomendou-se Santas Casas ...Piracicaba e..
04.02.023	C.P.	22/2/1912	5	Exercício da Medicina – Dr. Rivadavia quer liberar...
04.02.024	C.P.	03/5/1912	1	Administração do E.S.P. 1908-1912 – Synopse
04.02.024	C.P.	07/8/1912	6	Serviço sanitário – Foram vacinadas ...
04.02.024	C.P.	10/8/1912	6	Boletim Sanitário
04.02.025	C.P.	06/9/1912	8	Boletim Sanitário
04.02.025	C.P.	11/10/1912	5	Demographia Sanitária
04.02.026	C.P.	04/11/1912	4	Serviço de assistencia policial
04.02.026	C.P.	03/11/1912	5 e 6	Propagandas
04.02.026	C.P.	05/11/1912	10	Propaganda
04.02.026	C.P.	13/11/1912	4	Excursão de estudo no hospicio do Juquery
				Em 1918 e 1926 o jornal não é mais autointitulado como “ Orgam Republicano” e sim como “Propriedade de uma Sociedade Anonyma”.
04.02.044	C.P.	01/1/1918	13	A Syphilis e Agua Ingleza Baruel
04.02.044	C.P.	01/1/1918	15	Sabão Aristolino
04.02.044	C.P.	01/1/1918	16	Quina Laroche
04.02.044	C.P.	02/1/1918	10	Restaurador de cabelo e Cloro Anemia
04.02.044	C.P.	03/1/1918	8	Molestia do fígado, Decaimento e Indicador
04.02.044	C.P.	12/1/1918	12	O Pilogenio
04.02.044	C.P.	09/2/1918	7	Registros de diplomas ainda realizados pelo Serviço Sanitario
04.02.045	C.P.	06/4/1918	5	Aprehensão de medicamentos em ambulatório médico
04.03.020	C.P.	01/1/1926	11	Pilogenio
				Em 1926 também há boletins da Demografia Sanitária e informes do movimento dos hospitais .
04.03.020	C.P.	04/1/1926	6	Gotas salvadoras das parturientes
04.03.021	C.P.	15/5/1926	3	Pela saúde pública 1 – O combate á Febre Thyphoyde
04.03.021	C.P.	27/5/1926	3	A defesa sanitária da cidade (publicada a pedido do Diretor do Serviço Sanitário sobre cuidados a serem adotados para prevenção de febre amarela e meningite cérebro espinal) – Sem fotos
04.03.022	C.P.	1926		Obs: neste ano o Serviço Sanitário publica despachos quase diarios na seção "Actos Officiaes" ; muitas publicações a pedido do Diretor do Serviço Sanitário mencionando casos de varíola em várias cidades.
04.03.022	C.P.	15/8/1926	2	Pela Hygiene dos Municipios – lançamento da pedra fundamental do Hospital de Isolamento de Campinas
04.03.022	C.P.	28/8/1926	11	O Pylogenio e Gotas Salvadoras
04.03.022	C.P.	16/9/1926	12	Vitamonal e Cytogenol
04.03.022	C.P.	07/11/1926	5	Terceiro Congresso de Hygiene realizado em São Paulo
04.03.022	C.P.	16/11/1926	2	Terceiro Congresso de Hygiene – Moções de applausos ao governo

No final do século XIX processaram-se importantes alterações na vida nacional. O deslocamento da riqueza para o centro-sul, a expansão cafeeira e as profundas mudanças que provocou – ZIONI¹⁸ e RIBEIRO¹⁶ –, mudanças essas que ocorreram no contexto da expansão do capitalismo, implicaram no desenvolvimento da Saúde Pública e dos próprios serviços de saúde.¹⁸

De modo geral, neste período histórico, a aliança de grupos sociais detentores de propriedades agrárias regionais lhes garantiu a dominação política, econômica e ideológica, sob hegemonia dos cafeicultores, marcadamente os dos estados de São Paulo e Minas Gerais. Essa aliança era composta, grosso modo, por oligarquias ligadas ao setor agro-exportador, as oligarquias do estado do Rio Grande do Sul, voltadas para o mercado interno que detinham importante poder político, e as do nordeste que continuavam sendo poderosas nos seus estados de origem. O setor burguês industrial era capaz de expressar, na esfera política, seus interesses específicos, mas era incapaz de elaborar um programa arrojado de industrialização do país. No entanto, o complexo cafeeiro paulista criou condições para surgimento de um pólo industrial: a migração maciça de trabalhadores, a um só tempo, criou o mercado de trabalho urbano e, a massa de salários dos negócios da exportação, ensejou o mercado interno para a indústria de bens de consumo.

As camadas médias urbanas – trabalhadores autônomos, profissionais liberais, pequenos empresários e comerciantes, trabalhadores do comércio, funcionários públicos –, não eram expressivas numericamente, existindo autores que julgam que eram simpáticas a uma das principais forças anti-oligárquicas do período: o movimento tenentista. As massas populares rurais estavam alijadas totalmente dos processos de decisão política, enquanto o conjunto dos trabalhadores urbanos ligados à indústria, quantitativamente pouco significativo e com formação histórica recente, apresentava ainda dificuldades de organização e era objeto de dura ação

coercitiva do Estado Oligárquico. Mesmo assim, em 1917 ocorreu a maior greve geral do período, na qual, inclusive, questões relativas à saúde pública – fiscalização da qualidade dos gêneros alimentícios e dos seus preços – constavam da pauta de reivindicação dos trabalhadores.¹⁸

De acordo com o que se procurou evidenciar na seção anterior, a ausência pura e simples de políticas sociais passou a ser incompatível com a dinâmica e os interesses econômicos e políticos das classes dominantes. Nesse sentido, as práticas sanitárias fundamentalmente visaram controlar um universo de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas nos espaços urbanos e no campo.²⁴ ¹⁸ COSTA²⁴ enfatiza que, ao contrário do que sugerem diversos estudos, os serviços de saúde desse período não foram criados para manter a saúde *do comum dos habitantes*, mas para intervir objetivamente sobre grupos sociais cuja capacidade de trabalho era vital preservar. Em outras palavras: nas regiões onde a racionalidade capitalista tornou-se hegemônica se impôs a necessidade de implementar políticas públicas dirigidas à preservação da força de trabalho, como no caso das regiões cafeeiras do estado de São Paulo e de centros urbanos influenciados pelo processo comercial, manufatureiro e industrial, ou seja, o Rio de Janeiro e os centros urbanos de São Paulo.²⁴

MERHY,¹⁵¹ ao tomar a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo como objeto de estudo, procurou centrá-lo no momento histórico em que ficava mais cristalina a relação de constitutividade entre essas práticas e a estruturação da sociedade no estado de São Paulo, ou seja, no *momento histórico de sua emergência e institucionalização* (o destaque é nosso), o que ocorreu na República Velha.

Constatando que nas práticas sanitárias desenvolvidas em São Paulo empregou-se a mesma base científica que foi fundamento na estruturação da Saúde Pública nos países capitalistas centrais, o autor adotou a perspectiva de entender esse processo como a resposta às necessidades econômicas e políticas, geradas pela dinâmica de reprodução das condições de realização do capitalismo no Brasil, na era agro-exportadora cafeeira.

Assim, o processo de “importação” das teorias, que instrumentalizaram as práticas sanitárias que se desenvolveram nos países centrais, se deu através da dinâmica de descontextualização e recontextualização, conforme os padrões próprios de desenvolvimento das relações sociais capitalistas no Brasil.¹⁵¹

Aponta, ainda, que o objetivo e o objeto das práticas sanitárias se definiram historicamente no modo de produção capitalista, em torno do processo de acumulação do capital, no plano econômico e político. O conhecimento produzido neste campo de práticas se orientou no sentido de permitir a realização de um específico tipo de apropriação dos objetos de sua ação. Isso é, as teorias sanitárias, seja a miasmática, a bacteriológica ou a médico-sanitária, instrumentalizaram as ações de saúde, que incidem sobre o coletivo, tendo em vista a reprodução das relações capitalistas de produção.¹⁵¹

CASTRO-SANTOS¹⁵² ao se debruçar sobre a análise dos desenvolvimentos iniciais e o processo de consolidação das práticas sanitárias no estado de São Paulo, tomando como ponto de partida as primeiras décadas republicanas ou, mais precisamente, o período da República Velha (1889-1930), pondera que na formação histórica brasileira a ação transformadora e as ideologias de mudança no interior do campo da Saúde Pública originaram-se não de pressões populares, mas dos centros de poder nacional e regional controlados pelas oligarquias. O autor constata que os aparelhos de Estado – lato senso – tiveram, nesse processo, destacada participação, ou seja, chama a atenção para esses movimentos de mudança *controlada* pelas classes dominantes ou, em graus variados de autonomia diante delas, pelo próprio Estado, os quais diversos estudiosos vêm chamando de “modernização conservadora” ou “modernização pelo alto”.

Este autor também reconhece ser o ano de 1892 o desaguadouro de iniciativas administrativas e legais que desde o ocaso do regime monarquista as elites paulistas, portanto, os governos provinciais, haviam começado a adotar no campo da Saúde Pública em face de determinações econômicas,

sociais e políticas abordadas anteriormente. Em síntese: considera-se como um marco político a publicação da Lei nº. 43, de 18 de julho de 1892, que *Organiza o Serviço Sanitário do Estado*, e sua regulamentação por meio do Decreto nº. 87, de 29 de julho de 1892, dando início à estruturação do Serviço Sanitário do Estado e – importa acrescentar – à sistematização do Regulamento de Higiene, o qual, de acordo com DUARTE¹¹, foi um instrumento pioneiro que compôs, com outros vigentes no período, o arcabouço jurídico atinente à proteção da saúde que veio a ser compilado, aperfeiçoado e publicado posteriormente através da Lei nº. 233, de 2 de março de 1894, que *Estabelece o Código Sanitário* – primeira codificação sanitária estadual e do país.

Ao analisar determinados elementos histórico-estruturais do movimento sanitarista da época, o autor¹⁵² localiza três relevantes aspectos – a construção institucional do campo científico; o desenvolvimento do setor administrativo da Saúde Pública e o lançamento das campanhas sanitárias – da intervenção estatal em São Paulo que importa apontar.

Em relação à institucionalização do campo científico, enfatiza que, no estado de São Paulo, a ausência de tradição médica – a primeira instituição de ensino da medicina foi aberta somente em 1912, ao contrário do Rio de Janeiro e da Bahia que herdaram uma tradição de educação médica do regime monarquista –, *facilitou* a difusão de novas teorias sobre a causa das doenças e as descobertas da era bacteriológica, portanto, a experiência paulista revelou que um ambiente científico e intelectual favorável atuou como catalisador para o desenvolvimento da Saúde Pública.*

O elemento decisivo para o rápido progresso da pesquisa em Saúde Pública antes do estabelecimento da educação médica, ressalta, foi o ambiente intelectual de São Paulo – em particular a ação modernizadora de

* Em 1893 vinculavam-se à Diretoria do Serviço Sanitário as seguintes instituições: a) o Instituto Bacteriológico; b) Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas e c) Instituto Vacinogênico. Ao Secretário do Interior vinculava-se o Laboratório Químico Farmacêutico do Estado (Lei nº. 240, de 04-09-1893). Em 1901, o Laboratório Soroterápico, criado em 1899 vinculado ao Instituto Bacteriológico, é desligado do instituto passando a chamar-se Instituto Soroterápico do Estado de São Paulo (Decreto nº. 878-A, de 23-02-1901).

um grupo positivista paulista menos sectário e cujas idéias contemplavam a defesa da necessidade de desenvolvimento da ciência no Brasil e de uma campanha educacional para “esclarecimento” dos brasileiros.

Nesta dimensão, ressalta ainda, que no período que sucedeu a 1ª Guerra Mundial, a intelectualidade paulista começou a se debruçar sobre os problemas nacionais, a imperiosidade da modernização do país e a defesa nacional, o que compunha uma nova agenda política, na qual educação e higiene pública constituíam-se prioridades de primeira grandeza. A crescente onda nacionalista ampliou-se entre círculos intelectuais de São Paulo e de outros centros urbanos e acabou gestando dois importantes eventos, ambos em São Paulo, que, a um tempo, influíram no cenário intelectual nacional e foram, por seu turno, também por ele influenciados.

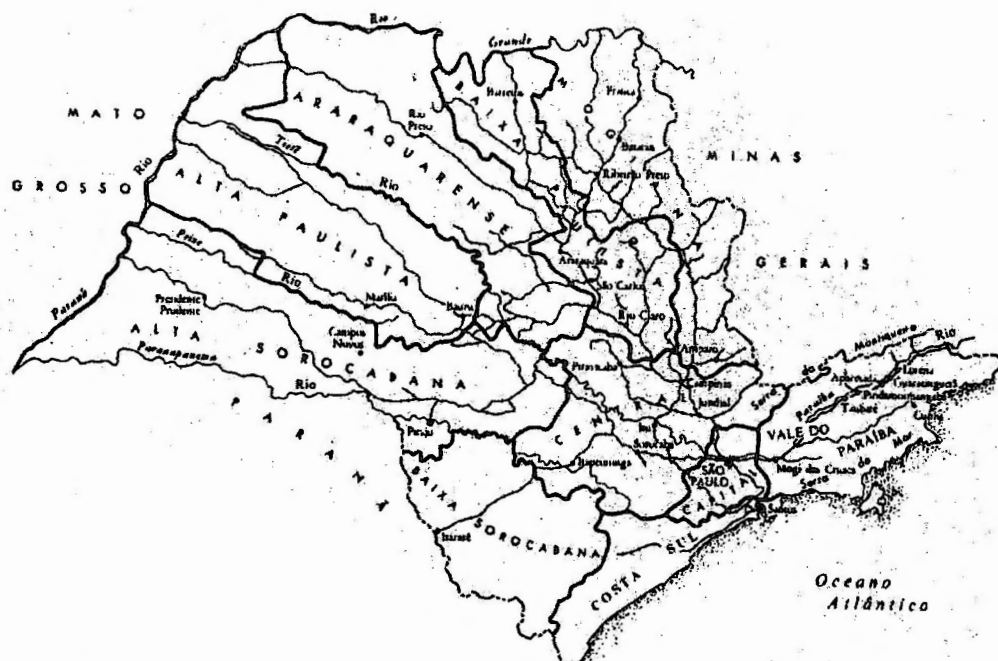
Ou seja: o primeiro evento foi a fundação, em 1916, pelos intelectuais paulistas de uma publicação mensal, a *Revista do Brasil*, que se tornou uma referência para intelectuais de distintos quadrantes do país expressarem os seus sentimentos nacionalistas. Tanto na *Revista* quanto na imprensa diária de São Paulo, se destacava Monteiro Lobato que tratava dos mais agudos problemas sociais e econômicos brasileiros, entre os quais sua preocupação com as condições de saúde no interior do Brasil cuja melhoria considerava a tarefa principal do país. O segundo evento deu-se no ano seguinte e consistiu na fundação da Liga Nacionalista de São Paulo, outra sinalização das tendências intelectuais do período, que defendia uma série de reformas a serem implantadas nacionalmente. Do ponto de vista da Saúde Pública, expõe o autor que tais movimentos culturais contribuíram para ajudar a criar entre as elites paulistas uma certa sensibilização com a sorte dos habitantes do interior brasileiro e, por outro lado, o clima ideológico em mudança explicaria o fato de que o Serviço Sanitário do estado – órgão vinculado à Administração Pública Estadual – começou a superar o interdito dos proprietários rurais ao exercício de maior controle sanitário das áreas agrícolas de São Paulo.¹⁵²

A respeito das condições políticas que propiciaram o início da superação do citado interdito dos proprietários rurais à atuação das

autoridades sanitárias em suas posses, há de se evidenciar o seguinte: a Lei nº. 1.596, de 29 de dezembro de 1917, que *Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado*, criou o Código Sanitário Rural, porém, no conjunto de dispositivos que disciplinou a intervenção sanitária nas fazendas e estabelecimentos agrícolas, inseriu-se o seguinte: “*As disposições referentes ao Código Rural só se aplicam às fazendas e propriedade agrícolas e industriais que se instalarem depois da publicação da presente lei*” (Art. 344). Tal disposição conseqüentemente foi incorporada ao Decreto nº. 2.918, de 9 de abril de 1918, que *Dá Execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo*. (Art. 756).

O fato é que, de acordo com o que já se ressaltou, após a proclamação da República seus dirigentes tinham que priorizar a intervenção sanitária nos centros urbanos ou rurais economicamente estratégicos para os interesses dominantes. Tratava-se de investir na capital federal, o Rio de Janeiro, e no estado de São Paulo. E assim se deu, porém entre as duas intervenções existiu uma diferença singular: a das elites políticas paulistas, que precocemente custearam vultuoso investimento em Saúde Pública – cujo início tinha se dado já no ocaso do período monárquico –, no plano jurídico, era lastreada pelo caráter federalista e liberal da Constituição de 1891, mas não foi esse o moto da intervenção sanitária promovida pela oligarquia cafeeira paulista.⁶⁷

Figura 1 – São Paulo dividido em Zonas.



Fonte: LOVE, J.L. *A Locomotiva – São Paulo na Federação Brasileira 1889-1937*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1982. p. 42.

Ao cidadão dr. Diretor de Higiene transmitiu o Secretário do Interior o seguinte ofício:

“Tendo falecido em um dos últimos dias na casa de saúde estabelecida à Rua do Conselheiro Nebias, esquina da do General Osório, um doente de febre amarela vindo de Santos, convém que verifiqueis o estado sanitário dessa casa de saúde, proibindo expressamente que sejam ali recebidos e tratados enfermos suspeitos da mesma enfermidade, mandando remover para o hospital de isolamento os que forem encontrados nessas condições, e fechar a referida casa na hipótese de não serem vossas ordens obedecidas. Saúde e Fraternidade. JOÃO ÁLVAREZ RUBIÃO JUNIOR.

(**Correio Paulistano**. São Paulo, 1º fev. 1893. p. 1*)

* CP, nº do microfilme 04.01.045. APE-SP.

EXERCÍCIO DA MEDICINA

De algum tempo a esta parte o Brasil e talvez, particularmente o Estado de São Paulo, tem sido invadidos por grande número de indivíduos que aqui vem exercer profissões liberais, sem que para isso estejam legalmente habilitados.

O fato se prende por certo à corrente imigratória, havendo por parte de tais indivíduos a idéia de fazerem fortuna à custa da colônia a que pertencem, a cuja boa fé e ignorância exploram por meio de pomposos anúncios em que fazem “garantias” de toda a sorte.

Conquanto a constituição da República faculte o livre exercício de profissões liberais o nosso Código Penal é bastante explícito a respeito da matéria, estabelecendo penas severas para os que exercem ilegalmente a medicina e profissões congêneres, tais como a arte dentária, a farmácia e a que diz respeito às parteiras.

Por certo, os artigos do código concernentes ao assunto são desconhecidos pelas pessoas a que nos referimos, e daí se podem inferir as repetidas infrações em que incorrem.

Bom, porém, é que saibam que as penas impostas vão desde multas elevadas até a prisão celular para todo indivíduo que ilegalmente se entrega ao exercício de qualquer das profissões citadas.

Podemos até avançar que, se a letra do código fosse cumprida à risca, o exercício de tais profissões tornar-se-ia sumamente difícil, até para os legalmente diplomados, tão severa ela é.

Dizemos isso para bom aviso dos que se intitulam profissionais em qualquer dos ramos da medicina, e que, desrespeitando a nossa legislação penal, se aventuram a exercê-los. (...)

(Correio Paulistano. São Paulo, 21 out. 1894. p. 1*)

* CP, nº do microfilme 04.01.046. APE-SP.

TUBERCULOSE

Como sempre o obituário foi sobrecarregado pela *tuberculose* que continuou a ceifar impiedosamente numerosas vidas colhidas justamente nas idades de maior atividade humana.

Não descurou esta Diretoria deste magno problema, mas pouco logrou conseguir, não me acanho em dizê-lo, à vista da pouca intuição de nossa população sobre os perigos de tal moléstia. Os meios suasórios os mais brandos, os rogos, as solicitações, as prédicas, conselhos, tudo enfim foi feito no intuito de se conseguir que em nossos hospitais os tuberculosos fossem retirados das enfermarias gerais. As promessas, os protestos de boa vontade, não faltaram, mas continua tudo como dantes. Voltará esta Diretoria de novo sobre tal assunto, empregando todos os meios a seu alcance para que possa cumprir o seu dever
(Relatório da DGSP de 1905. p.12)

Figura 2 – Organização dos Serviços – Centro de Saúde Distrital.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CENTRO DE SAÚDE DISTRITAL



Fonte: Paula Souza, G.H.; Borges Vieira, F. Centro de Saúde: "Eixo" da Organização Sanitária. In: Boletim nº 59, Instituto de Higiene de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1936 [reedição 1944].

Figura 3 – Propaganda de medicamento “Pílulas Rosadas do Dr. Williams”.

ESTADO - DOMINGO 2 DE MAIO DE 1909

O RHEUMATISMO

O Rheumatismo começa com dores ósteas. O paciente sente a dor a tempo pouco, a uma hora ou duas vezes. Logo depois das dores sentidas alguns tempos o paciente levanta-se de repente, a dor é tal que quer o fazer cair. Enquanto estiver a uma guerra destas, a provável que não seja mais; que se vá a uma longa batalha de dor e a dor se fará logo sentir. Hoje tudo vos bem, porque a dor já não se faz sentir. Assim que o tal estado se dá, os médicos chamam-lhe. As Pílulas Rosadas do Dr. Williams curam o Rheumatismo. Há pouco que o estado curando.

Estas pílulas curam todas as enfermidades causadas por mau sangue, como a anemia, debilidade geral, molestias nervosas, sciatica, etc.; falta de forças digestivas, desenvolvimento difficil das meninas, e desarranjos proprios da mulher.

PILULAS ROSADAS DO DR. WILLIAMS



Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 2 maio. 1909. p. 5.

Figura 4 – Propaganda de medicamento “Salsa de Hollanda”.

COMPANHIA PAULISTA DE ELECTRICIDADE

ESPECIALIDADE EM INSTALAÇÕES ELECTRICAS PARA FORÇA E LUZ EM CIDADES

Rua de S. Bento n. 55 - CORREIO POSTAL 459 - S. Paulo (Brasil)

PAPEL para embrulho DE RESTO DE BOBINAS E JORNAES

SYPHILIS

MOLESTIAS DA PELLE, IMPUREZA DO SANGUE, RHEUMATISMO CURAM-SE RADICALMENTE, COM A

Salsa de Hollanda

(SALSA, CARO 3A E MANACA)

EM VIDROS E MEIOS VIDROS

Cuidado com as Imitações: Reparae a marca registrada

Deposito geral: Drogeria ARAUJO FREITAS, rua das Omeiras, 114 - Rio de Janeiro, e em todas as farmacias e drogerias deste Estado



Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 3 nov. 1912. p. 5.

Figura 5 – Propaganda de medicamento “Gottas Salvadoras das Parturientes do Dr. Van Der Laan”

do 1912

MANEQUINS
 Nova fabrica de manequins das mais modernas e mais belas e sob medida.
 Serve-se qualque encomenda, tanto nesta cidade como no interior e no Rio de Janeiro.

NAGYB CURI
 52 - RUA DA LIBERDADE 52

Deluche
 Umofre.
 Consultar the que emprega um cobrinha a seu un' unira copulacha, em sua sua diadema capilar e fulminante, ficando total de um m'a e dia sem daga. P'apo notar sua de logo a angustia de uma hemorrhagia pelo

Graças ás Gottas Salvadoras das Parturientes do Dr. Van Der Laan



desapparecerão os perigos da parto difficil e laborioso:
 A parturiente que fizer uso de alluido medicamento, durante o ultimo mes de gravidez, terá um parto rapido e feliz.
 Innumeros attestados provam exuberantemente a sua effecção.

A venda em todas as drogarias e boas farmacias da Il. de S. Paulo

Deposito Geral **Araujo Freitas & C.** Rua dos CURIVES n. 114

MACHINA PAULISTA

Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 5 nov. 1912. p. 10.

4.3. O ESTADO GETULISTA (1931-1945)

Os quadros 8, 9 e 10 sistematizam, respectivamente, os documentos de domínio público – legislação, documento institucional produzido por agente público e noticiário – analisados que se relacionam ao Estado Getulista.

Quadro 8 – Documentos de domínio público – legislação – do Estado Getulista (1931-1945).

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
Decreto nº 4.891 – 13 de fevereiro de 1931 Interventor Federal no Estado: Coronel João Alberto Lins de Barros	Organiza o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, com a criação de várias Inspetorias. Competência para Inspeções nos serviços (laboratórios clínicos, ramos de produtos químicos e farmacêuticos, soros, vacinas e opoterápicos, hospitais e congêneres), verificando-lhes a regularidade e a eficiência. Retira a competência para execução do serviço de verificação de óbitos. A Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância, entre outras, compete agir diretamente como órgão de fiscalização dos serviços de proteção à criança e das instituições que o Estado favorecer.	E	E-1
Decreto nº 20.862 – 28 de dezembro de 1931 Chefe do Governo Provisório da República: Getulio Vargas	Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos.	P	P-1
Decreto nº 20.931 – 11 de janeiro de 1932 Chefe do Governo Provisório da República: Getulio Vargas	Exercício das profissões de saúde e estabelecimentos de saúde dirigidos por médicos e cirurgiões-dentistas.	E	E-2
Decreto nº 21.073 – 22 de fevereiro de 1932 Chefe do Governo Provisório da República: Getulio Vargas	Regula o exercício da odontologia pelos dentistas práticos no Distrito Federal.	E	E-2
Decreto nº 24.438 – 21 de junho de 1934 Chefe do Governo Provisório da República: Getulio Vargas	Dispõe sobre a reorganização, sem aumento de despesa, da Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública e das repartições dependentes e dá outras providências		NA
Decreto nº 24.492 – 28 de junho de 1934 Chefe do Governo Provisório da República: Getulio Vargas	Baixa instruções sobre o Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, na parte relativa á venda de lentes de graus Licenças dos estabelecimentos, cadastros dos óticos. Cria livro de registro, exige autorização para o comércio de lentes de grau.	E	E-2
Decreto nº 24.814 – 14 de julho de 1934 Chefe do Governo Provisório da República: Getulio Vargas	Estabelece o plano geral de organização dos serviços de saúde publica e assistência médico social A fiscalização dos serviços de assistência hospitalar fica a cargo da Diretoria de Assistência Hospitalar.		NA
Decreto nº 9.278 – 28 de junho de 1938 Interventor Federal no Estado: Doutor Adhemar Pereira de Barros	Organiza o Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional do Departamento de Saúde do Estado e dá outras providências Compreende a fiscalização do exercício profissional dos médicos, farmacêuticos, dentistas, parteiras, optometristas, ortopedistas, enfermeiros e massagistas e o registro dos títulos e diplomas e, a inspeção e o licenciamento dos estabelecimentos de fabricação de produtos químicos, drogarias, farmácias, laboratórios clínicos, casas de artigos odontológicos, ortopedia, optometria e fisioterapia.	E	E-2
Decreto nº 9.868 – 27 de dezembro de 1938 Interventor Federal no Estado: Doutor Adhemar Pereira de Barros	Modifica o decreto 9.278 e institui taxas para registro e fiscalização de profissionais - Registro dos títulos e diplomas dos profissionais de saúde.	E	E-2
Decreto-Lei nº 3171 – 2 de abril de 1941 Presidente da República: Getulio Vargas	Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e da outras providências		NA
Decreto nº 9.810 – 1 de julho de 1942 Presidente da República: Getulio Vargas	Aprova o regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde Licenças dos serviços.		NA

Quadro 9 – Documentos de domínio público – institucional – do Estado Getulista (1931-1945)

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1931	Minutas de Ofícios à Diversos. Julho a Dezembro. Ano 1931, EO6175, 40.	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1932	Minutas de Ofícios à Diversos. B 2 - 2. Outubro a Dezembro. Ano 1932, 6181, 50.	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1933	Minutas e Diversos. Janeiro a Fevereiro. Ano 1933. 6179. B. 2 - 1	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1933	Minutas e Diversos. Janeiro a Março. Ano 1933. EO6180, 43 [2ª página: Sec. da Educação, Secção Grupos Escolares].	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1933	Minutas à Fazenda. Agosto a Outubro. Ano 1933, 77. [2ª página: Sec. da Educação, Secção Grupos Escolares].	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Serviço Sanitário	1933-1936	Serv. Sanit. e Multas. Maço 255, Anos 1933-1936, Caixa 260, Ordem 6865.	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Serviço Sanitário/Delegacia de Saúde de Campinas	1934	Serviço Sanitário. Delegacia de Saúde de Campinas. 2ª Série, Vol. 68. Correspondência Expedida no mês de Abril. Ano 1934..	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Serviço Sanitário/Delegacia de Saúde de Campinas	1935	Serviço Sanitário. Delegacia de Saúde de Campinas. 2ª Série, Vol. 86. Correspondência Expedida no mês de Dezembro. Ano 1935[Fichas Epidemiológicas].	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Serviço Sanitário	1935	Consolidação das Leis Sanitárias do Estado de São Paulo, elaborado por Márcio A. Resende e A. Nogueira de Sá. Vol. I Janeiro de 1935.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Comissão de Assistência Hospitalar	1935-1936	Comissão de Assistência Hospitalar. Volume A. Censo Hospitalar do Estado de São Paulo 1935-1936. 1938.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1936	Mensagem Apresentada pelo Governador Armando de Salles Oliveira à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1936	Minutas e Ofícios Diversos. Janeiro e Fevereiro de 1936. Sec. Est. da Educação e Saúde Pública. 6188.	APE-SP
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1937	Mensagem Apresentada pelo Governador J.J. Cardozo de Mello Neto à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo

Continua

Quadro 9 – Documentos de domínio público – institucional – do Estado Getulista (1931-1945).*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1938	Relatório Anual de 1938.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1938	Serviços de Saúde do Estado em 1938 - Resumo do Relatório do Ano de 1938. 1939.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1939	Relatório Anual de 1939.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1940	Relatório Anual de 1940.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde	1940	Relatório de Atividades Apresentado pelo Dr. H. Pascale. Diretor Geral.1940. Vol. I e Vol. IV.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 1ª Zona - Bauru -, Noé Mendes de Almeida, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 2ª Zona - Botucatu -, Benedicto Pereira Leite, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 3ª Zona - Campinas -, Frederico Marcondes Machado, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 4ª Zona - Franca -, Marco Aurelio De Luca, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES

Continua

Quadro 9 – Documentos de domínio público – institucional – do Estado Getulista (1931-1945)*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 5ª Zona - Presidente Prudente -, Alvaro Assis, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 6ª Zona - Piraju -, João Alves de Mello, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 7ª Zona - Rio Preto -, João Alves de Mello, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 8ª Zona - Ribeirão Preto -, José Rodrigues da Silva, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 9ª Zona - Santos -, João Fernandes de Pontes, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 10ª Zona - São Carlos -, Manoel de Oliveira Borges, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública – Departamento de Saúde/Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional	1941	Relatório de Anual apresentado pelo Inspetor de Odontologia da 11ª Zona - Sorocaba -, Julio Marcondes Guimarães, ao Dr. Joaquim Carvalho Parreiras, Diretor do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional. Janeiro 1942	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1943	Cópias de Ofícios, 6340-7505. Outubro de 1943. Sec. Est. da Educação e Saúde Pública. 1ª Diretoria. 2ª Seção. 6202.	APE-SP

Continua

Quadro 9 – Documentos de domínio público – institucional – do Estado Getulista (1931-1945)*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1943	Cópias de Ofícios, 7506-8237. Novembro de 1943. Sec. Est. da Educação e Saúde Pública. 1ª Diretoria.2ª Seção. 6203.	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1944	Cópias de Ofícios, 1-727. Janeiro de 1944. Sec. Est. da Educação e Saúde Pública. 1ª Diretoria.2ª Seção. 6204.	APE-SP

Quadro 10 – Documentos de domínio público – noticiário – do Estado Getulista (1931-1945).

N Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	N Página	Título da Notícia
04.04.015	C.P.	18/1/1939	2	Registros no Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional: Comunicado
04.04.015	C.P.	28/1/1939	23	Pelle "feia" quer dizer preguiça da pelle interna – Desperte-a com um creme que limpa profundo
04.04.015	C.P.	01/2/1939	3	O Dr. Adhemar de Barros visitou, hontem, as obras do Hospital das Clínicas
04.04.015	C.P.	12/2/1939	3	S.Paulo terá mais um modelar estabelecimento hospitalar
04.04.015	C.P.	17/3/1939	3	Será extinto, amanhã, definitivamente o manicômio de Vila Guilherme – A grande campanha que o Dr. Adhemar de Barros está levando a efeito, vem sanar uma das falhas sensíveis do aparelhamento hospitalar paulista
04.04.015	C.P.	18/3/1939	3	Será extinto, hoje, definitivamente o recolhimento de Villa Guilherme e artigo intitulado "Humanidade!" assinado por Lellis Vieira.
				O jornal era intitulado APENAS "Correio Paulistano"
04.04.015	C.P.	18/4/1939	22	Serviço de Policiamento da Alimentação Pública
04.04.015	C.P.	30/5/1939	7	Movimento demographo-sanitario No ano de 1939 ainda publicava-se, no jornal C.P., boletins da Demografia Sanitária e informes do movimento dos hospitais.
..	C.P.	1939	..	Neste anos, e nos meses a seguir, os jornais não continham matérias de interesse e estavam muito manchados

A Revolução de 1930

ZIONI¹⁸ (1988), ao caracterizar o período que se inicia com o êxito do movimento cívico-militar de 1930 – a Revolução de 1930 –, enfatiza como no período histórico anterior, a República Velha, se exerceu o poder a favor dos interesses econômicos e políticos vinculados aos negócios da exportação de produtos agrícolas, ou negócios da agro-exportação, principalmente daqueles interesses alocados no complexo cafeeiro.

Isto se dava através da *política de valorização do café* – operacionalizada através da compra do próprio produto ou do financiamento da produção retida pelo mecanismo de controle do mercado –, porém, a fim de efetivar tais providências, o Estado foi obrigado a recorrer a financiamento do capital externo, o que, aos poucos, reverteu certa autonomia que inicialmente os interesses cafeeiros mantinham em relação ao mercado externo.^{18 67}

No plano interno, no entanto, os interesses cafeeiros continuaram predominando, já que as condições em que se deu o processo de industrialização brasileira não criaram um corpo industrial independente politicamente e em condições de se opor à oligarquia dominante.¹⁸ Conforme, se viu anteriormente, o primeiro impulso do processo de industrialização ocorreu com a utilização de recursos originários da cafeicultura.

FAUSTO, tratando da expressão ideológica dos interesses de variados setores burgueses, afirma que os mesmos não se definiam diretamente segundo critérios econômicos – os industriais defendendo seu ideário, as lideranças da pecuária manifestando seus interesses e outros –, mas sim em função de disputas regionais para influir e controlar o poder central.⁶⁷

Tal indefinição ideológica se refletiu no grupo que, a partir da crise do Estado Oligárquico, deflagrou a Revolução de 1930 e assumiu o poder do Estado: basicamente representado pela Aliança Liberal – articulação de

frações regionais da burguesia cujos interesses não se vinculavam ao café, porém que não se apresentava como representante de grupos industriais, que havia concorrido nas eleições presidenciais realizadas nesse ano – e elementos do movimento tenentista.^{*18 67}

A plataforma política da Aliança Liberal foi constituída em torno da reforma política – defesa do voto secreto, da designação de magistrados para a presidência das mesas eleitorais, entre outras – e das reivindicações econômicas pontuais referentes à industrialização e às atividades desvinculadas do café, mas voltadas para o mercado externo (lã, couros, carne congelada).^{67 18}

As primeiras medidas da Revolução de 1930 referiram-se ao afastamento do capital ligado à cafeicultura para outras atividades produtivas como a algodoeira e a indústria. Ao mesmo tempo foi impossível deixar de atender ao setor cafeeiro e, com a queima de café, esse setor, ainda que alijado do poder, continuou economicamente forte.^{67 18}

Nos quatro primeiros anos da Revolução de 1930 grupos que formaram a Aliança Liberal e os *tenentes* se dedicaram à disputa pelo poder.

Apesar de defenderem medidas populares como nacionalização dos bancos, minas e quedas d'água, ações contra o latifúndio, reformas trabalhistas, proteção à mulher e à criança, limitação da jornada de trabalho, os tenentes perceberam que não se haviam criado, ainda, condições para superação dos velhos esquemas eleitorais e abandonaram a plataforma de normalização política. O tom reformista adotado pelo movimento afastou as

* FAUSTO, ao tratar do que representou o tenentismo e seus objetivos, registra que é necessário verificar o que ocorreu nas primeiras décadas do século XX no Exército (porque os “tenentes” eram tenentes do Exército) e na sociedade. Na instituição militar ocorreu sua maior profissionalização, o que não elidia o fato de que os oficiais tinham uma concepção sobre a sociedade e o sistema de poder existente. Os “tenentes” queriam purificar a sociedade, mas também a instituição militar. No fundo pretendiam dotar o país de um poder centralizado, com o objetivo de educar o povo e seguir política vagamente nacionalista. Embora não chegassem, nos anos 1920, a formular um programa antiliberal, não acreditavam no “liberalismo autêntico” para recuperar o país. O inegável prestígio do tenentismo nas camadas médias urbanas no fim da década de 1920, não significava que fossem representantes desses setores: sua visão de mundo formou-se, sobretudo, na sua socialização no interior das Forças Armadas. Afora alguns apoios, enfrentaram o governo praticamente sozinhos e não arrastaram o Exército atrás de si. Nenhum setor influente da elite civil até 1930 mostrou-se disposto a jogar cartada tão radical – não por seu conteúdo, mas por seu método: a confrontação armada.⁶⁷

camadas médias urbanas para a órbita da Aliança Liberal que, depois do movimento cívico e militar de 1930, pregava a redemocratização do país.^{67 18}

Em termos de estabelecimento de uma política específica para determinada classe social, o operariado recebeu grande atenção por parte do Estado.¹⁵³ Em 1930 criou-se o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1932, as Juntas de Conciliação e Julgamento e foram regulados, ainda, o horário de trabalho no comércio e na indústria, o trabalho das mulheres e dos menores e iniciou-se a regulamentação dos sindicatos.

Tal preocupação não significou a tentativa de constituir uma base social de apoio a partir, e principalmente, do operariado, mas de ajustar as relações entre patrões e empregados na esfera do trabalho e anular a influência dos movimentos e partidos de esquerda que, no caso do Partido Comunista do Brasil (PCB), começava a se tornar influente no movimento operário. Lançou-se mão, também, dos novos contingentes populacionais oriundos da migração interna, que se constituíam na mão-de-obra necessária para a indústria, a fim de dividir o movimento operário entre brasileiros e estrangeiros, o que o jornal o Estado de São Paulo, na sua edição de 25 de janeiro de 1931, assim expressou: um dos fatores mais condenáveis da exploração do operário brasileiro é o operário estrangeiro que toma o lugar do nacional e se entrega ainda a propagandas subversivas.¹⁸

FAUSTO, ao tratar do Estado que nasceu em 1930, destaca que o aparato estatal que emergiu deixou de representar os interesses de qualquer setor específico da sociedade. A burguesia do café foi deslocada do poder, as camadas médias não tinham condições para assumir seu controle, os tenentes fracassaram, os grupos desvinculados do setor cafeeiro, especialmente o industrial, não se encontravam em condições de ajustar o poder à medida dos seus interesses, seja porque esses interesses coincidiam freqüentemente com os daquele setor, seja porque o cafeeiro continuava a ser um dos centros básicos da economia. O Estado já não era uma oligarquia, mas não era também o Estado tal como se formou na tradição ocidental. Tratava-se de um certo tipo de *Estado de Massas*,

expressão da prolongada crise agrária, da dependência das camadas médias e urbanas e da pressão popular.^{67 18}

O Estado Novo

Sob o pretexto oferecido pela Intentona Comunista* (1935), e apoiando-se no falso Plano Cohen**, Getúlio Vargas, com apoio das Forças Armadas fechou o Congresso e instaurou, em 1937, o Estado Novo que, até 1945, exerceria de maneira autoritária as funções para acumulação de capital*** a serviço de uma burguesia industrial incipiente.¹⁸

De acordo com o trabalho de MOTA¹⁵⁴ citado por ZIONI,¹⁸ o Estado, através do personalismo de Getúlio Vargas, foi chamado para atender dois grandes conjuntos econômicos que, por razões e através de canais diferentes, convergiram para o fortalecimento do poder do próprio Estado: a) situação depressiva da cafeicultura e os efeitos desastrosos que provocou sobre a balança de pagamentos em função da queda de nossas exportações e b) as perspectivas positivas no setor industrial, as quais, por isso mesmo, revelavam as insuficiências de seu desenvolvimento. Por essas razões, o Poder Executivo encerrava as bases objetivas para se promover tanto como a salvação de uns quanto como o patrocinador de outros.

Além desses fatores econômicos, os golpistas contaram com o apoio das Forças Armadas que enxergavam a defesa nacional associada à instalação de indústrias de base, à exploração autônoma das fontes de energia e à proteção das riquezas do subsolo, o que, por sua vez, permitiram, também, o *reaparelhamento militar eficiente*.⁶⁷

* Intentona Comunista é nome que foi dado ao levante militar, organizado pelo PCB, em novembro de 1935, em si mesmo um fracasso que lembrou os levantes tenentistas da década anterior.⁶⁷

** Plano Cohen constituiu-se em um relato falso de suposta insurreição comunista.⁶⁷

*** Entende-se por acumulação de capital o processo que na economia capitalista transforma a força de trabalho em lucro apropriado pelo capital e que permite a reprodução histórica desse mesmo processo.¹⁸

Para atender aos objetivos da industrialização o Estado implementou medidas e introduziu reformas no próprio aparelho estatal, e em sua organização, atuando diretamente no plano da produção, tanto na criação de infra-estrutura, como regulando as relações de trabalho via políticas sociais.*

Medidas implementadas que serviram para consolidar o poder do Estado:¹⁸

- a) a criação do Departamento de Imprensa Propaganda (DIP), a elaboração do Código de Imprensa (que proibia qualquer referência desrespeitosa às autoridades) e a instituição da Hora do Brasil (emissão diária que divulgava as palavras do presidente da República), permitiram um controle ideológico sobre a população;
- b) a Reforma Administrativa, que criou condições para a hegemonia do Estado através de instrumentos que permitiram a centralização do poder e a integração nacional;
- c) a eliminação dos últimos resquícios do federalismo: o instituto do *interventor* nomeado pelo presidente da República, supervisionado pelo Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), que estudava as leis aprovadas pelo interventor, fiscalizava seus atos, aprovava seus orçamentos e garantia a subordinação do programa às ordens federais, que eram executadas por técnicos da burocracia pública;
- d) a instalação do mencionado Departamento Administrativo do Serviço Público, responsável pela racionalização do funcionalismo público, atividade importante em função da multiplicação de aparelhos burocráticos encarregados de reformar a atividade educacional, sanitária e agrícola;¹⁵⁴
- e) criação do Conselho Nacional de Economia e dos Conselhos Executivos Federais que tornaram a administração federal o lócus das pressões e debates sobre os problemas econômicos;
- f) a instituição da legislação trabalhista: jornada de trabalho de 8 horas, férias remuneradas, estabilidade no emprego, indenização no caso de

* Constituindo-se e se desenvolvendo sob a égide do Estado, o setor burguês industrial recebia proteção por parte do Estado, que lhe antecipava soluções econômicas, mas sem a maioria das vezes, se dar conta desse favorecimento.⁶⁷

dispensa sem justa causa, convenção coletiva de trabalho, regulamentação do trabalho das mulheres e menores e criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP);

g) a criação de sindicatos com características corporativas.

Foram proibidas associações não previstas na legislação, que só reconhecia um sindicato por profissão, o qual não poderia – salvo exceções autorizadas pelo Ministério do Trabalho – ter caráter nacional; criou-se o imposto sindical obrigatório que atrelava o sindicato aos dirigentes políticos e proibiu-se a realização de greves e as discussões ideológicas.

A ação do Estado Novo caracterizou-se por intervir na economia, por meio da instalação de indústrias estatais no setor da indústria pesada, criação de infra-estrutura e condições para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil e, ainda, pelo estímulo à diversificação da produção agrícola.¹⁸

O Período do Estado Getulista e a Saúde

BRAGA e PAULA,¹⁵³ consideram que nos anos 1930 iniciou-se o processo de formação de uma política nacional de saúde e dos aparelhos necessários à sua efetivação, levando-se em conta que o Estado criado a partir da Revolução de 1930 se caracterizou por uma maior autonomia relativa frente às classes e frações de classe em crise de hegemonia.

Apesar de, ao longo deste período, a Saúde Pública dominar o setor saúde em relação ao sub-setor previdenciário, que só começaria a se tornar hegemônico a partir dos anos 1950, os programas de Saúde Pública sempre tiveram um alcance reduzido em relação às necessidades mais gerais da população, revelando-se uma prioridade com grande componente discursivo e pouco lastro orçamentário neste período.^{153 18}

Apesar deste caráter restrito os serviços de saúde registraram expansão semelhante àquela dos diferentes aparelhos de Estado e da legislação trabalhista.

Segundo COSTA, nas três primeiras décadas do século XX registrou-se a hegemonia das políticas de Saúde Pública.²⁴ Já partir de 1930, com a ênfase na industrialização e com o novo caráter do Estado, registrou-se o desenvolvimento dos serviços de saúde concomitantemente ao desenvolvimento da legislação trabalhista, o que configurou no início dessa década nova tendência da ação estatal em relação à força de trabalho, tendência essa que teria de envolver ações para dar conta das exigências geradas pelo esforço da industrialização.^{18 24}

ZIONI¹⁸ aponta que essa expansão da ação estatal, na área social, pode ser exemplificada pelos seguintes fatos:

- a) em 1930 os benefícios dos Institutos de Aposentadoria e Pensões foram estendidos;
- b) se criou os Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio, bem como o da Educação e Saúde Pública, e
- c) em 1934 foi reorganizado o Ministério de Educação e Saúde Pública e criada a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social.

CAMPOS,¹⁵⁵ estudando a política de saúde que se seguiu à Revolução de 1930, partindo de trabalho no qual se demonstrou como, particularmente nas duas primeiras décadas do século XX, o Estado Oligárquico utilizou as práticas sanitárias objetivando a criação de condições mais favoráveis à expansão do então vigente modelo agro-exportador (MERHY¹⁵¹), salienta que a Saúde Pública na República Velha, relativamente, conseguiu um prestígio, um montante de recursos financeiros e uma parcela de poder político – entendido como capacidade de interferir sobre o espaço urbano, sobre o modo de vida dos indivíduos e sobre a própria definição de prioridades em Saúde – superiores às aquelas posteriormente alcançados.

Segundo aquele autor¹⁵⁵, se a saúde acompanhou a tendência centralizadora do Estado nacional pós-1930, que, conforme se viu anteriormente retirou autonomia dos estados da federação, ao mesmo tempo foram diminuídos, em termos relativos, os recursos investidos neste setor de serviços, não mais se registrando, como era freqüente durante

quase toda a primeira vintena de anos do século passado, valores equivalentes a 10% ou 15% dos orçamentos estaduais.

Ou seja: as verbas destinadas à Saúde Pública diminuíram progressivamente, com rápidos intervalos de recuperação, mas sempre com alíquotas dos orçamentos federais e estaduais oscilando de 1% e 4%. Se foram diminuídos os recursos das instituições de saúde, também diminuiu o poder político necessário à regulamentação da organização social, limites novos foram colocados à intervenção “técnica” dos programas e ações de Saúde Pública, constata CAMPOS¹⁵⁵.

Em síntese, chama-se a atenção para o que o autor¹⁵⁵ destaca em relação ao setor saúde, especialmente o que foi se verificando em relação à Saúde Pública:

- a) o controle social sobre a força de trabalho e sobre as populações marginalizadas do mercado formal, passo a passo, no pós-1930, foi deixando de ser principalmente realizado por meio de ações coletivas características do modelo sanitário, passando esse papel a ser desempenhando pela assistência médica individual – esses serviços tiveram de sofrer significativa expansão nos anos seguintes através do crescimento concomitante dos institutos de Previdência Social para garantir acesso à assistência médica à maioria dos trabalhadores e suas famílias;
- b) além disso, a assistência médica individual passou a fazer parte também do processo de manutenção e reprodução da força de trabalho, de modo a conservá-la dentro de determinados padrões de higidez necessários ao regular o funcionamento da produção.

A este respeito, considera ainda CAMPOS¹⁵⁵:

Na verdade, este descolamento só foi possível porque passou a interessar à acumulação de capital uma limitação da capacidade de intervenção da Saúde Pública sobre a organização social e uma redução de sua função normativa sobre as condições de vida e trabalho das pessoas. Ou seja, o padrão de desenvolvimento econômico brasileiro, caracterizado freqüentemente como selvagem, operava com altas taxas de lucratividade, extraídas tanto dos baixos salários como de ritmos e condições de trabalho, via de regra, incompatíveis com a preservação da saúde dos trabalhadores. Da mesma forma, pouco se reinvestia no sentido de resguardar o meio ambiente ou a qualidade sanitária de produtos a serem consumidos. Assim, ao contrário do período anterior, agora interessava, à dinâmica de acumulação capitalista, uma liberação de qualquer peia porventura imposta pelo Estado ao livre desenvolvimento desta tendência.

Neste sentido, pode-se considerar que foi estabelecido um verdadeiro "interdito" à Saúde Pública. Mais do que a ampliação do seu objeto de intervenção, passou a interessar a imposição de limites à sua prática.

No início deste período foi, também, profusa a publicação de regulamentação referente à saúde, inclusive normas que se relacionam mais proximamente com a vigilância sanitária, inclusive de serviços de saúde. Dois destes instrumentos com força de lei se encontram em vigor até os dias de hoje, ou seja, o Decreto nº. 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que *Regula e Fiscaliza o Exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das Profissões de Farmacêutico, Parteira e Enfermeira no Brasil e Estabelece Penas*, e o Decreto nº. 24.492, de 28 de junho de 1934, que *Baixa Instruções sobre o Decreto nº. 20.931, de 11 de janeiro de 1932, na Parte Relativa à Venda de Lentes de Graus*.

Merece destaque o Decreto nº. 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que, a par de ser norma bem concebida do ponto de vista do controle sanitário dos serviços de saúde, até o presente é referência para o exercício profissional dos médicos no país.

Consoante com os objetivos mais gerais do grupo que havia se instalado no poder federal depois da Revolução de 1930, já nos primeiros anos do governo provisório (03-11-1930 a 20-07-1934), diversas profissões

e ocupações, e às vezes também os respectivos estabelecimentos, foram regulamentadas, a saber: farmacêutico (1931), enfermagem (1931, 1932 e 1934), dentista prático (1931, 1932 e 1933), medicina veterinária (1933), condições de trabalho de profissionais de barbearias, salões de cabeleireiros e estabelecimentos congêneres (1933) e químico (1934).

O Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina (SNFM), criado pelo Decreto-Lei nº. 3.171, 2 de abril de 1941, *Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e da outras providências*, foi sucedâneo da Inspeção de Fiscalização de Medicina instituída pelo Decreto nº. 14.354, de 15-09-1920, e mantida pelos Decretos nº. 15.003, de 15-09-1921, e nº 16.300, de 16-12-1923. O SNFM foi regulamentado pelo Decreto nº. 9.810, de 1º de julho de 1942, que *Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde*.

O eixo das atribuições do SNFM consistia em uma série de questões envolvendo a prática e habilitação de médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos e parteiras, bem como tratava da obrigatoriedade de licenciamento obrigatório para os seguintes serviços: laboratórios de análises e pesquisas clínicas, raios X, gabinete de fisioterapia, de psicoterapia, ortopedia, prótese dentária, beleza e massagens, balneoterapia, ótica, artigos de uso médico ou odontológico, consultório e ambulatório médico ou odontológico, clínica de assistência dentária. Tornou-se obrigatória ainda a organização dos cadastros dos serviços, dos profissionais e pacientes em uso de entorpecentes pelas autoridades sanitárias.

No entanto, no plano federal, a preocupação com a transmissão de infecções nos ambientes dos serviços de saúde não foi percebida através de documentos de domínio público – legislação – consultados, o que corrobora as afirmações de CAMPOS,¹⁵⁵ quando esse autor cita o *interdito* da saúde pública. Essas considerações são de suma importância, haja vista que, neste período, foram criados inúmeros estabelecimentos hospitalares públicos e privados, os quais, ao menos discursivamente, deveriam atender

ao desenvolvimento da ciência e fornecer bons serviços.

No estado de São Paulo, no início deste período se deu a publicação do Decreto nº. 4.891, de 13 de fevereiro de 1931, que *Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado*. À Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia continuou competindo a vigilância sanitária de todos os agrupamentos de estabelecimentos de saúde, no entanto, o serviço de verificação de óbitos deixou de ser sua atribuição passando, dois meses após, para a responsabilidade do pessoal técnico da cadeira de anatomia patológica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Decreto nº. 4.967, de 13 de abril de 1931, que *Dispõe sobre o Serviço de Verificação de Óbitos*).

A partir da criação da Comissão de Assistência Hospitalar (CAH), em 1935,³⁷ se desenhou a execução das ações de vigilância sanitária de serviços de saúde por meio de duas vertentes institucionais, práxis que iria perdurar mais de meio século.

Em uma delas, à CAH competia a fiscalização, controle e monitoramento de estabelecimentos hospitalares e daqueles com finalidades assemelhadas dos pontos de vista sanitário, assistencial e de subvenção da prestação de serviços. A CAH foi substituída pelo Serviço de Assistência Hospitalar (Decreto nº. 9.247, de 17 de junho de 1938) e, através de Decreto nº. 10.880, de 4 de janeiro de 1940, esse serviço foi transformado em Serviço de Medicina Social.

No caso dos demais estabelecimentos, se mantinha as atribuições da Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia – passou a denominar-se Inspetoria de Fiscalização do Exercício Profissional (Decreto nº. 2.874, de 11 de janeiro de 1937), no ano seguinte foi substituída pelo Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (Decreto nº. 9.278, de 28 de junho de 1938).

No plano estadual a documentação de domínio público – legislação –, no período, era incipiente (Quadro 8), embora continuassem a ser desenvolvidas atividades de controle e fiscalização dos serviços, conforme se observou nos relatórios que a seguir mencionaremos.

Verificando-se a normatização produzida ficou evidenciada a

preocupação com a execução qualificada dos procedimentos, ao exigir-se diplomas e certificados para o exercício profissional ou, no caso de barbearias, cabeleireiras e institutos de beleza, exigir-se estufas ou aparelhos apropriados para a desinfecção do instrumental (Lei nº. 2.580, de 14 de janeiro de 1936). No entanto, quanto à verificação das condições ideais de execução dos procedimentos médicos, bem como de outros profissionais de saúde, existia carência na incorporação de novos paradigmas técnicos às normas oficiais.

Isto nos remete ao Código Sanitário, que desde 1931 a legislação havia disposto que seria revisto para alterá-lo na conformidade das legislações posteriores (Art. 99 do Decreto nº. 4.891, de 13-2-1931), naturalmente em função de sua desatualização, pois, afinal, tratava-se de legislação de 1918. Contudo, publicou-se o Decreto nº. 9.646, de 18 de outubro de 1938, que *Prorroga por Tempo Indeterminado o Prazo para Expedição do Código Sanitário*.

Na pesquisa de documento produzido por agente público, encontrou-se um importante livro que contém a Consolidação das Leis Sanitárias do Estado de São Paulo, apresentada em janeiro 1935, contendo a consolidação das leis sanitárias já à luz da legislação federal publicada nos primeiros anos dessa década (Figura 6), que jamais foi publicada. Os 1.384 artigos desse documento ficaram nos arquivos até que pesquisadores se deparassem com eles: enquanto isso o estado de São Paulo aguardou 52 anos por um Código Sanitário atualizado.

Na pesquisa de documento produzido por agente público, referente a este período (Quadro 9), encontrou-se:

- a) o minucioso Censo Hospitalar do estado de São Paulo, realizado em 1935-1936 e publicado em 1938;
- b) documentos que atestam rotina de fiscalização (intimações para correção de inadequações, multas, recursos e outros) e de regular relação entre salões de barbeiros e cabeleireiros e as autoridades sanitárias (solicitações de licença e outros); médicos recorrendo de multas à sede do governo do estado; farmacêutico recorrendo de multa ao Secretário de Estado da

Educação e Saúde;

c) Relatório do Serviço de Assistência Hospitalar de 1938;

d) Relatório do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (SFEP) de 1938 a 1940 (produção de atividades);

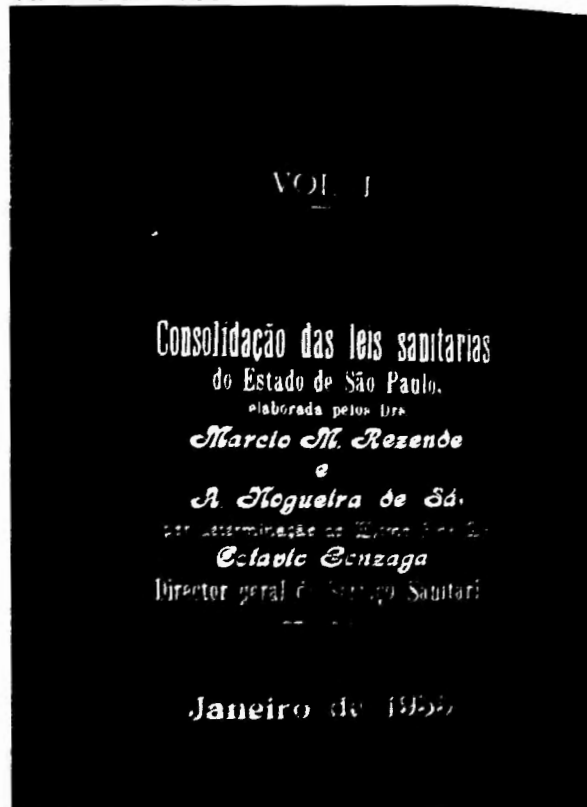
e) Relatórios dos Inspetores de Odontologia do Interior de 11 do total de 12 Zonas na qual se regionalizava o SFEP: os inspetores, como regra, se defrontaram com o exercício ilegal da profissão de cirurgião-dentista. E, todos eles, adotavam uma singular medida: apreendiam o meio de trabalho – o equipamento – e os doavam para Escolas Públicas e Centros de Saúde.

Em Ofício de 4 de outubro de 1943, o Sub-Diretor do Expediente do Secretário de Estado da Educação e Saúde Pública, remeteu ao Procurador Judicial do Estado informações do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional sobre a apreensão de gabinete dentário do qual o reclamante se dizia proprietário.

Quanto à repercussão das ações de proteção da saúde, conhecidas hoje como vigilância sanitária, neste período, as matérias jornalísticas repercutiam a atuação do governo do estado de São Paulo, por exemplo, noticiando em várias edições as transferências dos pacientes do recolhimento de Vila Guilherme para o Hospital do Juqueri, onde terão tratamento adequado, escreveu o repórter (Figura 8). Isso se deu no governo do Interventor Ademar de Barros, cuja priorização do campo da saúde foi fato e constituiu-se em um dos achados do estudo de MERHY.⁵⁷

De acordo com o que se verifica na Figura 7, a propaganda de cosmético parte do pressuposto desprovido de base científica, ou seja, *a pele feia quer dizer preguiça da pele interna*, daí o produto cosmético PONDS seria adequado para despertar a pele com um *creme que limpa profundo*.

Figura 6 – Consolidação das Leis Sanitárias do Estado de São Paulo. Janeiro de 1935.



Fonte: Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/CCD/SES-SP.

Figura 7 – Propaganda de cosmético “POND’S”.

PELLE “FEIA” quer dizer Preguiça da PELLE INTERNA

Desperte-a com um spray que limpa profundo

A Condessa de La Follie

Para Proteger a Pelle Externa Contra o Vento e o Sol a Sra. Precisa de Um Creme Diferente

POND'S

Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 28 jan. 1939. p. 23.

Figura 8 – Reportagem: Extinção do Manicômio da Vila Guilherme.

RIO

Será extinto, hoje, o recolhimento da Vila Guilherme

O sr. dr. Adhemar de Barros, Interventor Federal, conforme notícia-mos, visitará, hoje, às 8 horas, o manicômio de Vila Guilherme.

S. exc., prossequindo na campanha que em boa hora encetou, determinou a extinção daquela casa de saúde que, em absoluto, não dispõe de instalações capazes para abrigarem os infelizes que ali estão avariados.

S. exc. ordenou a transferência dos infelizes detentos ali hospitalizados, para o Hospital de Juazeiro, onde terão tratamento adequado.

Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 18 mar. 1939. p. 3.

4.4. O PERÍODO DEMOCRÁTICO (1946-1963)

Os quadros 11, 12 e 13 sistematizam, respectivamente, os documentos de domínio público – legislação, documento institucional produzido por agente público e noticiário – analisados que se relacionam ao Período Democrático.

Quadro 11 – Documentos de domínio público – legislação – do Período Democrático (1946-1963).

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
Decreto nº 21.339 – 20 de junho de 1946 Presidente da República: Eurico Gaspar Dutra	Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina Primeiro a falar das competências para fiscalizar os anúncios médicos, farmacêuticos e de profissões afins, em qualquer meio de divulgação. Competência para registrar os diplomas dos: médicos, enfermeiros, dentistas, veterinários e parteiras. A Seção de Odontologia é separada da Medicina.		NA
Decreto-Lei nº 17.030 – 6 de março de 1947 Interventor Federal no Estado: José Carlos de Macedo Soares	Reestrutura a Divisão do Serviço do Interior do Departamento de Saúde e da Secretaria da Educação e de Saúde Pública Estabelece perfis para ocupação dos cargos e, dentre outras, as proporções de educador sanitário, inspetor e fiscal para as zonas urbana e rural, de acordo com número de habitantes		NA
Lei nº 849 – 16 de novembro de 1950 Governador do Estado: Doutor Adhemar Pereira de Barros	Atribui autoridade e competência a funcionários do Departamento de Saúde da Secretaria da Saúde Pública e da Assistência social. Estabelece os impressos, trâmites, recursos, penalidades e prazos dos processos administrativos atinentes ao exercício da função de Polícia Sanitária		NA
Lei nº 2.312 – 3 de setembro de 1954 Presidente da República: João Café Filho	Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde Fiscalização do exercício profissional: médico, farmacêutico, dentista, veterinário, enfermeiro e afins. Estabelece perfis para ocupação dos cargos e, dentre outras, as proporções de educador sanitário, inspetor e fiscal para as zonas urbana e rural, de acordo com número de habitantes	E	E-2
Decreto nº 4.9974-A – 21 de janeiro de 1961 Presidente da República: Juscelino Kubitschek	Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2312, de 3 de setembro de 1954, de Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde" No período surgem os Conselhos Federal e Regional de Medicina, e os títulos deveriam ser registrados nos mesmos e também no SFM. PELA PRIMEIRA VEZ MENCIONAM-SE OS BANCOS DE SANGUE E DE LEITE HUMANOS NA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA. A autoridade sanitária: procederá à investigação epidemiológica dos casos notificados como doenças transmissíveis, exercerá vigilância sobre áreas em que ocorram doenças transmissíveis, e quando necessário requisitará auxílio de autoridade policial para execução integral das medidas referentes à profilaxia das doenças transmissíveis; realizará investigações sobre as condições dos locais de trabalho, a natureza do trabalho e a saúde individual dos trabalhadores .	E P	E-2 P-1 P-2
Decreto nº 38.928 – 18 de agosto de 1961 Governador do Estado: Carlos Alberto de Carvalho Pinto	Dispõe sobre a estrutura do serviço de fiscalização do exercício profissional. As seções técnicas devem manter cadastros dos profissionais, dos estabelecimentos e das substâncias objeto da fiscalização Profissões fiscalizadas: médico, odontólogo, médico veterinário e farmacêutico. Fiscalização dos estabelecimentos dedicados à produção, distribuição e venda por atacado, de produtos farmacêuticos.	E	E-2

Quadro 12 – Documentos de domínio público – institucional – do Período Democrático (1946-1963).

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1946	Cópias de Ofícios, 1006-1445. Março de 1946. Sec. Est. da Educação e Saúde Pública. Diretoria do Expediente. 1ª Seção. 6205.	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1946	Cópias de Ofícios, 3115-3660. Agosto de 1946. Sec. Est. da Educação e Saúde Pública. Diretoria do Expediente. 1ª Seção. 6206.	APE-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública / Departamento de Saúde do Estado / Consultoria Jurídica	1946	Consolidação das Leis e Decretos Aplicados pelo Departamento de Saúde Precedidas das Leis Sanitárias Reduzidas a Texto Único. Consultor: Márcio A. Resende. Dezembro de 1946.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública	1947	Cópias de Ofícios, 1-636. Janeiro de 1947. Sec. Est. da Educação e Saúde Pública. Diretoria do Expediente. 1ª Seção. 6207.	APE-SP
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1947	Mensagem Apresentada pelo Governador Adhemar de Barros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1948.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1948	Mensagem Apresentada pelo Governador Adhemar de Barros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1949.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1949	Mensagem Apresentada pelo Governador Adhemar de Barros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1950.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1950	Mensagem Apresentada pelo Governador Lucas Nogueira Garcez à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1951.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo

Continua

Quadro 12 – Documentos de domínio público – institucional – do Período Democrático (1946-1963).*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1951	Mensagem Apresentada pelo Governador Lucas Nogueira Garcez à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1952.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social – Divisão Serviço do Interior	1951	Delegacia de Saúde de Araraquara. Revista Periódica nº 3. Janeiro de 1952. Relatório de 1951.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1952	Mensagem Apresentada pelo Governador Lucas Nogueira Garcez à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1953.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1953	Mensagem Apresentada pelo Governador Lucas Nogueira Garcez à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1954.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1954	Mensagem Apresentada pelo Governador Jânio Quadros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1955.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1955	Mensagem Apresentada pelo Governador Jânio Quadros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1956.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1956	Mensagem Apresentada pelo Governador Jânio Quadros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1957.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social	1956	Relatório Anual 1956. Caixa SES	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP

Continua

Quadro 12 – Documentos de domínio público – institucional – do Período Democrático (1946-1963).

Continuação

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1957	Mensagem Apresentada pelo Governador Jânio Quadros à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1958.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1958	Mensagem Apresentada pelo Governador Carlos Alberto A. de Carvalho Pinto à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1959.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Estado de São Paulo. Poder Executivo – Gabinete do Governador	1959	Mensagem Apresentada pelo Governador Carlos Alberto A. de Carvalho Pinto à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. 14 de Março de 1960.	Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social	1959	Assistência Hospitalar no Estado de São Paulo - Situação em 31-XII-1958 [Cadastro Hospitalar]. Divisão de Estatísticas Administrativas e Políticas, Seccção de Estatística Militar. 1959.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social	1963	Anteprojetos de Lei de Reforma da SESPAS e de Carreira de Médico de Saúde Pública. Justificativa dos Anteprojetos de Lei. Caixa de Amostra 41. CSC.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP

Quadro 13 - Documentos de domínio público – noticiário – do Período Democrático (1946-1963).

N Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	N Página	Título da Notícia
04.05.004	C.P.	06/1/1948	2	Os criminosos e o descaso pela vida dos semelhantes
04.05.004	C.P.	17/1/1948	1	Comandos Sanitários (Crônica sobre restaurante no Rio de Janeiro onde um cliente encontrou uma barata na refeição)
04.05.004	C.P.	17/1/1948	12	A implacável ação da Polícia carioca
04.05.004	C.P.	18/1/1948	19	Virilase
04.05.004	C.P.	24/1/1948	12	Não respeitam fachadas os "Comandos Sanitários"
04.05.004	C.P.	28/1/1948	12	O povo paulista, além de explorado, é envenenado criminosamente – Comandos Sanitários
				Obs: em 1948 não foram encontrados boletins da Demografia Sanitária e/ou informes sobre o movimento dos hospitais (em quase todas as edições existem notícias das ações dos Comandos Sanitários)
04.05.005	C.P.	01/2/1948	5	Os comandos em São Paulo dirigiram sua ação também para os hospitais
04.05.005	C.P.	06/2/1948	12	Os comandos não dão trégua aos inescrupulosos
04.05.005	C.P.	19/2/1948	1	Um dia depois do outro – Ratos e baratas
04.05.005	C.P.	27/2/1948	12 e 16	Por fora bela viola, por dentro pão bolorento.
04.05.005	C.P.	25/2/1948	3 e 12	Automóveis para os comandos fornecidos pela imprensa
04.05.005	C.P.	26/2/1948	15	Milhares de quilos de produtos deteriorados
04.05.005	C.P.	29/2/1948	5	Responsabilizada a Secretaria de Higiene da Prefeitura pelas irregularidades constatadas no Mercado Municipal
04.05.005	C.P.	03/3/1948	12	Demissionários diversos diretores de serviço e departamento na Pasta da Saúde.
04.05.005	C.P.	05/3/1948	2	Incrementada a ação dos Comandos Sanitários
04.05.005	C.P.	10/3/1948	4	Barbearia – Outra campanha dos comandos (Crítica à falta de atuação anterior das autoridades)
04.05.006	C.P.	06/4/1948	16	Interditaram vários estabelecimentos em más condições – médicos se defendem
04.05.006	C.P.	08/4/1948	2 e 12	Na próxima semana os comandos passarão a ter nova orientação e nova superintendência
04.05.006	C.P.	11/4/1948	28	A Santa Casa de Santos não temo o que dar de comer aos doentes.
04.05.006	C.P.	07/5/1948	12	Os comandos vieram forçar a impressão de que o SPAP existe. (Crítica à não atuação do órgão de fiscalização)
04.05.006	C.P.	12/5/1948	12	Em meio às atividades os comandos voltam à rotina-agora é que vão começar os novos comandos: amplificação, nova orientação, autonomia e rigor
04.05.006	C.P.	20/5/1948	12	Os comandos vão vistoriar as barbearias
04.05.007	C.P.	01/6/1948	1	Asseio – Um dia depois do outro
04.05.007	C.P.	03/6/1948	12	Grave e deprimente ocorrência...
04.05.007	C.P.	04/6/1948	2	Em nada foi alterada a autoridade.
04.05.007	C.P.	15/6/1948	16	Os comandos sanitários reiniciaram ontem as visitas a hospitais e colégios
04.05.007	C.P.	16/6/1948	2 e 12	Os comandos voltaram a visitar os colégios da cidade
04.05.007	C.P.	13/7/1948	2 e 12	Os comandos já fizeram muito: inclusive farmácias e laboratórios
04.05.007	C.P.	14/7/1948	3 e 12	Vários estabelecimentos foram interditados ontem pelos comandos

Continua

Quadro 13 - Documentos de domínio público – noticiário – do Período Democrático (1946-1963).

continuação

N Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	N Página	Título da Notícia
04.05.007	C.P.	16/7/1948	2 e 12	Interditado pelos comandos o Hospital São Francisco de Assis.
04.05.007	C.P.	30/7/1948	10 e 12	Devem os comandos agir com a máxima energia nos hotéis e pensões.
04.05.008	C.P.	11/8/1948	2 e 12	Foi interditado ontem pelo SEC o Laboratório de Magnésia Fluida de Murray.
04.05.008	C.P.	27/8/1948	12	Os comandos caminham a passos largos.
04.05.008	C.P.	11/9/1948	2 e 12	Interditado ontem por ser clandestino e irregular o Laboratório Brasifarma (O pessoal da fiscalização do exercício profissional queixou-se da falta de cobertura da imprensa às suas ações).
04.05.008	C.P.	14/9/1948	9 e 16	Cabe ao executivo determinar medidas para cumprimento das leis sanitárias.
04.05.008	C.P.	17/9/1948	2 e 11	Um rude golpe de morte... Vai retornar ao SPAP o ex diretor que era contra os comandos.
04.05.008		29/9/1948	2 e 19	Morreram os Comandos Sanitários – Modificações no Serviço Especial de Comandos – confirmaram-se as previsões.
				A partir do mês de novembro inexistem matérias sobre comandos e outras ações de fiscalização sanitária.
04.05.051	C.P.	28/1/1955	12	Em completa penúria o Hospital das Clínicas (falta de verbas, leitos e medicamentos).
04.05.051	C.P.	15/2/1955	16	Suspensão por 90 dias o Diretor do Hospital das Clínicas – Janio manda apurar responsabilidades pela situação do hospital.
04.05.051	C.P.	27/2/1955	4	Comandos Sanitários – Editorial
04.05.052	C.P.	05/3/1955	1 e 15	Juqueri, inferno dos loucos.
04.05.052	C.P.	05/3/1955	8	Médicos do policiamento e fiscais de farmácia em situação irregular.
04.05.052	C.P.	06/3/1955	4	Irregularidades na Saúde - Denúncia sobre o Serviço de Policiamento e Fiscalização do Exercício Profissional.
04.05.052	C.P.	22/3/1955	2	Novas modalidades de comandos sanitários – Secretário de Saúde Pública promete maior eficiência repressiva ao abuso no setor de policiamento.
04.05.052	C.P.	25/3/1955	12	Imundícies e falta de higiene em vários restaurantes da capital – Os comandos sanitários voltaram.
04.05.052	C.P.	27/3/1955	23	A ação dos "Comandos" – Pesada multa foi preciso aplicar ao restaurante "La Popote".
04.05.052	C.P.	03/4/1955	24	Com os "Comandos sanitários" nem só nas "boites" há irregularidades.
04.05.052	C.P.	06/4/1955	5	Palácio 9 de Julho – Críticas à precariedade do policiamento da Capital.

Continua

Quadro 13 - Documentos de domínio público – noticiário – do Período Democrático (1946-1963).

Continuação

Nº Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
04.05.052	C.P.	15/4/1955	3	Regulamentada a atividade dos "Comandos sanitários".
04.05.052	C.P.	15/4/1955	16	Deve haver maior rigor na punição aos comerciantes inescrupulosos – Vasto campo de ação e pequeno número de fiscais.
04.05.052	C.P.	23/4/1955	16	Também o público é responsável pela má higiene...
04.05.052	C.P.	23/4/1955	12	Merece maior atenção o Hospital das Clínicas.
04.06.001	C.P.	6/5/1955	12	Não deve arrefecer a ação dos "Comandos".
04.06.001	C.P.	11/5/1955	2	Catorze estabelecimentos...
04.06.001	C.P.	13/5/1955	12	Estão agindo 24 horas por dia os...
04.06.001	C.P.	18/5/1955	16	Precárias condições de funcionamento do velho hospital + Remetidas para o interior conservas deterioradas.
04.06.001	C.P.	20/5/1955	15	Doentes de qualquer espécie podem lidar com o público - Caiu a exigência de carteira de saúde.
04.06.001	C.P.	25/5/1955	16	Laboratório de análises ambulantes agirá com os comandos.
04.06.001	C.P.	3/6/1955	16	Preso em flagrante pelos "Comandos" o falso médico do Centro Espírita.
04.06.001	C.P.	10/6/1955	8	Provável agente do cancer usado em pães e macarrão.
04.06.001	C.P.	11/6/1955	8	Sorvete contaminado.
04.06.001	C.P.	17/6/1955	8	Rigorosa visita a partir de hoje nos hospitais, laboratórios e farmácias.
04.06.001	C.P.	18/6/1955	8	Será feita reforma no hospital dos alienados.
04.06.001	C.P.	28/6/1955	8	Falso médico e reincidente pilhado em plena atividade.
04.06.017	C.P.	8/2/1958	2	Negada a segurança aos falsos dentistas.
04.06.018	C.P.	6/3/1958	2ºCad, 8	Interditado o Hospital pelos comandos.
04.06.018	C.P.	6/3/1958	2ºCad, 7	Falso dentista planejou crime.
04.06.018	C.P.	15/3/1958	7	Estabelecimentos atuados pelos comandos da saúde
04.06.025	C.P.	3/5/1959	8	Melhoramentos no Hospital do Pênfigo.
04.06.025	C.P.	17/6/1959	7	Assistência hospitalar nos municípios de São Paulo.
04.06.027	C.P.	9/10/1959	2ºCad, 2	Amparo do Estado à Santa Casa.
04.06.027	C.P.	11/10/1959	1	Excesso de loucos no Juqueri.
04.06.027	C.P.	13/10/1959	4	A crise da Santa Casa.
04.06.044	C.P.	12/10/1962	4	Ministro da Saúde promete hospital rural.
04.06.044	C.P.	16/10/1962	4	Cinquenta milhões para hospital do câncer.
04.06.044	C.P.	25/10/1962	10	Santa Casa de Bauru enfrenta crise.
04.06.044	C.P.	30/10/1962	2	Candidato derrotado fechou OS.
04.06.044	C.P.	4/10/1963	4	Hospital Municipal fecha mais um andar.
04.06.044	C.P.	9/1/1963	5	Garoto morre por incúria do hospital.
04.06.044	C.P.	16/1/1963	3	Melhoramentos p/V.Mariana e Ipiranga...
04.06.044	C.P.	30/1/1963	4	Falta de hospitais..
04.06.044	C.P.	31/1/1963	2	Governador presta contas ao povo – Saúde Pública.
04.06.044	C.P.	31/1/1963	4	Governo da cidade – mais leitos.
04.06.044	C.P.	6/2/1963	5	Favorecem os antibióticos...
04.06.044	C.P.	7/2/1963	3 e 5	Hospitais negam socorro e escorçam doentes...
04.06.044	C.P.	13/2/1963	4	Comissão de inquérito...hospital dos alienados.

Continua

Quadro 13 - Documentos de domínio público – noticiário do Período Democrático (1946-1963).

continuação

Nº Microfilme	Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
04.06.044	C.P.	14/2/1963	5	Clínicas médicas – Um caso de polícia.
04.06.044	C.P.	15/2/1963	1, 3 e 5	Franco da Rocha desafia governos...
04.06.044	C.P.	16/2/1963	4	Promiscuidade...Juqueri.
04.06.044	C.P.	17/2/1963	1 e 3	Uma cruz marca o fim...
04.06.044	C.P.	20/2/1963	5	Anticoncepcional que mata.
04.06.044	C.P.	22/2/1963	1 e 3	Ao abrir as portas do Juqueri...
04.06.044	C.P.	23/2/1963	1 e 3	Retirem imediatamente as crianças...
04.06.044	C.P.	24/2/1963	1 e 4	22 pequenos infelizes...
04.06.044	C.P.	28/2/1963	1 e 3	Crianças não mais serão internadas.
04.06.045	C.P.	01/3/1963	1 e 4	Retirados 22 meninos do Juqueri.
04.06.045	C.P.	03/3/1963	1 2º cad	Vinte pequenas vítimas dormem hoje...
04.06.045	C.P.	06/3/1963	1 e 5	Livres das masmorras. Soou a libertação.
04.06.045	C.P.	07/3/1963	1 e 5	Falta alma e coração...
04.06.045	C.P.	09/3/1963	1 e 5	Meninas por trás das grades esperam...
04.06.045	C.P.	12/3/1963	1 e 5	Hospital do fogo selvagem superlotado.
04.06.045	C.P.	14/3/1963	5	Desafogo é o maior problema...Hosp. V.Mariana.
04.06.045	C.P.	15/3/1963	1 e 3	Urubus atacam no pátio.
04.06.045	C.P.	15/3/1963	1 e 4	Mensagem do governador Adhemar de Barros.
04.06.045	C.P.	16/3/1963	1 e 5	Podem retirá-las...
04.06.045	C.P.	21/3/1963	6	Calamidade pública: quase bilhão.
04.06.045	C.P.	30/3/1963	3	Pequeninas do Juqueri.
04.06.045	C.P.	04/4/1963	3 e 5	Soará hoje, hora da libertação+Intervenção administrativa no Juqueri.
04.06.045	C.P.	03/5/1963	4	Juqueri inspecionado por AB (Adhemar de Barros).
04.06.045	C.P.	14/5/1963	4	Apontadas irregularidades no HC.
04.06.045	C.P.	18/5/1963	3	Crise no HC: Comissão de inquérito.
04.06.046	C.P.	02/6/1963	5	Relatório de vistoria no HC.
04.06.046	C.P.	04/6/1963	4	Novas irregularidades..
04.06.046	C.P.	04/6/1963	4	Grave crise no corpo clínico...SESC.
04.06.046	C.P.	12/6/1963	3	Comissão de Juqueri...
04.06.046	C.P.	14/6/1963	6	Novamente Santa Casa de Campinas.
04.06.046	C.P.	19/6/1963	3	CPI quer acabar excesso de lotação no Juqueri..
04.06.046	C.P.	20/6/1963	3 e 4	Comissão de Juqueri...
04.06.046	C.P.	26/6/1963	5	Continua a crise na Maternidade do SESC.
04.06.046	C.P.	12/7/1963	5	Maternidade do SESC, encerra-se prazo fatal.

Contexto sociopolítico

Em outubro de 45, um golpe de Estado organizado por forças políticas e militares depôs Getúlio Vargas, iniciando um processo de “redemocratização” que foi representado formalmente pela substituição da Constituição de 1937 do Estado Novo pela Constituição de 1946, elaborada em uma Assembléia Constituinte.

Pressentindo esta crise, Getúlio Vargas tentou comandar o processo de mudança do regime político a fim de permitir o fortalecimento de uma política econômica com uma direção estatizante e nacionalista. Esse projeto foi inviabilizado pela reação de grupos conservadores brasileiros articulados a interesses econômicos e políticos estrangeiros, principalmente estadunidenses. O período compreendido entre 1945 e 1946 revela a dominância destes interesses pela reorientação drástica dada à relação entre o Estado e a economia caracterizado pela redução das funções econômicas do Estado e descompromisso com o desenvolvimento econômico.¹⁸

Na dimensão da política social, renunciando que a questão do planejamento econômico seria mais enfatizado nos anos seguintes, foi elaborado o Plano SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia – que visava coordenar os gastos públicos, articulando explicitamente a questão social à econômica.

Segundo IANNI* a orientação liberal do governo Dutra comprometeu a execução deste plano, já prejudicado desde sua elaboração, por limitações de vários níveis, inclusive de caráter técnico.¹⁸

Com o segundo governo Vargas, apesar do comprometimento de vários setores com uma política econômica anti-intervencionista visando não o desenvolvimento, mas, garantir as condições de funcionamento do setor privado nacional e estrangeiro, dilemas econômicos e a crescente complexidade e diferenças sociais internas da sociedade brasileira,

* IANNI, O. Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970). Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1971.

permitiram o abandono às diretrizes inspiradas pela doutrina liberal e a manutenção de uma política econômico financeira de estímulo à industrialização¹⁸.

Apesar da grande aceitação que as idéias do liberalismo econômico, principalmente em relação ao comércio exterior, tinham obtido logo ao final do Estado Novo, após o período Dutra estas teses fracassaram. Os esforços para a criação de empresas estatais e as idéias de uma política de emissão de crédito independente dos organismos financeiros internacionais representaram a emergência de uma proposta nacional desenvolvimentista voltada para o setor interno da economia (ZIONI¹⁸, 1988)).

De acordo com aquela autora¹⁸ Essa conjuntura econômica e social traduziu-se em termos políticos no aparecimento de vários partidos, marcados por uma extrema fluidez do ponto de vista programático; dentre estas agremiações as mais significativas foram:

- a) Partido Social Democrático (PSD) composto por elementos que haviam apoiado o Estado Novo e que ocupavam a maior parte dos cargos públicos. Fundado em 1945 por chefes políticos regionais da época do Estado Novo;
- b) União Democrática Nacional (UDN) composta por elementos que tinham se oposto às forças mais poderosas do Estado Novo.
- c) Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) criado, também por inspiração de Getúlio Vargas, para aglutinar elementos urbanos industriais mais populares.

Após o final dramático do segundo governo Vargas, o PSD, apesar de vacilar diante da aproximação Partido Comunista (PCB) e do PTB, acabou apoiando a candidatura de Juscelino Kubitschek, que, apesar de todas as crises, antes e depois das eleições, foi eleito e assumiu o poder.

Essas crises estavam relacionadas à reação político militar à política distributivista do Ministério do Trabalho de Getúlio Vargas, e culminaram com o suicídio do presidente e a posse de Café Filho.

Durante o período Juscelino Kubitschek, apesar de se terem efetivado as condições para implantação da indústria automobilística, o que incentivou a penetração de capital estrangeiro, o debate nacionalista prosseguiu: clarificou-se o conceito de capital estrangeiro de acordo com a integração da

empresa no Brasil, diferenciou-se a empresa nacional daquela instalada em bases imperialistas, e daquela relativamente nacionalizadas, criticou-se o caráter arcaico da estrutura agrária, defendeu-se a empresa estatal (ZIONI¹⁸, 1988).

Esta autora¹⁸ prossegue sua análise, chamando a atenção para o fato de que a democratização e os vínculos do PTB com os sindicatos, aumentou a participação política operária e estudantil, via movimentos de massas e articulação com a Frente Parlamentar Nacionalista.

A reconstrução desse agitado período da história brasileira pode ser encontrada no trabalho de ZIONI¹⁸, conforme continuar-se-á abordando. Apesar de não desenvolver uma política nacionalista, o Governo Juscelino Kubitschek conviveu com os *nacionalistas* que o apoiavam contra a UDN e na elaboração de uma política voltada para setor interno, contra o setor exportador.

Desgastado pela política financeira que, através da inflação elevou a taxa de insatisfação operária, Juscelino Kubitschek foi substituído por Jânio Quadros, cuja base popular era fundamental para quebrar o continuísmo da coligação PSD/PTB.¹⁸

Apesar de Jânio Quadros endossar teses progressistas (política externa independente), a política financeira adotada no início de seu governo afastou os adeptos de esquerda que o vinham apoiando.

Por outro lado, a política externa independente fez com que as forças anti-getulistas, que inicialmente o haviam apoiado, se voltassem contra ele.

Tentando, através de um conflito com o governador do estado da Guanabara Carlos Lacerda, angariar o apoio das forças getulistas e dos elementos de esquerda, Jânio Quadros tentou a renúncia que, inesperadamente, foi aceita.

Durante o curto governo de Jânio Quadros inaugurou-se a política externa independente, com reativação de relações diplomáticas com a então URSS, apoio à autodeterminação de Cuba e outros aspectos, porém, a política econômica foi entregue a conservadores.¹⁸

Após a crise da renúncia assistiu-se à crise da posse, ou não, do vice-presidente João Goulart, que contava com forte oposição militar. Para a superação do impasse optou-se por uma emenda parlamentarista que, longe de resolver a crise institucional, apenas inaugurou uma nova fase na sua manifestação.

Os primeiros atos do governo João Goulart foram, portanto, ligados à supressão desta emenda parlamentarista. Fortalecido pela vitória do presidencialismo no plebiscito realizado em janeiro de 1963, o governo se lançou à elaboração de propostas econômicas que desembocaram no Plano Trienal cujo conteúdo progressista passava pelas propostas de reformas de base.¹⁸

Essas propostas correspondiam também à lógica da dinâmica de expansão do capitalismo no Brasil, na medida em que criaram condições para a democratização do mercado, aumentando o contingente populacional participante dos bens e serviços a serem produzidos numa economia dinâmica.

No entanto, mantendo-se a tendência encontrada em todos os momentos do processo de formação e consolidação do Estado Brasileiro, os interesses agrários e os dos setores “externos” se aliaram aos setores industriais, a fim de promover uma solução de compromisso.

A opção pelo desenvolvimento associado ao capital estrangeiro que emergiria com o golpe de estado de 1964 significou uma opção que, dispensando as reformas de base, selecionou grupos de consumo sofisticado dentro do mercado interno e priorizou a exportação como fator de desenvolvimento.

Para realizar esta opção, os governos militares, contando com um regime de exceção e com um esquema repressivo extremamente eficiente, desenvolveram políticas anti-inflacionárias baseadas na contenção salarial, na concentração de renda e em um esforço racionalizador e modernizador por parte do Estado que não deixou de se exercer também no setor saúde.¹⁸

A saúde entre 1945 e 1964

Ao se analisar o setor Saúde Pública a partir dos anos 30 do século XX, constatou-se no estudo de BRAGA¹⁵³ a existência de um processo de implantação de uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro será predominante até meados de 1960, pois o sub-setor da medicina previdenciária se amplia significativamente a partir de fins da década de 50 e assume predominância a partir da segunda metade dos anos 60. Essa alternância se dá apesar da persistência de problemas de Saúde Pública legando uma herança de endemias da maior gravidade e um sistema previdenciário incapaz de atender não só às demandas por assistência médica individual, quanto os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo. Em termos dos serviços de saúde desenvolvidos ao longo do período 1930-1937 desencadeou-se o processo de incorporação e transformação de unidades de âmbitos estaduais montados nos anos 1920 visando à redução da autonomia estadual e, o desenvolvimento de *campanhas sanitárias* que serviram para institucionalização das ações de Saúde Pública. Nos estados mais fracos do ponto de vista político e econômico a presença federal foi marcante e rigorosa através da coordenação do Departamento Nacional de Saúde.¹⁸

Esse processo reforça a idéia de criação de uma política de saúde ainda que limitada, que esteve presente na atuação do setor a partir de 1940 até os anos 1960.¹⁸

Conforme alguns autores foi a partir de 1940 que o planejamento começou a se colocar como técnica administrativa e ou estratégia de atuação do Estado. Essa tendência reforça a idéia da dinamização do setor saúde: na década de 1950 deu-se a ampliação do aparelho estatal em saúde pública e a extensão relativa do atendimento. No entanto, barreiras estruturais comprometeram as soluções requeridas pela Saúde Pública.¹⁸

Segundo BRAGA:¹⁵³ *A Saúde Pública ainda que elevada à condição de questão social, não esteve em nenhum momento entre as opções prioritárias da política de gastos do governo.*

O autor localiza no esforço pela realização da segunda etapa da industrialização, as causas para o papel secundário ocupado pelo setor saúde em relação às prioridades orçamentárias. Essa situação perduraria por todo o período em foco sendo acompanhada por outro fator limitante da Saúde Pública segundo esse autor: o modelo sanitário conflitante com a realidade econômico e social brasileira.^{153 18}

A criação do Ministério da Saúde não significou a expansão real do setor, de acordo com BRAGA¹⁵³ que, analisando os dispêndios do Estado com medidas de saúde coletiva identifica um comportamento favorável entre os anos 1956-1964, apesar das taxas de crescimento negativo em alguns anos que já anunciavam o posterior congelamento e até declínio das despesas, configurando uma situação de restrições financeiras para o Ministério responsável pela Saúde Pública, com uma única exceção: os gastos referentes ao combate às endemias rurais.^{153 18}

Para LUZ¹⁵⁶ enquanto o projeto de saúde pública se multiplica em Serviços de Saúde Pública, paulatinamente a Saúde, como setor, se esvazia, a ponto de a própria separação do Ministério da Saúde do antigo Ministério da Educação e Saúde (MES) significar um esvaziamento institucional do setor saúde enquanto setor estatal, em proveito da Educação.

Para BRAGA¹⁵³, o resultado dessa situação se configurou no quadro de saúde da população brasileira que, apesar de certas melhorias nas condições sanitárias, ainda apresentava elevadas taxas de doença infecciosas e parasitárias, de morbidade e de mortalidade infantil. Para o autor citado, a partir dos anos 1960, a Saúde Pública tornou-se secundária em relação à medicina previdenciária que iniciou seu processo de expansão. Como causa desta situação identifica o fato de a Saúde Pública não ocupar um lugar de destaque em nível das pressões populares e, principalmente, pelo fato de o sistema previdenciário ser relativamente auto-sustentado, ao

passo que a Saúde Pública era dependente da arrecadação tributária, extremamente reduzida nessa época.^{153 18}

Convém lembrar ainda que, para LUZ,¹⁵⁶ as reivindicações ligadas à expansão do atendimento médico, *medicalização* para a autora, quando aparecem nos movimentos sociais, eram subordinadas às lutas por melhores condições de trabalho, ao passo que os temas de salubridade e condições de vida estavam quase sempre presentes em todas as conjunturas.

Para ROSSI*, o declínio do setor da Saúde Pública poderia ser explicado também pelo fato de que na segunda etapa da industrialização a questão do controle da força de trabalho se fazia mais premente, pressionando a expansão do setor previdenciário, além de lembrar que, a ênfase dada às atividades educativas pelo modelo sanitário adotado para o Brasil, pode conter uma das causas para o privilegiamento do Ministério de Educação em relação ao da Saúde.¹⁸

Reconhece, porém, um movimento discordante nesse processo como a hipertrofia administrativa em alguns estados, como São Paulo, cujas raízes repousavam no caráter de barganha do período populista.

No governo de Juscelino Kubitschek, o Plano de Metas levou à opção pela industrialização de bens de consumo duráveis e pela primeira vez a produção industrial sobrepassa a produção agrícola. Emergiu o domínio da burguesia industrial e seus interesses de expansão marcaram a história. O capital estrangeiro se instalou se fazendo notar a pressão desse setor sobre a assistência médica previdenciária, levando ao reforço da proposta de atenção médica individual em detrimento das medidas ligadas à saúde coletiva.¹⁸

Se a partir de 1960, com a nova fase vivida pelo processo de industrialização, se nota a predominância da questão da atenção médica via setor previdenciário, guardadas as limitações já apontadas, vivia-se na

* ROSSI, S.S. A Organização dos Serviços de Saúde no Brasil. São Paulo, 1980 (mimeografado), citado por ZIONI.¹⁸

saúde um impasse entre discursos e propostas para a área que se articulava à própria crise do Estado populista.

Identificando quatro tipos de discursos – sanitaria desenvolvimentista, sanitaria campanhista (tradicional ou modernizador), assistencial privatista e assistencial estatista –, LUZ¹⁵⁶ demonstra que a ausência de um discurso hegemônico revelava a própria crise de hegemonia do Estado, incapaz de realizar a harmonia social proposta pelo populismo, dado ao fato de se pretender um desenvolvimento industrial sem participação das classes trabalhadoras, mas, às suas expensas, em função da política de contenção salarial e de exclusão política nas tomadas de decisões.

Com relação à legislação sanitária publicada no período, destaque deve ser dado ao Decreto nº. 21.339, de 20 de junho de 1946, que estabelece o Regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, o primeiro a tratar das competências para fiscalizar os anúncios médicos, farmacêuticos e de profissões afins, em qualquer meio de divulgação.

Tratava ainda o mencionado dispositivo legal da competência da autoridade sanitária para registrar os diplomas dos médicos, enfermeiros, dentistas, veterinários e parteiras, tendo sido a Seção de Odontologia separada da Medicina.

O governador Adhemar de Barros sancionou a Lei nº. 849, de 16 de novembro de 1950, que atribui autoridade e competência a funcionários do Departamento de Saúde da Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, estabelecendo os impressos, trâmites, recursos, penalidades e prazos dos processos administrativos atinentes ao exercício da função de polícia sanitária.

Em 3 de setembro de 1954, o presidente da República João Café Filho sancionou a Lei nº. 2.312, que dispõe *normas gerais sobre defesa e proteção da saúde*, tratando, inclusive, da fiscalização do exercício profissional de médicos, farmacêuticos, dentistas, veterinários, enfermeiros e afins. Estabeleceu ainda essa lei, os perfis para ocupação dos cargos e, dentre outras disposições, as proporções de educador sanitário, inspetor e

fiscal para as zonas urbana e rural, de acordo com número de habitantes.

Em 21 de janeiro de 1961 o presidente da República Juscelino Kubitschek, por meio do Decreto nº. 49.974-A, por fim regulamentou a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, que, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, trata de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

No período foram por lei criados os Conselhos Federal e Regional de Medicina, devendo os títulos dos médicos ser neles registrados e, também, no Serviço de Fiscalização da Medicina. Pela primeira vez na legislação sanitária mencionam-se os bancos de sangue e bancos de leite humanos. Por meio deste ato normativo, ficou estabelecido que a autoridade sanitária procederá à **investigação epidemiológica** dos casos notificados como doenças transmissíveis, exercerá vigilância sobre áreas em que ocorram doenças transmissíveis, e, quando necessário, requisitará auxílio de autoridade policial para a execução integral das medidas referentes à profilaxia das doenças transmissíveis; estabeleceu a realização de investigações sobre as condições dos locais de trabalho, a natureza do trabalho e a saúde individual dos trabalhadores.

No período, a preocupação com as ações de proteção da saúde, incluindo a prevenção da transmissão de infecções nos ambientes dos serviços de saúde e ações de fiscalização sanitária, é percebida através dos registros consultados, ao menos nas iniciativas dos órgãos executores das políticas públicas no estado de São Paulo, liberando os laços do *interdito* da saúde pública, especialmente no plano federal, apontados no período anterior. Essas considerações são de suma importância, haja vista que, a partir de então, o desenvolvimento das ciências da saúde e de novas tecnologias no setor começam a alçar vôos inimagináveis até àquela época.

Em toda a normatização produzida, ao menos no estado de São Paulo, as questões estruturais sempre estiveram presentes, sendo que neste período é que fica evidenciada a preocupação com a execução qualificada dos procedimentos, pela continuidade da exigência de diplomas e certificados para o exercício profissional e mais: a verificação das

condições ideais de execução dos procedimentos dos médicos e de outros profissionais de saúde que carecia de normas e paradigmas oficiais pôde, então, desenvolver-se.

No estado de São Paulo, conforme observado nos relatórios do poder público, em 1958, a assistência hospitalar era monitorada por meio de instrumentos de cadastro, sendo dada ênfase às estatísticas hospitalares. Em 1963, outro dado importante foi a proposição de anteprojeto de lei para reforma da então Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social e da criação da Carreira de Médico de Saúde Pública no estado.

Foram várias as matérias jornalísticas encontradas, atestando a importante repercussão das ações de proteção da saúde a cargo de órgãos de vigilância sanitária. As matérias jornalísticas destacavam alimentos, hospitais, barbearias e outros assuntos.

Na figura 10, no editorial do jornal Correio Paulistano, o autor, de forma irônica, aborda um fato ocorrido em restaurante de elite na cidade do Rio de Janeiro, então capital do país, quando um cliente encontrou uma barata. Tal episódio deu início a uma série de atividades intensificadas de vigilância sanitária, principalmente no setor de alimentos, que recebeu a denominação de **“comandos sanitários”**.

No estado de São Paulo desenvolveram-se inúmeras ações conhecidas como **“comandos sanitários”** – constituídos por pessoas a serviço da saúde, da polícia judiciária, às vezes parlamentares, jornalistas e outros –, voltadas principalmente para o comércio e a produção de alimentos (Figuras 11 e 14). Os **“comandos sanitários”** atuaram na Capital de São Paulo pelo menos durante nove meses no ano de 1948, conforme visto nas figuras 10 a 17.

Isto pode ser interpretado como um conjunto de ações articuladas para dar cabo de uma política pública de proteção à saúde ou, então, como ausência da mesma na rotina do setor saúde. Melhor explicando: os comandos provavelmente vieram, e retornaram em 1955 (Figura 18), para, através da cobertura dos meios de comunicação de massas – imprensa –, evidenciar a iniciativa momentânea do Poder Executivo, poder esse que, em

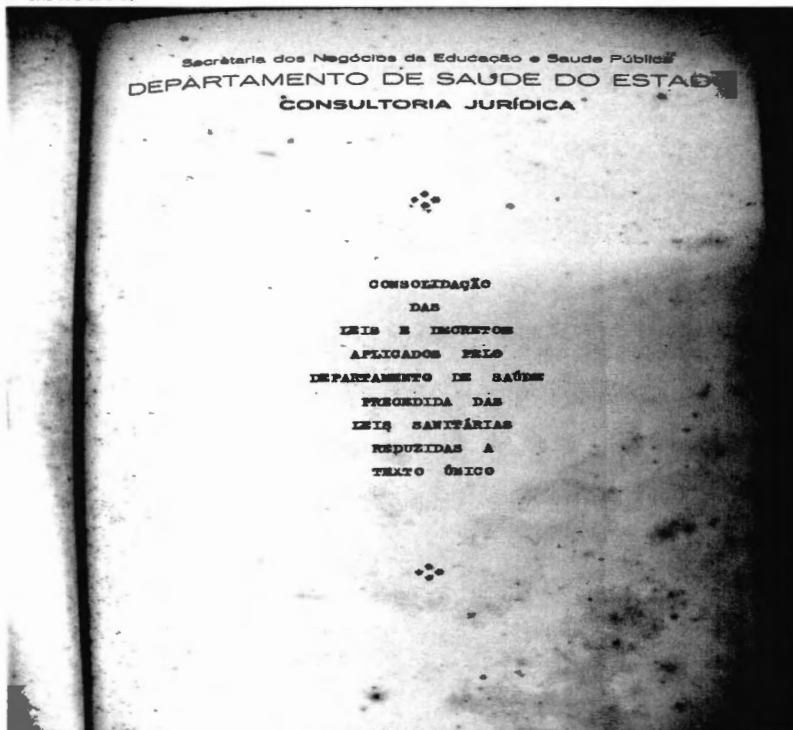
passado recente, não proporcionara as condições materiais e políticas para o desenvolvimento de ações permanentes de controle e fiscalização dos produtos relacionados à saúde, ambientes, serviços e práticas de saúde. Tal suposição é apontada pela mídia, conforme se observa na figura 14, no qual a chamada em manchete menciona **"... Um custoso serviço que fingiu acordar depois de vinte anos – Pães deteriorados e doces estragados..."**

O estado de São Paulo, mesmo com a política de centralização na União da condução das políticas públicas instauradas no período posterior ao movimento político de 1930, ao longo do tempo, vinha consolidando a tradição de intervir nas questões atinentes à Saúde Pública.

A intenção manifesta pelo Estado brasileiro, ou mais precisamente, pela Administração Pública Federal, com a publicação do arrojado Código Nacional de Saúde de 1961, no caso específico da ação federal no campo da vigilância sanitária de serviços de saúde não se traduziu em gesto, ao contrário do que ocorreu no estado de São Paulo. Isso foi ganhando contornos de contradição jurídico-normativa e operacional quase insanável, quando se observava a ação de órgãos da União e a do estado de São Paulo, porque, de fato, era vital intervir na realidade sanitária já que os objetos apontados no Decreto nº. 49.974-A, de 21-1-1961, tanto os mencionados tradicionalmente de maneira explícita, quanto os referidos de forma indireta ou implícita na legislação sanitária que o precedeu,* são vitais para a defesa e proteção da saúde, ou seja, para a proteção e defesa da vida.

* É de se notar que nos estabelecimentos de saúde sob direção técnica de médicos e de cirurgiões-dentistas se dava o emprego de equipamentos e ou substâncias que envolvem o controle de radiações ionizantes e, no primeiro grupo de estabelecimentos de saúde, o desenvolvimento de atividades inerentes aos serviços de hemoterapia.

Figura 9 – Consolidação das Leis e Decretos Aplicados pelo Departamento de Saúde Precedida das Leis Sanitárias Reduzidas a Texto Único. Dezembro de 1946. *Não Publicada.*



Fonte: Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/CCD/SES-SP.

Figura 10 – “Comandos” Sanitários – Um Dia Depois do Outro.



Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 17 jan. 1948. Editorial, p. 1.

Figura 11 – A ação dos “Comandos” Sanitários: O povo paulista, além de explorado, é envenenado criminosamente.



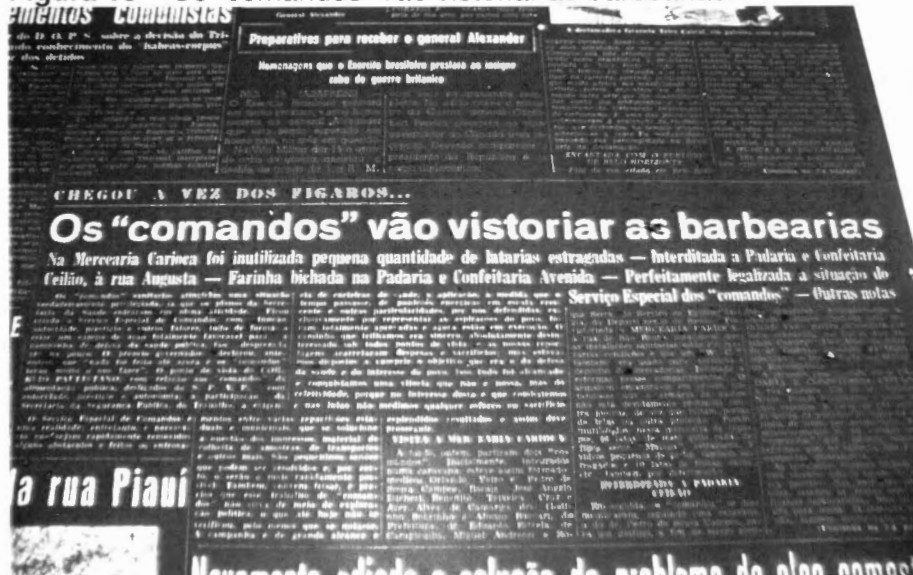
Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 28 jan. 1948. p. 12.

Figura 12 – Os “comandos” dirigiram a sua ação também para os hospitais de São Paulo.



Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 1º fev. 1948. p. 5.

Figura 13 – Os “comandos” vão vistoriar as barberias.



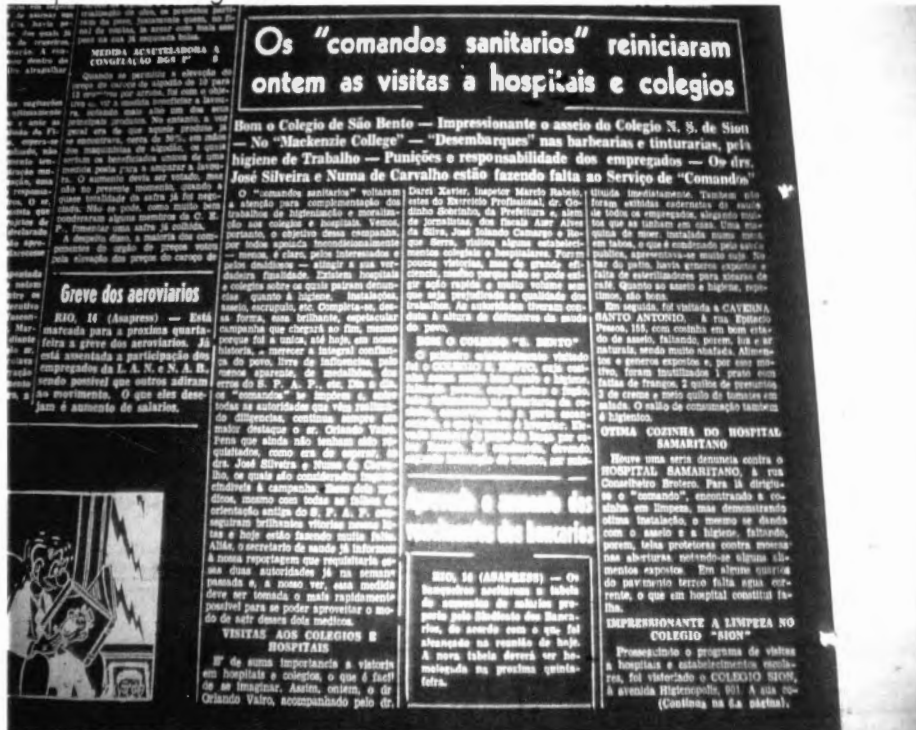
Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 10 mar. 1948. p. 12.

Figura 14 – Os “comandos” vieram forçar a impressão de que o S.P.A.P. existe.



Fonte: Correio Paulistano, 07 maio 1948. Editorial, p. 1.
Nota: S.P.A.P. – Serviço de Policiamento da Alimentação Pública.

Figura 15 – Os “comandos sanitários” reiniciaram ontem as visitas a hospitais e colégios.



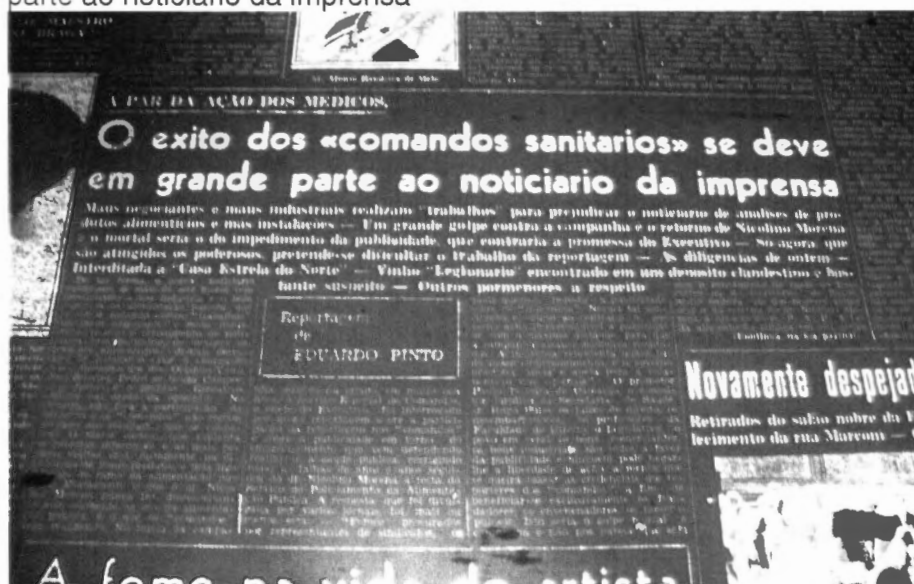
Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 15 jun. 1948. p. 16.

Figura 16 – Interditado pelos “comandos” o Hospital S. Francisco de Assis.



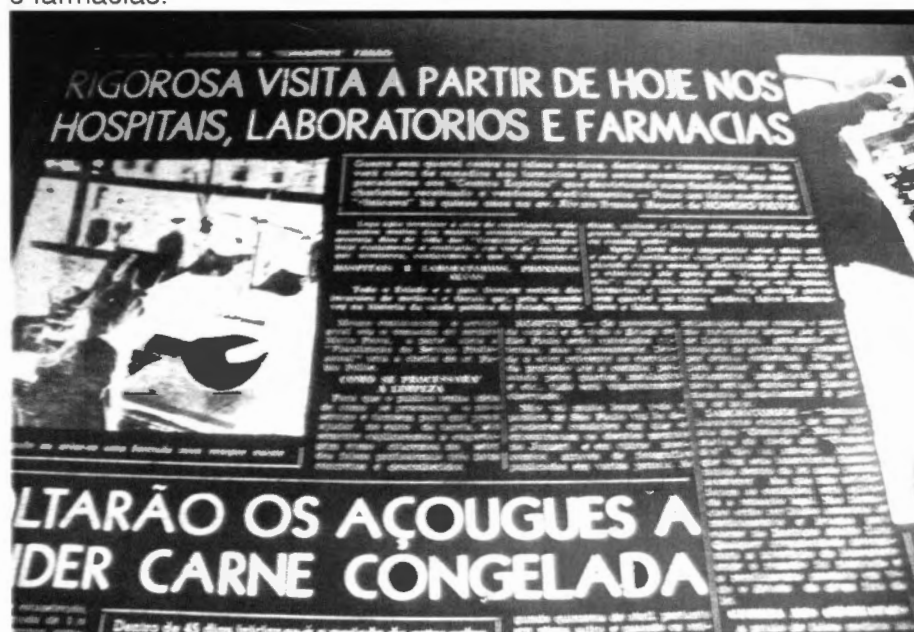
Fonte: Correio Paulistano, São Paulo, 16 jul. 1948. p. 2 e 12.

Figura 17 – O êxito dos “comandos sanitários” se deve em grande parte ao noticiário da imprensa



Fonte: *Correio Paulistano*, São Paulo, 17 set. 1948, p. 2 e 11.

Figura 18 – Rigorosa visita a partir de hoje nos hospitais, laboratórios e farmácias.



Fonte: *Correio Paulistano*, 17 jun. 1955, p. 8.

4.5. O REGIME MILITAR (1964-1984)

Os quadros 14, 15 e 16 sistematizam, respectivamente, os documentos de domínio público – legislação, documento institucional produzido por agente público e noticiário – analisados que se relacionam ao Regime Militar.

Quadro 14 – Documentos de domínio público – legislação – do Regime Militar (1964-1984).

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
Decreto nº. 52.464 – 12 de setembro de 1963 Presidente da República: João Goulart	Baixa Normas Técnicas para orientação, organização e funcionamento e a fiscalização de instituições de assistência médico-social no País.		NA
Decreto-Lei nº. 150 – 9 de fevereiro de 1967 Presidente da República: H. Castello Branco	Dispensa de registro, no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, os diplomas expedidos por Escolas ou Faculdades de Medicina e de Farmácia.		NA
Decreto nº. 50.192 – 15 de agosto de 1968 Governador do Estado: Roberto Costa de Abreu Sodré	Dispõe sobre medidas para reforma administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública.		NA
Decreto nº. 52.182 – 16 de julho de 1969 Governador do Estado: Roberto Costa de Abreu Sodré	Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde.		NA
Decreto de 6 de abril de 1970. Governador do Estado: Roberto Costa de Abreu Sodré	Organiza a Divisão de Exercício Profissional, da Coordenadoria da Saúde da Comunidade, da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências.		NA
Decreto nº. 66.623 – 22 de maio de 1970.	Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências.		NA
Decreto nº. 52.497 – 21 de julho de 1970. Governador do Estado: Roberto Costa de Abreu Sodré	Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-Lei, de 20 de março de 1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde.	E P R	E-1 P-1 P-2 R-1
Lei nº. 5.695 – 23 de agosto de 1971 Presidente da República: Emílio G. Médici	Modifica o Art. 1º do Decreto-Lei nº. 150, de 9 de fevereiro de 1967, que dispensa de registro, no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, os diplomas expedidos por Escolas ou Faculdades de Medicina e de Farmácia.		NA
Decreto nº. 74 891 – 13 de novembro de 1974 Presidente da República: Ernesto Geisel	Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências		NA
Lei nº. 6.229 – 17 de julho de 1975 Presidente da República: Ernesto Geisel	Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.	E	E-1
Lei nº. 6.259 – 30 de outubro de 1975 Presidente da República: Ernesto Geisel	Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.	R	R-1
Lei nº. 6.437 – 20 de agosto de 1976	Configura as infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências	E	E-1
Decreto nº. 78.231 – 12 de agosto de 1976 Presidente da República: Ernesto Geisel	Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.	R	R-1
Decreto nº. 79.056 – 30 de dezembro de 1976 Presidente da República: Ernesto Geisel	Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. Define que atividades e medidas de interesse coletivo são aquelas que, utilizando técnicas operativas de Saúde Pública, procuram a elevação dos níveis de saúde da população, com a utilização de equipes multiprofissionais e de formação multidisciplinar, e com a participação da comunidade.		NA
Decreto nº. 81.141 – 30 de dezembro de 1977 Presidente da República: Ernesto Geisel	Altera o Decreto nº. 79.056, de 30 de dezembro de 1976, e dá outras providências" - Define atividades e medidas de interesse coletivo.		NA

Quadro 15 – Documentos de domínio público – institucional – do Regime Militar (1964-1984).

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social	1966	Subsídios para Mensagem do Executivo à Assembléia Legislativa de São Paulo - Relatório de 1966. Março de 1967. Caixa SES	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)/Departamento de Técnica Hospitalar (DTH)	1970 (?)	Regimento do HH [Departamento de Técnica Hospitalar]. Sem data. Incompleto. 3 folhas. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1970	Relatório 1967-1970. Fevereiro de 1971. Caixa SES	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1970	Relatório Anual 1970. Caixa SES – Relatórios.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC)	1971	Relatório Anual de 1971.CSC. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1971	Centro de Processamento de Dados Hospitalares.2º Trimestre. 1971. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.USP Campus Ribeirão Preto. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1972	Relatório Anual de 1972. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1972	Relatório de Atividades CAH de 1972. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)/Departamento de Técnica Hospitalar (DTH)	1974	Curso de Teinamento de Pessoal em Lactário dos Hospitais Filantrópicos e Governamentais do Estado de São Paulo. Apostila. DTH/DEOT/Equipe Técnica de Nutrição e Dietética. 1974. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1974	Relatório das Atividades da Coordenadoria de Assistência Hospitalar de Março de 1971 a Agosto de 1974. Novembro de 1974. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1974	Levantamento Contínuo de Morbidade e Mortalidade Hospitalar. 1º Trimestre de 1974. Convênio para Realização de Trabalhos de Estatísticas de Saúde - SES-SP/CAH e DRS 6 e Departamento de Medicina Social/FM/USP Ribeirão Preto.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC)/Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional	1974	Relatório Numério Anual das Atividades da Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional no Exercício Dezembro de 1973 a Novembro de 1974. Dezembro de 1974. Caixa de Amostra 21.CSC.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES

Continua

Quadro 15 – Documentos de domínio público – institucional – do Regime Militar (1964-1984).*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC)/Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional	1974	Relatório das Atividades da Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional durante o Governo Laudo Natel (15-03-1971 a 30-11-1974). Dezembro de 1974. Caixa de Amostra 21. CSC.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)/Departamento de Técnica Hospitalar (DTH)	1976	Curso de Treinamento para Atendentes. Apostila. DTH/Serviço de Enfermagem 1976.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1976	Relatório Anual de 1976. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1978	Relatório Anual de Março de 1975 a Setembro de 1978. Outubro de 1978. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1979	Relatório Anual de 1979. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1980	Relatório Anual de 1980 [Sem VISA]. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1981	Relatório Anual de 1981. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1982	Livro de Abertura 1982 e Avaliação 1984. Curso de Aprimoramento de Enfermeiro. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1983	Relatório Final. Grupo de Trabalho sobre Cadastro Hospitalar. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1983	Relatório de Gestão CAH. Março de 1979 a Março de 1983. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1983	Relatório Anual de 1983 [Sem VISA]. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1984	Relatório Anual de 1984 [Sem VISA]. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES

Continua

Quadro 15 – Documentos de domínio público – institucional – do Regime Militar (1964-1984).*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado da Saúde (SES) / DTN	1984	Relatório Anual de 1984. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1984	Modelos de Impressos CAH (relação). 1984. Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1984	Relatório Anual de 1984. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES

Quadro 16 – Documentos de domínio público – noticiário – do Regime Militar (1964-1984).

Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
F.S.P.	02/6/1971	Capa, 1,1	Anunciado plano conjunto para defender a saúde do paulistano
F.S.P.	06/6/1971	1, 1	Higiene unirá Estado-Prefeitura
F.S.P.	02/6/1971	1, 7	Omissão: médico culpa pronto-socorro
F.S.P.	11/6/1971	1, 6	Ameaça à saúde [Editorial]
F.S.P.	02/6/1971	1, 12	Omissão mata bebê de 7 meses
F.S.P.	02/6/1971	1, 12	Mais postos de saúde (Convênio SES-SP-Ministério do Trabalho/INPS)
F.S.P.	12/8/1971	2, 13	Doente mental em Centro de Saúde
F.S.P.	15/8/1971	2, 20	Hospital de Pariquera-Açu é recuperado
F.S.P.	15/8/1971	2, 20	Saneamento de S. Vicente e Santos
F.S.P.	26/2/1979	1, 3	Do Rio Vermelho a Estocolmo [Artigo]
F.S.P.	17/3/1979	Local, 12	Na Saúde, Adib Jatene promete lutar contra a nossa dependência tecnológica
F.S.P.	24/4/1979	Interior, 21	Centro de Saúde de Barueri fará fiscalização
F.S.P.	21/6/1979	Local, 19	3,5 toneladas de anestésicos são incineradas no Ipiranga
F.S.P.	24/6/1979	Nacional, 6	Médico propõe unir e Mello Saúde e Previdência – Entrevistado: Carlos Gentile de Mello

O Milagre Brasileiro

O Golpe Militar de 1964 marcou a emergência do Estado autoritário, caracterizado pela centralização acentuada dos mecanismos de decisão, formulação e implementação de políticas permitindo que fosse viabilizado o projeto de desenvolvimento capitalista associado, com dominância do capital internacional. As reformas institucionais desencadeadas pelo Decreto-Lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que *Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências*, afastaram quaisquer projetos que consubstanciassem interesses distintos. A centralização operou-se baseada na ideologia de que o entrelaçamento de tendências emperra o processo de formulação e decisão.¹⁸

Entre 1968 e 1972 ocorreu um intenso crescimento econômico conhecido como *milagre brasileiro*, fundamentado numa política de retenção salarial, abertura para o exterior e concentração de renda. Esse processo de desenvolvimento associado ao capital externo gerou uma subordinação ao mercado mundial que, com a crise do capitalismo de 1973, acabou por desestabilizar a economia e o regime.

A crise resultante da elevação do preço do petróleo e de outras matérias primas apresentou duplo aspecto: de um lado dificultou a importação desses, de outro lado, parte da exportação brasileira (café, açúcar, algodão) perdeu seu poder de troca e não conseguiu financiar as importações, já encarecidas. Essa crise se refletiria em alterações políticas dado que o Estado fora atingido em suas bases de sustentação social.

De um lado, como efeito da crise, acelerou-se a deterioração da situação econômica das camadas médias urbanas, as condições de vida extremamente rebaixadas para as camadas populares urbanas e rurais desde o início do período foram ainda mais rebaixadas pela crise.

As frações da classe dominante representadas pelo Regime Militar, por sua vez, não tinham seus interesses econômicos corporativos

imediatamente atendidos, aumentando o número de descontentes com o regime.

Diante da crise, o Estado perdeu seu caráter *monolítico* e ampliou o espaço de participação para frações da classe dominante: a *distensão lenta, gradual e segura*.

Em relação às classes subalternas, o Estado desenvolveria políticas que permitiram certa legitimação social.¹⁸ Essas políticas apresentaram como característica o fato de não representarem mudanças radicais, mas tentativas de reformulação de sistemas de atendimento na área social, visando impregnar o setor de uma camada de racionalidade que evitasse a emergência de protestos e ou convulsões sociais.

Até a emergência da crise econômica, o perfil adotado pelos serviços de saúde *médico assistencial privatista* revelava o sucesso aparente de um estilo de desenvolvimento econômico captado através da expressão milagre brasileiro e nos marcos de uma situação autoritária. Esse perfil caracterizou-se por responder às exigências do modelo brasileiro de desenvolvimento e não é surpreendente o fato de ter se desgastado no momento da crise do *milagre*.¹⁸

Segundo SILVA*, as principais características deste modelo podem ser sumarizadas em cinco itens:

- centralização das decisões: retirou-se das esferas locais e regionais o poder de decisão, assim como foram afastados os representantes das classes subalternas. O marco deste processo pode ser localizado em 1960, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que alojaria, no segundo momento, os profissionais de saúde, ficando a cargo do Estado e dos grandes empresários de assistência médica a decisão sobre saúde;

- auto-sustentação financeira, ou seja, utilização dos recursos da previdência** para compra de serviços de atenção médica individual. Dada a

* SILVA, P.L.B. Política de Saúde no Brasil e suas Repercussões no estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de Síntese. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, Ano 3, n. 7, 1983.

** Oriundos de contribuição compulsória dos trabalhadores.

predominância da Previdência Social, em relação ao setor da Saúde Pública, os assalariados sustentaram o Sistema de Saúde nacional durante todo o período. Os recursos do orçamento fiscal* eram aplicados somente em relação ao Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para atender seus programas. Considerando-se o gasto irrisório desse setor, pode-se afirmar que o grosso das políticas sociais do período foi financiado pelos seus próprios usuários. Esse modelo é bem caracterizado pelo Sistema Financeiro de Habitação que, longe de prover a população carente, utilizava os recursos dos assalariados para financiar o setor privado de construção civil.¹⁸

- maximização de interesses particulares que se tornou possível com a centralização das decisões operadas a partir das Reformas de 1967. A prática de contratação de organismos privados pelo complexo previdenciário para prestação de atendimento médico significou mais do que uma articulação “esperada” entre a locupletação completa e total de interesses particulares imediatistas, gerando não somente um quadro de extrema corrupção, mas a definição de prioridades e programas que se seguiam mais por razões de rentabilidade econômica e política, do que de atenção às reais necessidades de saúde;

- dicotomização do atendimento: característica que refletiu a verdadeira política de saúde nos anos 1970, condicionada, porém, por uma tendência que se anunciava desde a década de 1950.

Segundo TEIXEIRA et al** a saúde, desde o final dos anos 1960, era constituída pelas empresas nacionais de produção de serviços diferenciadas conforme o tipo de financiamento: medicina de grupo (sistema de pré-pagamento) ou empresa médico hospitalar (sistema de pagamento por unidade de serviço), ambos financiados pela Previdência Social.

A ênfase no atendimento médico hospitalar engendrou a tecnificação do ato médico, a constituição de empresas capitalistas no setor saúde, o

* Recursos do Estado propriamente ditos – a fundo perdido.

** TEIXEIRA, C.F.; JACOBINA, R.R.; SOUZA, A.L. Para uma Análise da Conjuntura Política em Saúde. *Revista Saúde em Debate*, São Paulo, n. 9, 1980.

assalariamento e especialização do profissional médico, o aumento dos custos de produção, o desenvolvimento do hospital e serviços de apoio como base técnica do funcionamento dos serviços de saúde.¹⁸

Esta dinâmica de expansão do setor privado implicou no papel secundário e marginal do setor público.

As ações de atenção médico-sanitária tradicionalmente de responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde resumiram-se, principalmente, em campanhas sanitárias e atendimento materno infantil sofrendo, também esse processo de segregação. As campanhas sanitárias só eram desenvolvidas por ocasião de epidemias graves* e resumiram-se, principalmente, em programas de vacinação em massa.

Dado o panorama geral do setor saúde com a predominância de um modelo sofisticado de atenção em saúde imposto pela dinâmica do setor privado, o Estado não investiu no desenvolvimento de equipamentos públicos, no atendimento médico-sanitário, nem na organização técnica da Rede Pública de Serviços de Saúde.

Estas limitações impostas pelo tipo de organização dos serviços de saúde impediram que, apesar da complexidade do conjunto de políticas sociais desenvolvidas a partir de 1964 e do crescimento econômico verificado entre 1968-1972, o quadro sanitário brasileiro evoluísse em relação aos momentos históricos anteriores. Mais do que isso, com a deterioração das condições de vida de amplas camadas da população, a situação de saúde iria se alterar negativamente ao longo do período (ZIONI¹⁸, 1988).

De acordo com ZIONI,¹⁸ ao analisar os discursos predominantes na área de saúde após a ruptura de 1964, LUZ¹⁵⁶ identifica entre 1968 e 1974 o fim da pluralidade dos discursos campanhista, sanitarista desenvolvimentista, privatista liberal e socializante, que se detectou nos

* A epidemia de meningite – que alertou e preocupou governo e população - desencadeou-se por volta de 1973.

anos anteriores e a implantação hegemônica do discurso médico assistencial privatista que se impôs através de um conjunto de programas, decretos, leis e mesmo através de “saneamentos” no interior das instituições de saúde pública para “calar” os oposicionistas. Essa autora¹⁵⁶ considera que as propostas para a área giravam em torno de categorias ligadas ao planejamento econômico: racionalização, produtividade, crescimento, desburocratização, descentralização e, principalmente, pelas propostas de universalização do atendimento médico. Esboçava-se, cada vez mais, a necessidade de criação de uma política de saúde para integrar a saúde enquanto setor do Estado no novo modelo de desenvolvimento que se propunha e de conter e sanar alguns dos males seculares da Saúde no Brasil.

Para a autora¹⁵⁶, tanto o setor de Saúde Pública, como o de atenção médica se mostraram refratários ao planejamento até 1968. Do lado da Saúde Pública, a reação deu-se pela extrema multiplicidade de órgãos, serviços e departamentos, além da tradicional dicotomia entre a “medicina curativa e as propostas sanitaristas. De outro lado, o setor de atenção médica curativa, seguindo a lógica da economia de mercado, mostrou-se igualmente refratário às propostas uniformizadoras e centralizadoras da planificação da atenção médica pela Previdência Social projetada pelos governos do Regime Militar.

A primeira tentativa de se implantar um Plano Nacional de Saúde foi executada em 1968 com o Ministro Leonel Miranda, entendido pela autora como discurso estatal privatista.

Data de 1968 a primeira tentativa de planejamento através da proposta do Plano Nacional de Saúde cuja orientação era acentuadamente privatista. ZIONI,¹⁸ discorrendo sobre essa questão afirma que, pretendendo alcançar o bem-estar da população através de ações de saúde que garantissem maior produtividade, desenvolver o setor farmacêutico visando garantir acesso a medicamentos para os indivíduos de menor poder aquisitivo e preservar a ação médica individual, o plano propunha que as atividades de assistência médica fossem principalmente privadas,

reservando ao poder público o papel de coordenação e custeio parcial das atividades, cujo principal responsável seria a população através da Previdência Social. Esse plano, no entanto, não conseguiu institucionalizar-se.

No entanto, apesar dessas limitações, o plano de 1968 conseguiu implantar três modalidades de atuação em saúde que iriam ser a característica principal da atenção médica previdenciária no país: os convênios com hospitais, clínicas e laboratórios e, por fim, a expansão dos postos de ambulatórios do INPS e o crescimento contínuo da demanda por serviços médicos.

De acordo com ZIONI¹⁸ essa situação, aliada aos graves problemas econômicos sociais advindos com a crise de meados da década de 1970, implicou em tentativas por parte das diferentes instituições de saúde, de organizar e racionalizar o setor. Todas essas tentativas, porém, foram marcadas pelas diretrizes gerais da conjuntura: organização e extensão da assistência médica individual privada, às expensas do Estado, adoção de uma tecnologia sofisticada que, por sua vez, também atendeu aos interesses do setor privado de indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos; propostas de medicalização da sociedade que, além de garantir os interesses privados já referidos, permitiam a manutenção do modelo econômico atendendo médica e medicamentosamente à população, sem influir nas condições de vida.

Considera ainda esta autora¹⁸ que, em termos políticos a crise econômica exigiu uma maior tentativa de legitimação política, entre elas uma atuação mais firme no campo da saúde. Nesse setor tornara-se problemático conciliar interesses e necessidades extremamente contraditórios de todas as parcelas envolvidas. De um lado, o governo federal precisou restringir os gastos públicos, de outro, os setores particulares e os burocratas ficaram inquietos diante da crise que se aproximava, tanto em termos de rentabilidade do setor, para os primeiros, como de eficiência e eficácia, para os segundos.

Nos dizeres de LUZ¹⁵⁶: que grande deslocador de contradições – políticas e econômicas – tornara-se o setor de atenção médica. Por outro lado, que imenso palco aberto de luta social se toma a partir de 1973.

Esse contexto explicou, portanto, o fato de o setor hegemônico da saúde criar programas e órgãos setoriais para responder ao descontentamento nas classes subalternas e nas organizações médicas civis face à saúde¹⁵⁶.

A elaboração do plano de Pronta Ação em 1974, pelo recém criado Ministério da Previdência Social – MPS configurou mais uma tentativa política para conformar a política já dominante de atenção médica, um programa setorial (assistência curativa individualizada), em prática universal e verdadeiramente hegemônica.¹⁵⁶

Pelo mesmo conjunto de fatores elaborou-se uma proposta racionalizadora de solução à crise do setor, a criação do Sistema Nacional de Saúde pela Lei nº. 6.229, de 17-7-1975.

No entanto, a “racionalidade” destas propostas parecia constar somente das intenções dos autores visto que ratificou a dicotomia entre a assistência médica individual e a Saúde Pública, ao propor a organização e disciplinarização do complexo de serviços existentes no setor, mantendo, assim, a ambigüidade quanto à atribuição de certas instituições especialmente em relação ao Ministério da Saúde e ao da Previdência Social”^{18 156}.

Propondo-se somente a organizar as diversas instituições e órgãos que atuavam na área da saúde, sem alterar as características intrínsecas destas instituições e mantendo a hegemonia do modelo médico assistencial individualizado, o Sistema Nacional de Saúde conferiu, no entanto, certa ênfase às medidas de caráter coletivo.

Estas medidas, porém, tinham um caráter limitado, pois se destinavam a conter a demanda que não estava podendo mais ser absorvida pela medicina curativa. Abriu-se espaço para retomada de medidas no campo da Saúde Pública – essas medidas eram limitadas e não ameaçavam a opção anterior individual e curativa^{18 156}

Face ao exposto anteriormente, no final dos anos sessenta, os governos do ciclo da ditadura militar empreenderam enorme operação política que visava à modernização conservadora da economia brasileira - conservadora porque conduzida “pelo alto”, sem participação popular, com manutenção de desigualdades sociais seculares e com indução do aumento da concentrando renda -, portanto, impunha-se aprofundar a modernização e ampliação da infra-estrutura do país (estradas, correios, telecomunicações, abastecimento de água e esgoto, fornecimento de energia elétrica, estrutura de arrecadação de tributos, dentre outros), tornando-a eficiente e capaz de dar suporte ao crescimento econômico.

Neste cenário, no final dos anos sessenta, a Administração Pública Estadual de São Paulo realizou uma abrangente Reforma Administrativa do seu Serviço Público⁶ e, em 1968, editou-se o Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968, que *Dispõe sobre Medidas para Reforma Administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública*.⁶ O resultado desse processo expressou-se na publicação do Decreto nº 52.182, de 16-07-69, que *Dispõe sobre a Organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências*.

O citado Decreto nº 52.182, de 16-07-69, reorganizou amplamente a Secretaria de Estado da Saúde, dotando-a de formato organizacional mais moderno que, a grosso modo, permaneceu intacto até a Reforma Administrativa de 1986. Nesse processo de reorganização, *concebeu-se a inserção de instâncias técnico-administrativas que se ocupariam de questões afetas à epidemiologia perpassando toda a estrutura organizacional*, seja nos órgãos centrais de planejamento, seja nos órgãos de corte estadual e macro-regional de planejamento, coordenação da assistência à saúde e desenvolvimento das ações e serviços hoje inseridos no campo de atuação em vigilância sanitária, incluso a vigilância sanitária de serviços de saúde.

Ilustrando, na estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, previu-se o Conselho Técnico Administrativo, presidido pelo Titular

da Pasta, no qual tinham assento os dirigentes dos seguintes órgãos de nível central:

1. *Departamento Técnico-Normativo*: planejamento e avaliação, epidemiologia, estatística, informação em saúde e normatização;
2. *Departamento de Administração da Secretaria*;
3. *Coordenadoria de Saúde Mental*: coordenação da prestação da assistência em psiquiatria;
4. *Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados*: coordenação do Instituto Adolfo Lutz, Instituto Butantã, Instituto Pasteur e Instituto de Saúde;
5. *Coordenadoria de Saúde da Comunidade*: coordenação de Regiões de Saúde, às quais se vinculavam Distritos Sanitários e, a esses, Unidades Públicas de Saúde ambulatoriais – Centros de Saúde; do Departamento de Saneamento e da Divisão de Exercício Profissional.

Nesta Coordenadoria a coordenação e ou execução de ações de vigilância sanitária, com graus distintos de descentralização, vinculavam-se a:

- Departamento de Saneamento: desenvolvia ações em saneamento, combate a vetores e alimentação pública;

- Divisão de Exercício Profissional*, sucedâneo do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, que incorporava a Inspeção dos Serviços de Raios X e Substâncias Radioativas, à qual competia:

a) fiscalização do exercício das profissões de interesse da saúde pública e respectivos estabelecimentos, entidades, locais, aparelhos e materiais de trabalho;

b) fiscalização da produção e comércio de drogas, substâncias e produtos farmacêuticos e correlatos, químicos, biológicos e outros, de interesse da saúde pública;

c) controle do comércio e uso de entorpecentes, psicotrópicos e demais substâncias e produtos capazes de criar dependência física ou psíquica;

* Regulamentado pelo Decreto de 06 de Abril de 1970, que Organiza a Divisão de Exercício Profissional, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências.

d) controle do emprego e uso de radiações ionizantes;

6. *Coordenadoria de Assistência Hospitalar*: coordenação da prestação de assistência médico-hospitalar, exceto em psiquiatria, e do Departamento de Técnica Hospitalar.

Nesta Coordenadoria, a execução de ações de vigilância sanitária de serviços de saúde vinculavam-se a:

• Departamento de Técnica Hospitalar, ao qual, dentre outros, competia:

a) estudar, planejar e orientar as atividades de administração hospitalar em geral, relativamente a hospitais oficiais e privados, bem como assessorar tecnicamente em matéria de administração hospitalar entidades médico-hospitalares oficiais e privadas;

b) promover aperfeiçoamento da organização e operação dos hospitais;

c) estudar e estabelecer as necessidades de pessoal hospitalar para todo o Estado, bem como as de sua formação e adestramento e, neste sentido, promover articulação, intra e extra institucional, visando a mobilização de recursos para formação e adestramento de pessoal;

d) *coletar, estudar e analisar dados nosológicos e outros da problemática médico-hospitalar*;

e) *realizar pesquisas*;

f) *realizar estudos especiais de equipamentos e instalações*;

g) *executar as atividades de fiscalização de entidades médico-hospitalares em todo o Estado*;

h) *cadastrar e manter registro das entidades médico-hospitalares em todo o Estado*.

À época, a Coordenadoria de Assistência Hospitalar, enfocando universalmente os hospitais do estado – oficiais e privados –, buscava dar conta de três dimensões de objetos:

a) a primeira dimensão prendia-se à referida modernização conservadora do país.

Ora, uma das políticas sociais já sinalizadas nesta época, constituía-se na racionalização da prestação de serviços médicos pelos Institutos de Aposentarias e Pensões (IAPs), organizados por categoria de trabalhadores a partir dos anos trinta, os quais, em 1966, foram fundidos dando lugar ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que seria o responsável pela ampliação da *medicina previdenciária* através centralmente da contratação e ou convênios com estabelecimentos de saúde privados, particularmente com hospitais, conforme se viu anteriormente.

No último ano da década de 1960 observava-se, já, por um lado, os resultados da expansão da medicina previdenciária e, por outro lado, os resultados do crescimento da malha de estabelecimentos de saúde de natureza hospitalar, a qual, desde 1945, compunha-se predominantemente de entes jurídicos privados. (Tabela 5).

Deste modo, o Estado, *lato senso*, que, poucos anos após passaria a financiar sem parcimônia particulares a construir novos hospitais, propunha-se a estudar, planejar, orientar as atividades de administração hospitalar e, ainda, assessorar tecnicamente nessa matéria entidades médico-hospitalares oficiais e privadas, porque a história do país revelava - e em boa medida continua revelando - a insuficiência dos detentores do saber exclusivamente clínico ao administrar tecnicamente hospitais, em especial no setor privado, de forma a garantir *segurança na assistência à saúde*.

Tabela 5 – Capacidade da Rede Hospitalar *

N	1945¹	1950²	1960³	1965⁴	1971⁵	1975⁶
Leitos	%	%	%	%	%	%
OFICIAIS	55.454	74.976	97.526	84.494	124.601	124.734
	44,4	46,1	37,9	37,0	33,9	31,6
Federal	10.421	15.433	14.631		23.496	26.052
Estadual	39.067	52.099	67.518		84.738	82.554
Municipal	5.491	5.671	9.996		7.414	8.723
Para-Estadual	475	1.773	5.381		8.953	7.405
PARTICULARES	68.885	87.539	159.845	144.051	242.921	270.048
	55,1	53,9	62,1	63,0	66,1	68,4
Lucrativas	9.820		22.976		106.929	122.016
	14,2		14,4		44,0	45,2
Não-Lucrativas	59.065		136.869		135.992	148.032
	85,8		85,6		56,0	54,8
Total	124.992	162.515	257.371	228.545	367.522	394.782

* (1) Fonte: Carneiro, J. Plano SALTE: O Setor Saúde. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1948.

Obs: Este trabalho de um deputado membro da Comissão de Saúde da Câmara, elaborado durante os debates do Plano SALTE, reúne um conjunto de dados compilados numa época em que estatística no Brasil era muito pouco rigorosa. A tabela que fornece os dados acima, por exemplo, não indicava fonte nem o ano a que se referem as informações. Ademais, a classificação era diferente daquela adotada posteriormente, exigindo de nós uma interpretação necessariamente arbitrária:

1. Consideramos como não-lucrativas as entidades mantidas por irmandades religiosas, beneficentes e sindicais (inclusive patronais), além das fundações e da Cruz Vermelha. As demais entidades não oficiais foram consideradas de fins lucrativos.

2. No caso de convênios entre Governo Federal e as prefeituras municipais (150 leitos), agregamos os dados ao do Governo Federal. Quando os convênios eram entre o Governo Estadual e o Municipal (56 leitos) preferimos o Governo Estadual, na suposição de que os recursos provavelmente provêm de níveis mais elevados da administração. O total geral difere da soma das parcelas, devido à existência de 653 leitos cuja entidade mantenedora era "ignorada", na tabela matriz (*grifo nosso*).

(2) Fonte: *Brasil Hospitalar 1950* - Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde.

(3) Fonte: *Saúde e Saneamento em S. Paulo*, Paulo Carvalho e Castro. Comissão Inter-Est. Da Bacia do Paraná-Uruguaí, 1964 - Ministério da Saúde

(4) Fonte: *Primeiro Censo Hospitalar Brasileiro*, Ministério da Saúde, Depto. Nacional de Saúde, 1965.

(5) Fonte: *Cadastro Hospitalar Brasileiro*, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência Médica, 1973.

(6) Fonte: *Hospitais do Brasil*, Niversindo A. Cherubin - Convênio Sociedade Beneficente São Camilo e SEBRAE.

* Esta tabela, por se utilizar de dados obtidos de diversas fontes, com graus distintos de fidedignidade, deve ser avaliada apenas enquanto indicador de tendência (Nota dos autores¹⁵³).

Extraído de BRAGA e PAULA¹⁵³, 1981.

b) a segunda dimensão prendia-se à gerência de diversos hospitais públicos, o que não será abordado;

c) a terceira dimensão prendia-se à execução das ações de vigilância sanitária de serviços de saúde, no caso destacadamente a vigilância sanitária de hospitais.

Neste sentido, além das atribuições de executar as atividades de fiscalização de entidades médico-hospitalares *e cadastrar e manter registro das entidades médico-hospitalares em todo o estado de São Paulo*, se colocava as atribuições de coletar, estudar, analisar dados nosológicos e outros da problemática médico-hospitalar, realizar pesquisas que dissessem respeito aos hospitais, e, realizar estudos especiais sobre equipamentos e instalações. Naturalmente, tais iniciativas explicavam-se e se relacionavam com a questão da exposição dos pacientes, usuários e trabalhadores da saúde a riscos à sua saúde, ou seja, na verdade se relacionavam a “novos” riscos, inerentes às condições de funcionamento dos hospitais, que poderiam derivar do emprego de equipamentos, de artigos, de exames de diagnose inconfiáveis dado ao emprego de reagentes inadequados, dentre outros.

A Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH), em 1972, portanto, há mais 30 anos atrás, através de ato administrativo regular introduziu, no estado de São Paulo, o Boletim de Coleta de Dados Hospitalares da CAH para registro, dentre outras variáveis, de dados de morbidade e de mortalidade hospitalar, sendo que o preenchimento mensal deste Boletim (Boletim CAH), *por parte de todos os estabelecimentos de saúde de natureza hospitalar funcionantes no Estado*, era obrigatório. Vale ressaltar que esses dados, até os dias de hoje, são mencionados em publicações específicas sobre estatística em saúde produzidos no país. E mais: desde a primeira metade da década de 1970 até meados da década de 1980, diversos pesquisadores elegeram estes dados como o objeto de suas análises e pesquisas acadêmicas, o que é digno de destaque porque o fato de instituições externas à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se apropriarem dos dados coletados pelo Sistema de Informação de Saúde

Estadual, no caso dos dados de morbidade e mortalidade hospitalar, denotava credibilidade.

Procurou-se pesquisar se os dados coletados, por meio do Boletim CAH, prestavam-se, no período 1972-1986, como instrumento propiciador do monitoramento dos hospitais pela equipe executora das ações de vigilância sanitária, alocada na Divisão de Fiscalização da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, conforme se verá, já que, sem o concurso de instrumento com esta característica a vigilância sanitária de estabelecimentos de saúde de natureza hospitalar não conseguirá ser eficaz.

No entanto, constate-se que, com a Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de 1986, criaram-se novas estruturas e o Boletim CAH ficou “órfão” administrativamente, embora fosse inegável sua importância, tanto para os órgãos de planejamento em saúde, quanto para os órgãos de vigilância sanitária.

Tal “orfandade” administrativa, se analisar-se com os olhos postos na época, explica-se plenamente: a Reforma Administrativa de 1986 mexeu profundamente com a instituição, repartiu funções e competências da CAH e criou o Centro de Vigilância Sanitária (CVS). Já no ano que sucedeu esta Reforma, 1987, um enorme desafio se colocou à instituição, ou seja, viabilizar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, na seqüência, iniciar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que demandou enorme concentração de esforços visando assumir o controle dos *Sistemas de Pagamento de Procedimentos* que propiciavam remunerar os serviços de saúde privados, contratados ou conveniados com o poder público, inclusive o instrumento denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH*), até então, operacionalizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

* A AIH foi implantada nos hospitais públicos em 1990.

Conforme se demonstrou ao longo deste estudo, no estado de São Paulo, a partir da criação da Comissão de Assistência Hospitalar, em 1935,³⁷ se desenhou a execução das ações de vigilância sanitária de serviços de saúde por meio de duas vertentes institucionais, práxis que iria perdurar mais de meio século. Posto em outros termos: no período de consolidação desse formato operacional, de 1935 a 1970, ocorreram sucessivas reformas administrativas que incidiram, tanto sobre órgãos específicos aos quais competia o controle de estabelecimentos de interesse da saúde pública e de tecnologias médicas, quanto sobre órgãos cujas atribuições incorporavam também o controle de clínicas ou ambulatórios médicos, Unidades de Urgência e Emergência e hospitais. A estrutura do aparato sanitário, mencionado anteriormente, era resultante da derradeira remodelação administrativa da SES-SP^{157 158 159} que manteve a operacionalização da vigilância sanitária de serviços de saúde através de duas vertentes institucionais, o qual ilustrarei na seqüência com os traços distintivos da Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH) relativos ao campo da proteção da saúde.

Preliminarmente, impõe-se registrar que as atribuições formais da CAH se espalhavam em três dimensões: a coordenação da política estadual de prestação de serviços de assistência médica e hospitalar à população, o gerenciamento dos hospitais estaduais gerais e especializados, incluso os de fisiologia e de dermatologia sanitária, excetuando-se os hospitais psiquiátricos, e a execução das ações de vigilância sanitária referentes aos estabelecimentos médico-hospitalares. A fim de subsidiar o desenvolvimento do trabalho nas dimensões apontadas a coordenadoria contava com uma instância técnico-administrativa complexa, o Departamento de Técnica Hospitalar (DTH), cuja organização, exigência de habilitação e qualificação profissional suplementar específica para provimento dos seus cargos de direção e o elenco de atividades técnicas das quais se ocupava, serão descritos para que se compreenda a dinâmica interna do órgão. Tal

departamento, que no transcorrer do tempo produziu resultados afetos ao campo da proteção da saúde em função do compartilhamento – expressão do domínio de conhecimentos específicos por distintas equipes – de atividades, compreendia:

a) *Diretoria Técnica*, cujo dirigente deveria possuir formação em medicina e especialização em administração hospitalar;

b) *Divisão de Estudos e Orientação Técnica* com Seção de Estatística, Seção de Epidemiologia, Serviço de Planejamento (Seções de Programação e Avaliação e de Planejamento Hospitalar), Serviço de Orientação Técnica (Equipes Técnicas de Educação Sanitária, Nutrição e Dietética, Serviço Social Médico, Reabilitação e Administração Hospitalar).

O dirigente da divisão deveria possuir formação de nível universitário, assim como os demais, e especialização em administração hospitalar, e os responsáveis pelas áreas de estatística, epidemiologia, planejamento, educação sanitária, reabilitação e administração hospitalar deveriam possuir especialização nessas áreas. Já dos dirigentes do Serviço de Orientação Técnica, da Seção de Planejamento Hospitalar e das Equipes Técnicas de Nutrição e Dietética e de Serviço Social Médico, exigia-se, respectivamente, formação em medicina, em engenharia ou em arquitetura, em nutrição (nutricionista) e em serviço social (assistente social), porém suplementada por especialização em administração hospitalar;

c) *Divisão de Fiscalização* com Serviço de Fiscalização e Serviço de Registro e Cadastro.

Os dirigentes da divisão e do Serviço de Fiscalização deveriam possuir formação em medicina e especialização em administração hospitalar e o do Serviço de Registro e Cadastro formação de nível universitário suplementada igualmente por especialização em administração hospitalar;

d) *Serviço de Enfermagem* com Equipe Técnica de Enfermagem Hospitalar e Escola de Auxiliar de Enfermagem de Assis.

Os três dirigentes deveriam possuir formação em enfermagem (enfermeiro), mas, no caso dos dois primeiros, suplementada por especialização em administração hospitalar.

O trabalho técnico desenvolvido pelo DTH se atinha às suas atribuições amplas, destacando-se: o estudo, planejamento, orientação e assessoramento das atividades de administração hospitalar relacionadas aos hospitais públicos e privados visando promover o aperfeiçoamento de sua operação, o estudo da necessidade de pessoal hospitalar no estado de São Paulo e sua formação e treinamento, a coleta, estudo e análise de dados nosológicos e outros referentes à problemática hospitalar, a realização de pesquisas e de estudos especiais de equipamentos e instalações e a execução das atividades de fiscalização, cadastramento e registro dos estabelecimentos médico-hospitalares em todo o estado.

No Relatório de gestão referente ao período 1967-1970, o Secretário de Estado da Saúde, ao tratar da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, enfatizou a importância daquelas atribuições do DTH, apontando que não caberia à coordenadoria apenas a administração de hospitais da Secretaria, mas iria além a sua qualidade de órgão técnico do governo, e, por outro lado, que deveria, afora exercitar a ação fiscalizadora imposta por dispositivos legais, oferecer orientação e assessoramento técnico.

De fato, no ano que se seguiu à veiculação do aludido Relatório, a coordenadoria avançou na sua qualidade de órgão técnico do governo quando foi publicada a Portaria SS-CAH nº. 1/72, de 12 de janeiro de 1972, que estabeleceu normas, previstas no Código Sanitário de 1970, destinadas a coletar e analisar dados estatísticos de interesse da saúde no campo da assistência hospitalar. Instrumento normativo pioneiro, tal portaria dispôs sobre a *obrigatoriedade* de todos os hospitais – públicos, beneficentes, filantrópicos e lucrativos –, instalados no estado de São Paulo, enviarem dados estatísticos ao poder público com *periodicidade* mensal, *padronizou* os impressos contendo as variáveis que deveriam ser informadas e *condicionou* a renovação anual da licença (alvará) de funcionamento dos hospitais à remessa dos dados. Os impressos eram identificados como modelo 101 – Boletim CAH-101: Movimento de Pacientes Saídos depois Movimento de Saídas Mensais – e modelo 102 – Boletim CAH-102: Mapa do Movimento Hospitalar Mensal. Desse modo iniciou-se o processo de

organização de um sistema estadual centralizado de coleta de estatísticas hospitalares – dados de inegável importância, especialmente os de morbidade hospitalar em função de seu emprego com propósitos administrativos, em particular o planejamento, e epidemiológicos.¹⁶⁰

A coleta daqueles dados continuou a ser realizada, porém enfrentando dificuldades, tais como a impossibilidade de obter em caráter uniforme e contínuo informações dos hospitais particulares, o que levou o coordenador da CAH, no Relatório que enviou ao Secretário de Estado da Saúde em novembro de 1973, a afirmar ser necessário alterar a legislação em vigor para que se pudesse obter tais dados.

Marcante, o citado Relatório, além de denotar o que ocorria naqueles primeiros anos de estruturação da CAH, continha o prenúncio do que viria a se constituir em certas características básicas de atuação do DTH até a sua desaparecimento com a reforma administrativa da SES-SP em 1986. Escreveu o coordenador:

O Departamento de Técnica Hospitalar, no cumprimento de sua atribuição, desenvolveu suas atividades conciliando em todas as suas ações os aspectos de planejamento e orientação com os de fiscalizar as instituições de assistência médico-hospitalar no Estado. Sua diretriz foi de uma integração completa das suas duas grandes áreas – fiscalização e promoção do setor médico-hospitalar.

A referência à diretriz da *integração das áreas de fiscalização e promoção do setor médico-hospitalar* ganha clareza enquanto estratégia mesmo, quando se lê no Regimento do Departamento de Técnica Hospitalar – Regimento do HH* [s.d.]²¹ – o que caberia ao DTH cumprir em relação a toda a rede hospitalar pública e privada estadual. Entre as disposições desse documento, que será analisado adiante no presente trabalho, constam: a) coletar e analisar dados estatísticos de movimentação e diagnósticos de pacientes atendidos pelos estabelecimentos hospitalares; b)

* O Regimento do HH acessado estava incompleto. Os elementos que compunham a estrutura da Coordenadoria de Assistência Hospitalar eram designados por siglas, correspondendo HH ao Departamento de Técnica Hospitalar.

emitir parecer para aprovação de plantas físicas dos estabelecimentos hospitalares e orientá-los quanto à sua elaboração; c) proceder à fiscalização dos estabelecimentos hospitalares através de inspeção das instalações e verificação das condições gerais de funcionamento, bem como do cumprimento da legislação em vigor; d) estudar e propor às autoridades competentes padrões mínimos – normas técnicas especiais – para o funcionamento dos hospitais.

Ou seja, neste ponto, coloca-se inevitável indagação: se foi meritória a *intenção* – concepção de adequada estrutura organizacional, exigência de especialização para o provimento de cargos de direção e atribuições amplas para o DTH – correspondeu-lhe o esperado *gesto* – a efetiva realização das ações de vigilância sanitária dos estabelecimentos médico-hospitalares?

A julgar por manifestações registradas em documentos de domínio público, comunicações pessoais e pelo aperfeiçoamento de que foram objeto os Boletins CAH-101 e CAH-102 – instituídos em 1972 e unificados em 1984, quando passou a denominar-se Boletim de Coleta de Dados Hospitalares (modelo CAH-106 ou Boletim CAH-106) –, pode-se afirmar que sim.

De início, a Divisão de Fiscalização do DTH desenvolveu suas funções com sentido educativo, ou seja, esclarecer os responsáveis pelos estabelecimentos quanto à necessidade de serem observados os dispositivos legais pertinentes visando melhorar as condições de atendimento hospitalar para o bem-estar dos pacientes. Concomitantemente, procurou orientar os interessados para a aplicação de modernas técnicas de construção, equipamento e funcionamento dos estabelecimentos. Ao procurar atingir tais objetivos, a Divisão de Fiscalização visou preparar a rede hospitalar para receber uma fiscalização intensa e rigorosa, quer se tratasse de estabelecimentos governamentais ou particulares, com ou sem fins lucrativos. O DTH buscou o salutar entrosamento entre as funções executiva e de assessoramento e, quanto aos profissionais de nível universitário, aumentou o número de servidores e, ao mesmo tempo, a sua qualificação, pois os novos possuíam especialização em administração

hospitalar, sendo que tal preocupação se entendeu e garantiu-se, assim, também o provimento de especialização para os servidores que já eram do quadro. Com esse aprimoramento de pessoal do DTH visava-se, em última análise, a *promoção e proteção da saúde da coletividade* (o destaque é nosso).¹⁶¹

A execução de ações por meio de equipes multiprofissionais constituiu-se em uma constante ao longo da história do Departamento de Técnica Hospitalar, envolvendo as Divisões de Estudos e Orientação Técnica e de Fiscalização e o Serviço de Enfermagem. Equipes Técnicas das duas divisões realizavam inspeções conjuntas para registro inicial de estabelecimentos médico-hospitalares públicos e privados,¹⁶² sendo freqüente a participação de arquitetos ou engenheiros (Seção de Planejamento Hospitalar) em ações conjuntas com o Serviço de Fiscalização e equipe multiprofissional*. Ademais, quando ocorria denúncia grave em relação ao funcionamento de hospitais agregavam-se membros de Equipes Técnicas (Serviço de Fiscalização, Planejamento Hospitalar, Nutrição e Dietética, Enfermagem e outras) e realizava-se inspeção com o encaminhamento dos respectivos relatórios e proposições.** Um exemplo desse procedimento na área de Nutrição e Dietética: as irregularidades encontradas eram descritas em relatório detalhado, constando situação da edificação, pessoal, equipamentos, instalações e funcionamento (recebimento, armazenamento, pré-preparo, produção, distribuição, higienização, controle de qualidade, destino do lixo e outros). Diante do relato da situação encontrada eram elaboradas propostas de melhoria e, posteriormente, era realizada reunião com a direção do estabelecimento

* Comunicação pessoal de Elizabeth de Oliveira Palmieri, arquiteta, em 18 de novembro de 2008, recebida por correio eletrônico.

** Comunicação pessoal de Vital de Oliveira Ribeiro Filho, arquiteto, em 12 de dezembro de 2008, recebida por correio eletrônico.

para apresentação do relatório, de modo a obter-se o comprometimento do responsável com a execução das propostas.*

A Seção de Planejamento Hospitalar tinha a atribuição de elaborar projetos de construção, acompanhar reformas e assessorar tecnicamente os hospitais estaduais e, por outro lado, analisar e aprovar projetos apresentados por todos os hospitais do estado de São Paulo.** Discutindo essa dupla função, e certo tipo de crítica que lhe era direcionada, apresentou-se a seguinte ponderação:

(...) por outro lado, havia também um ambiente de excelência em pesquisa e conhecimento, resultante da oportunidade de trabalhar com projetos [arquitetônicos] e com fiscalização, ou seja, os dois lados da moeda, ao mesmo tempo. Além disso, é importante mencionar que ambas as atividades eram desenvolvidas com apoio de equipe multiprofissional de alta qualidade. Tínhamos médicos, enfermeiras, nutricionistas, engenheiros (além dos arquitetos), entre outros profissionais, todos especializados na área hospitalar, trabalhando integrados.***

O aperfeiçoamento dos Boletins de Movimento de Saídas Mensais (Boletim CAH-101) e do Mapa do Movimento Hospitalar Mensal (Boletim CAH-102), que gerou a elaboração do formulário único denominado Boletim de Coleta de Dados Hospitalares (modelo CAH-106 ou Boletim CAH-106), no processo de distinção da Coordenadoria de Assistência Hospitalar no interior da SES-SP, foi um marco. Transcende as explicações sobre a importância das informações de morbidade e mortalidade hospitalar e suas inúmeras aplicações, porque o que sempre esteve em jogo desde a sua instituição em 1972 foi a implantação, pelo poder público, de um sistema de coleta de dados hospitalares regular, obrigatório e universal, ou seja, que

* Comunicação pessoal de Carolina Satiko Harasawa, Denise Venturi e Delfina Azucena Castro Blanco Pytel, nutricionistas, em 21 de novembro de 2008, recebida por correio eletrônico.

** Comunicação pessoal de Elizabeth de Oliveira Palmieri, arquiteta, em 18 de novembro de 2008, e de Vital de Oliveira Ribeiro Filho, arquiteto, em 12 de dezembro de 2008, recebidas por correio eletrônico.

*** Comunicação pessoal de Vital de Oliveira Ribeiro Filho, arquiteto, em 12 de dezembro de 2008, recebida por correio eletrônico.

abarcasse hospitais públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, contratados ou não pelo poder público.

Depois que o coordenador da CAH, em 1973, apontou a necessidade de reformulação da legislação para que se tornasse factível obter informações de modo uniforme e contínuo dos hospitais particulares, o que já foi referido anteriormente, LEBRÃO (1977),¹⁸ que havia sido responsável pela Seção de Estatística do DTH e percebera que ocorriam erros nos Boletins CAH-101 (Movimento de Pacientes Saídos depois Movimento de Saídas Mensais), propôs um estudo destinado a quantificá-los, o qual foi ampliado também para os diagnósticos. À época, como existiam planos de se aproveitar os dados fornecidos pelos boletins, de maneira sistemática e por computação eletrônica, a autora considerou ser de suma importância testar a fidedignidade dos boletins. E assim foi. Analisaram-se os Boletins CAH-101 remetidos ao DTH em um mês “normal” e verificaram-se os prontuários de pacientes saídos e as correspondentes folhas de alta para analisar a correção da transcrição de variáveis referentes aos dados de identificação (idade e procedência), dados administrativos (data de admissão e de saída e tipo de saída) e diagnósticos*.

No ano seguinte foi publicado o Código Sanitário de 1978 – Decreto nº. 12.342, de 27 de dezembro de 1978 – no qual foi inserido uma disposição (Art. 522) cuja finalidade foi tornar absolutamente explícita a obrigatoriedade dos hospitais e outros estabelecimentos remeterem, regular e sistematicamente, ao poder público os dados e informações necessários à elaboração de estatísticas de saúde. Por conseguinte foi publicada a Portaria SS-CAH nº. 62/78, de 26 de dezembro de 1978, que, a rigor, trata do fluxo e da periodicidade de envio dos Boletins CAH-101 e CAH-102 ao

* O médico sanitário Carlos Gentile de Mello, em matéria de jornal, citou um dos achados deste trabalho nos seguintes termos: “(...) Lebrão que, em pesquisa sobre a fidedignidade de diagnósticos hospitalares, verificou e registrou que, em vários hospitais investigados, havia dois diagnósticos por paciente, um para uso interno e outro para efeito de faturamento e cobrança da Previdência Social. E que muitos médicos, haviam confessado que, não raramente, acrescentavam determinados sinais e sintomas nos prontuários para evitar recusa de pagamento pelo INPS.”

MELLO, C.G. Do Rio Vermelho a Estocolmo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 fev. 1979. p. 3.

órgão antes estabelecidos pela Portaria SS-CAH nº. 1/72, mas com uma diferença fundamental: o lastro jurídico – o próprio Código Sanitário de 1978 e a Lei nº. 6.259, de 30 de dezembro de 1975 que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica no país.

O Boletim de Coleta de Dados Hospitalares foi informatizado.

Um emprego – pouco abordado, mas visceralmente prático – da análise sistemática de um boletim dessa natureza reside justamente na possibilidade de proporcionar o monitoramento de cada hospital mês a mês, ano a ano, década a década. Isso porque, em havendo órgãos do poder público que efetivamente cobrem o envio do boletim com os dados hospitalares padronizados, procedam à regular análise desses e periodicamente a divulguem, dificilmente eventos graves ou inusitados envolvendo pacientes deixariam de ser, direta ou indiretamente, detectados ao seu tempo. Em outras palavras: trata-se de uma ferramenta crucial também para a atuação ágil dos órgãos de vigilância sanitária que, entre as suas prioridades, incluem os estabelecimentos de assistência à saúde e, no interior dessa categoria, hospitais.

No caso da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, os dados do Movimento de Saídas Mensais (Boletim CAH-101) e do Mapa do Movimento Hospitalar Mensal (Boletim CAH-102), depois unificados no Boletim de Coleta de Dados Hospitalares (Boletim CAH-106), não raramente eram utilizados em inspeções de rotina. Caso a equipe de estatística encontrasse inconsistências nos indicadores – por exemplo: taxa de ocupação incompatível com a capacidade do hospital ou média de permanência muito diferente daquelas registradas em hospitais da mesma categoria – os dirigentes das Divisões de Estudos e Orientação Técnica e de Fiscalização eram alertados e, geralmente, era desencadeada inspeção conjunta.*

Naturalmente, uma ferramenta deste tipo, permanentemente a cargo de equipe técnica multiprofissional e multidisciplinar, é imprescindível para o Sistema de Saúde nacional.

* Comunicação pessoal de Elizabeth de Oliveira Palmieri, arquiteta, em 18 de novembro de 2008, recebida por correio eletrônico.

Figura 19 – Ameaça à Saúde.

FOLHA DE S. PAULO

Ameaça à saúde

Noventa por cento dos bares e restaurantes de São Paulo infringem o Código de Saúde, ou seja, não atendem a condições mínimas de higiene. A informação é do próprio secretário da Saúde, cuja pasta está atualmente empenhada numa campanha de higienização daquelas casas. Acrescenta-se que muitas destas só não foram fechadas por causa dos problemas de ordem social e econômica que a medida acarretaria para milhares de empregados e seus dependentes.

Os paulistanos devem recordar-se dos espalhafatosos "comandos sanitários" que, em épocas passadas, periodicamente se faziam na Capital e arredores. Muitos deles davam a impressão de que realmente pretendiam resolver o problema da sujeira e da ausência de um mínimo de higiene em bares e estabelecimentos congêneres: houve ocasiões em que se quebravam ou inutilizavam publicamente xícaras, pratos e outros utensílios, por não estarem de acordo com normas higienicas; grandes partidas de alimentos em mau estado foram de mesma forma inutilizadas, vultosas multas eram aplicadas, algumas casas do gênero chegaram a ser fechadas.

Qual o resultado prático de tais esporádicos e barulhentos comandos? A resposta está nos dados agora divulgados: noventa por cento dos bares e restaurantes continuam como eram, ou seja, em desacordo com o Código de Saúde. Em outras palavras, como uma ameaça em potencial contra a saúde do paulistano. O que acontece na Capital e na Grande São Paulo, como todos não concordam, não constitui exceção: pelo contrário, no interior a situação deve ser ainda pior.

Se recordamos os comandos sanitários dos velhos tempos, com seus inúteis frutos, não é para compará-los com a atual campanha da Secretaria da Saúde, que tudo indica ser bem planejada e bem orientada. O nosso objetivo é apenas salientar que um problema desse tipo deve ser preocupação permanente das autoridades, não podendo reduzir-se a ocasionais sortidas de fiscais, quando a situação aparenta agravar-se. A experiência mostra, sem nenhuma possibilidade de contestação, que basta atenuar-se a vigilância para que as condições de limpeza e higiene das casas de alimentação voltem a ser precárias. O remédio é não afrouxar a vigilância.

De várias maneiras pode ser enfrentado com eficácia o problema, sempre com aquela condição básica acima mencionada, de revestir-se a fiscalização de um caráter permanente e não episódico. Uma delas é a entrosagem da Secretaria da Saúde com outras secretarias (como aliás agora se está fazendo, pois estuda-se a possibilidade de obter a colaboração de mais de uma centena de fiscais das Secretarias do Trabalho e da Fazenda nos comandos sanitários). Outra, o desenvolvimento, paralelamente, de uma campanha educativa e esclarecedora, que poderia ser também de extrema utilidade. Deve-se reconhecer que, muitas vezes, é por simples ignorância do Código de Saúde, que este é desrespeitado; outras vezes, proprietários e empregados de bares e restaurantes ressentem-se apenas da falta de uma boa orientação para não atentar contra normas mínimas de higiene.

A seriedade do problema não pode ser subestimada. Como as soluções anteriores falharam, é preciso partir para outras, mais objetivas e corajosas.

Cartas à Redação

Mal cronico, em troca de um aumento

Um
H
umj
te
hoj
Lot
ren
tar
35
gra

Fonte: Folha de São Paulo, 11 jun. 1971. Editorial, p. 1.6.

4.6. O PERÍODO DA DEMOCRATIZAÇÃO DO PAÍS (1985-2002)

Os quadros 17, 18 e 19 sistematizam, respectivamente, os documentos de domínio público – legislação, documento institucional produzido por agente público e noticiário – analisados que se relacionam à Democratização do país.

Quadro 17 – Documentos de domínio público – legislação – da Democratização do País (1985-2002).

Instrumento Legal e Regulamentar	Ementa / Objeto de Normatização	G	SG
Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde	Define as vigilâncias sanitária e epidemiológica, <i>esclarece a competência para a gestão da saúde das três esferas de governo.</i>	P	P-2
Lei Complementar nº. 791, de 09 de março de 1995 - Código de Saúde do Estado	Definiu com detalhamento a vigilância em saúde e estabeleceu os campos de atuação conjunta da vigilância sanitária e sistema de vigilância epidemiológica.	E P	E 3 P 1 P 2
Lei nº. 10.083, de 24-09-1998	Código Sanitário do Estado: consolidou o conceito de vigilância em saúde e estabeleceu que as ações de vigilância sanitária e epidemiológica viriam a ser desenvolvidas através de métodos científicos, mediante pesquisas, monitoramento através da análise de situação, mapeamento de pontos críticos e controle de riscos Estabeleceu que as informações referentes às ações de vigilância deveriam ser amplamente divulgadas à população, através de diferentes meios de comunicação..	E P R	E-1 E-2 E-3 P-1 P-2 P-3 R 1

Quadro 18 – Documentos de domínio público – institucional – da Democratização do país (1985-2002).

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1985	Plano Estadual governamental - Saúde.Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1985	Relatório Anual de 1985 [Sem VISA].Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde - Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH)	1986	Estudo de Distribuição dos Municípios sem Assistência Hospitalar Geral no Estado de São Paulo, segundo o Porte da População, em 31-12-1985. 1986.Caixa CAH.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1986	Relatório Anual de 1986.Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Poder Executivo. Estado de São Paulo.	1986	Projeto: Assessoria Técnica à Secretaria da Saúde. Algumas Questões sobre a Reestruturação da Secretaria. Janeiro de 1986.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1987	A Batalha da Saúde no Governo Montoro. Março de 1987.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Informações de Saúde (CIS)	1987	Balanço de Nove Meses de Governo: Saúde. Janeiro de 1988.Caixa SES- Relatórios.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1988	Uma Revolução na Área da Saúde. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1988	Relatório Anual de Atividades de 1988. Dezembro de 1988.Caixa SES- Relatórios.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1990	Avaliação da Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Estado de São Paulo. SUDS-SP- 1987/1988/1989.Março de 1990. Caixa SES- Relatórios.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP

Continua

Quadro 18 – Documentos de domínio público – institucional – da Democratização do país (1985-2002).

Continuação

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1990	Saúde: O Desafio do Processo de Mudança. Relatório de Gestão 1987-1990 [Documento Preliminar]. Dezembro de 1990. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1990	Saúde: O Desafio da Mudança. 1987-1990. Publicação. Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES) / CVS / CVE / CCMB / CADAIS	1990*	Programas e Diretrizes para o SUDS-R [Vigilância Sanitária: Histórico, Planejamento, Municipalização, Grau de Complexidade das Ações, Objetivos Geral e Específicos, Organização do Processo de Trabalho e Atividades]. Sem Data [*Provavelmente 1989 ou 1990]. Caixa SES – Relatórios	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1990	Plano Diretor – Vigilância Sanitária. CVS.1990	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1990	Municipalização das Ações de Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo - Um Modelo para Discussão.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1991	Ofício Circular CVS nº 113/91, de 10-12-1991. Assunto: Decreto nº 33.499, de 10-07-91. Fluxo de Aprovação de Projetos Habitacionais - GRAPROHAB. Caixa SES- Relatórios.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Ministério da Saúde (MS)/Assessoria de Comunicação Social	1991	Plano Quinquenal de Saúde 1990/1995 - A Saúde do Brasil Novo. Caixa de Amostra 20. MS. [Vigilância Sanitária, Infecções Hospitalares e Doenças Iatrogênicas]	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1992	Relatório de 1992.Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1993	Ficha de Procedimento em Vigilância Sanitária- FPVS. Avaliação do Período Janeiro a Junho de 1993.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES) / CADAIS / GPOG / CVE / CVS / SUCEN / CRH / CRS-1 / CRS-2 / CRS-3 / CRS-4 / CRS-5 / CIS / CIP	1994	Relatório de 1994.Caixa SES.	Museu de Saúde Pública Emílio Ribas da SES

Continua

Quadro 18 – Documentos de domínio público – institucional – da Democratização do país (1985-2002).*Continuação*

Instituição	Ano	Nome do Livro, Caixa ou Documento	Acervo / Nota
Secretaria de Estado da Saúde (SES) / CADAIS / Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu Emilio Ribas	1994	O Serviço Sanitário do Estado: Primeiros Tempos, Primeiras Instituições.1994.	Centro de Documentação.Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde.Estado de São Paulo.
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1998	Plano de Ação CVS 1998. Março de 1998.	Centro de Documentação da SES-SP
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1998	Relatório de Gestão 1995 a 1998. A Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo. Dezembro de 1998.	Centro de Documentação da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1999	Relatório do I Encontro de VISA dos Municípios de São Paulo. Novembro de 1999.São Pedro São Paulo.	Centro de Documentação da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Centro de Vigilância Sanitária (CVS)	1999	Diagnóstico de Municipalização das Ações de Vigilância Sanitária. Novembro de 1999.	Centro de Documentação da SES
Secretaria de Estado da Saúde (SES)	2002	Relatório de Gestão. Saúde no Estado de São Paulo: Compromisso com o Cidadão.1995 a 2002.	Centro de Documentação da SES

Quadro 19 – Documentos de domínio público – noticiário – da Democratização do País (1985-2002)

Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
F.S.P.	29/1/1987	A, 17	Secretaria da Saúde interdita novos tipos de sucos concentrados de frutas
F.S.P.	10/3/1987	A, 12	DINAL quer explicar dúvidas sobre índice de impurezas
F.S.P.	01/4/1987	A, 13	Comissão quer Saúde vinculada ao setor público
F.S.P.	03/4/1987	A, 16	Interditada venda da água Lindoya no Estado de SP
F.S.P.	03/4/1987	A, 16	Santos apoia sugestão de ministério único para a saúde na Constituinte
F.S.P.	04/4/1987	A, 10	Contaminação da Lindoya restringe-se a duas fontes
F.S.P.	04/4/1987	A, 10	Padrão de corantes em cosméticos vai ser mudado
F.S.P.	04/4/1987	A, 10	Roberto Santos demite diretora da DIMED e muda órgão para Brasília
F.S.P.	07/4/1987	A, 15	ABIFARMA nega ter pressionado para o afastamento da diretora da DIMED
F.S.P.	11/4/1987	A, 9	Apreendidas gelatinas contaminadas no RS - SP pode interditar na 2ª feira
F.S.P.	05/4/1987	A, 22	Erro em exame laboratorial leva professor da USP a fazer denúncia
F.S.P.	05/4/1987	A, 22	Saiba quais as marcas e sucos de frutas impróprios ao consumo
F.S.P.	07/4/1987	A, 15	Previdência reajusta em 60% as diárias dos hospitais conveniados
	07/4/1987	A, 15	Secretaria da Saúde libera fontes de água mineral interdidadas em Lindóia
F.S.P.	09/4/1987	A, 16	Ministério da Saúde deve fazer novas demissões
F.S.P.	14/4/1987	A, 13	DINAL determina exame em todas as marcas de gelatina
F.S.P.	14/4/1987	A, 15	Ministro empossa amanhã novo secretário da Vigilância Sanitária
F.S.P.	11/4/1987	A, 9	Diretores de divisões da Saúde entregam seus cargos
F.S.P.	10/4/1987	A, 10	Confirmada demissão na Vigilância Sanitária
F.S.P.	15/4/1987	A, 19	Para ministro crise "é menor do que parece"
F.S.P.	15/4/1987	A, 19	Para ex-secretário ministro perdeu apoio
F.S.P.	15/4/1987	A, 19	Entidades protestam contra demissões
F.S.P.	01/5/1987	A, 14	Secretaria não consegue fiscalizar sangue no RJ
F.S.P.	02/5/1987	A, 19	Arouca ameaça estatizar os bancos de sangue cariocas
F.S.P.	05/5/1987	A, 13	Saúde impede a comercialização de gelatinas
F.S.P.	05/5/1987	A, 13	Área de Saúde lança proposta à Constituinte
F.S.P.	07/5/1987	A, 15	GAPA quer teste anti-AIDS obrigatório nos bancos de sangue
F.S.P.	08/5/1987	A, 15	Teste anti-AIDS vai ser obrigatório em bancos de sangue
F.S.P.	08/5/1987	A, 15	Rio já tem pronta uma resolução
F.S.P.	17/1/1990	..	Santos entra em calamidade pública po falta de vagas em seus hospitais
F.S.P.	21/1/1990	C, 4	Vítimas do césio sem acompanhamento
F.S.P.	27/1/1990	C, 5	Mulher acusa médico pela morte do marido em tratamento para emagrecer
F.S.P.	08/2/1990	C, 6	Hospitais param de atender o INAMPS dia 14
F.S.P.	14/2/1990	C, 11	O doente chamado saúde [Artigo] - Autor: Rosa Maria Marquês
F.S.P.	06/3/1990	C, 1	Hospitais param o atendimento pelo INAMPS
F.S.P.	23/3/1990	C, 1	Ministério falha na fiscalização de remédios
F.S.P.	30/3/1990	C, 3	Hospital para por falta de medicamento
F.S.P.	04/5/1990	C, 4	Lixo hospitalar leva Porto Alegre à Calamidade
F.S.P.	15/5/1990	C, 3	Hospital põe juntos lixo, mortos e pacientes
F.S.P.	17/5/1990	C, 3	Hospitais de SP abandonam o INAMPS
F.S.P.	23/5/1990	C, 3	INAMPS registra 33ª morte em posto de BH
F.S.P.	20/7/1990	C, 3	Incêndio em aquecedor de hospital mata paciente
F.S.P.	11/8/1990	C, 3	Vírus da AIDS contamina 9 % dos que sofrem transfusão de sangue
F.S.P.	12/8/1990	C, 3	Crise de convênios deixa usuários sem opção ("INAMPS da classe média")
F.S.P.	23/8/1990	C, 3	Encontro de defesa do consumidor quer ampliar vigilância sanitária
F.S.P.	26/8/1990	C, 1	A classe média alcança o "bisturi estético"
F.S.P.	10/9/1990	C, 8	Médico alerta para o perigo dos cosméticos

Continua

Quadro 19 – Documentos de domínio público – noticiário – da Democratização do País (1985-2002).

Continuação

Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
F.S.P.	10/11/1990	C, 4	Maior hospital público de Roraima fecha por falta de medicamento
F.S.P.	10/11/1990	C, 4	Denúncias contra hospitais aumentam em São Paulo
F.S.P.	18/11/1990	C, 1	SP deixa 20% dos leitos de hospital sem uso
F.S.P.	30/11/1990	C, 4	Falso médico é preso após dar dois plantões
F.S.P.	01/4/1991	4, 3	Falso dentista atende no interior da Bahia
F.S.P.	24/5/1991	4, 3	Coreano é preso por prática ilegal de medicina
F.S.P.	08/11/1991	4, 4	Médicos denunciam novas vítimas do Césio
F.S.P.	02/12/1991	4, 2	Aparelho para eliminar celulite sem dor chega às clínicas do país
F.S.P.	29/12/1991	1-2, 3	Superpopulação de incubadoras condena bebês prematuros à morte em São Paulo
F.S.P.	../12/1991	..	Grupo quer investigação sobre medicamento
F.S.P.	31/5/1992	4, 5	Paulistas apelam ao bronzeamento clandestino
F.S.P.	17/7/1992	1, 3	Menino faz inalação e morre. Pais dizem que foi erro médico
F.S.P.	06/8/1992	3, 3	Médicos são condenados no caso do acidente radioativo com Césio - Goiânia GO
F.S.P.	03/12/1992	3, 3	Hospital acusado de passar AIDS é julgado
F.S.P.	03/12/1992	3, 3	Hemofílicos são indenizados [AIDS]
F.S.P.	21/4/1993	1, 2	Extinção INAMPS
F.S.P.	23/7/1993	3, 7	Maternidade queima bebê durante terapia
F.S.P.	02/8/1993	3, 5	Infecção em hospital causa mortes de 4 bebês
F.S.P.	03/8/1993	3, 3	Morre 5º bebê em hospital de Brasília
F.S.P.	06/8/1993	3, 3	Ervas diet ... método para emagrecer
F.S.P.	13/8/1993	3, 5	Polícia prende casal de falsos oftalmologistas
F.S.P.	21/8/1993	3, 3	Vigilância sanitária lacra estoque de loja
F.S.P.	19/10/1993	3, 5	Médicos recolhem lixo para manter o hospital
F.S.P.	31/10/1993	..	Não existe cotidiano
F.S.P.	21/11/1993	1, 4	Portaria exige novo teste em sangue doado

Continua

Quadro 19 – Documentos de domínio público – noticiário – da Democratização do País (1985-2002).

Continuação

Nome Jornal	Data Edição	Nº Página	Título da Notícia
F.S.P.	03/11/1995	3,4	Ministério Público apura denúncia de irregularidades em hospital de SP - Ministério Público abriu inquérito civil para investigar supostas irregularidades no setor de radiologia do Hospital Estadual de São Mateus (zona leste de SP)
F.S.P.	11/4/1996	3,8	Laboratórios terão de mostrar 2º teste - Instituições que não provarem ter feito dois exames para diagnosticar a Aids terão de convocar paciente
F.S.P.	09/6/1996	3,3	Cuidado ao internar pode evitar problema – clínica de idosos
F.S.P.	13/8/1996	3,2	Acupuntura e saúde pública
F.S.P.	29/3/1997	3,1	Mais quatro bebês morrem após tomar soro
F.S.P.	02/4/1997	3,1	Três morrem durante hemodiálise - Santa Casa de Santos
F.S.P.	16/6/1999	3,1	Hemodiálise em Franca é interditada
F.S.P.	27/7/2000	3,4	Fechada clínica que atua em Heliópolis
F.S.P.	16/12/2000	3,1	Associação apresentou denúncia contra o hospital de Piracicaba; promotor começa a trabalhar no caso na segunda - Promotoria vai apurar falhas na Santa Casa
F.S.P.	16/12/2000	3,1	Suspeitas de irregularidades começaram a aparecer em 98
F.S.P.	16/12/2000	3,1	Contaminação por hepatite C não é normal
F.S.P.	24/2/2001	3,1	6 morrem após aplicação de soro glicosado
F.S.P.	01/3/2001	3,1	Laudo de soro suspeito atrasa e sai em 15 dias
F.S.P.	11/5/2001	3,12	A vigilância sanitária estadual interditou parcialmente ontem a clínica de hemodiálise do hospital particular Panamericano, no Alto de Pinheiros (zona oeste) devido à falta de ventilação.
F.S.P.	19/11/2001	3,1	Cuidados na hora de escolher uma clínica médica – cirurgia ambulatorial
F.S.P.	19/11/2001	3,3	Centros de estética lideram reclamação
F.S.P.	02/3/2002	3,1	Bebês morreram por infecção hospitalar - Essa foi a causa da morte de pelo menos 6 dos 10 recém-nascidos no UTI neonatal da Santa Casa de Mogi das Cruzes
F.S.P.	15/3/2001	3,1	Blitz em hospital aponta problemas – Hospital do Servidor Público Municipal
F.S.P.	25/08/2001	3,3	Apreendido material hospitalar reciclado
F.S.P.	26/3/2002	3,1	Mortes em UTI neonatal chegam a 13 – Santa Casa de Mogi das Cruzes

O Sistema Único de Saúde e a Defesa da Vida

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(Art. 196. Constituição Federal de 1988)

Há dois séculos homens e mulheres que lutavam por um mundo que se estruturasse tendo como pilar da organização em sociedade a radical defesa da vida de todas as pessoas, atinaram para a determinação social e econômica que ensejava a exposição da esmagadora maioria da população a toda sorte de riscos à sua saúde e à sua vida. Mas não só: perceberam que a luta pela superação das desigualdades socioeconômicas era insuficiente para preservar a saúde, manter a vida e propiciar o bem-estar coletivo sem que, paralelamente, se instituisse uma rede de prestação de serviços, distribuída pelo território do Estado nacional, que propiciasse às pessoas o acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Os Sistemas de Saúde socializados, portanto, universais, implantados particularmente em países europeus do início do século passado até a década de 1970, constituíram-se na materialização da solução para essa percepção – a necessidade de instituir-se uma rede de prestação de serviços de saúde nacional e de acesso igualitário –, cujos defensores foram os partidos políticos que buscavam a transformação social, o movimento sindical e a intelectualidade progressista.

No Brasil, os constituintes eleitos em 1986, em meio ao complexo processo de luta política que havia levado à derrocada o regime militar, à participação e pressão popular visando à democratização do país em todas as suas dimensões e à falência da política de saúde excludente implementada no período (1964-1984), inscreveram na Constituição Federal de 1988 (CF de 1988), pela primeira vez na história do país, o

reconhecimento da saúde como direito social, conforme evidenciamos em epígrafe. E mais: dispuseram sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) nos seguintes termos: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (Art. 198 da CF de 1988).

A moldura na qual se inseriram o reconhecimento da saúde como direito social e a criação do SUS, de um lado, era assim enfatizada: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros [...]” (Art. 197 da CF de 1988). De outro lado, inseria-se a saúde no texto constitucional no conjunto integrado de ações denominado Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social – (Art. 194 da CF de 1988), a qual deveria ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I) do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II) do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos;

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (Art. 195 da CF de 1988). (MENEZES e ZIONI,¹⁶³ 2009)

Antes da instituição do SUS, na Reforma Administrativa de 1986, quando da criação do Centro de Vigilância Sanitária (CVS), integrou-se em um órgão posicionado no nível central da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, parte das competências legais da Divisão de Fiscalização, do Departamento de Técnica Hospitalar da Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH), e parcela das competências legais da Divisão de Exercício Profissional, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, gerando a *Divisão de Serviços de Saúde*; outra parcela das competências legais da Divisão de Exercício Profissional e uma do Departamento de Saneamento, a Divisão de Alimentação Pública, gerando a *Divisão de Produtos Relacionados à Saúde*; e, os demais componentes da estrutura do Departamento de Saneamento gerando a *Divisão de Ações sobre o Meio Ambiente*. Poucos anos depois, em 1991, conformou-se no órgão a *Divisão de Saúde do Trabalhador*.

De se ressaltar, em relação à Reforma Administrativa de 1986, globalmente, o fato de que o método epidemiológico impregnava todos os órgãos da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, de cima abaixo, constituindo-se numa espécie de *fio condutor das ações e serviços planejados e desenvolvidos*.

De se ressaltar, ainda, em relação à Reforma Administrativa de 1986, o fato de que na criação do Centro de Vigilância Sanitária, o que, denotava originalidade na estrutura da Coordenadoria de Assistência Hospitalar deixou de ser incorporado à estrutura organizacional do CVS e ou constituir-se atribuição do novo órgão, a saber:

a) a *Seção de Epidemiologia*, da Divisão de Estudos e Orientação Técnica da CAH, e o *Serviço de Registro e Cadastro*, da Divisão de Fiscalização da CAH, que concentrava o registro das entidades médico-hospitalares de todo o Estado, não vieram a compor a estrutura da Divisão de Serviços de Saúde da CVS e nem, tampouco, deram origem a instância técnico-administrativa,

nesta Divisão, que trabalhasse estes dois objetos tendo como foco todos os estabelecimentos de saúde;

b) ao CVS, bem como aos Grupos de Vigilância Sanitária das Regiões de Saúde, não foram repassadas as atribuições da CAH de trabalhar o Boletim de Coleta de Dados Hospitalares, analisar seus dados e disseminar informações para o conjunto da instituição, além de gerir o seu Banco de Dados.

De qualquer forma, a criação da Divisão de Serviços de Saúde do CVS constituiu-se em um avanço no campo de atuação em vigilância sanitária de estabelecimentos de saúde, pois possibilitou integrar e unificar, *em um único locus institucional*, o planejamento, a reflexão sobre processos tecnológicos, a proposição normativa, os procedimentos de avaliação das ações desenvolvidas localmente no âmbito do Estado e a discussão de estratégias de intervenção nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços de saúde. A estrutura organizacional desta Divisão, bem como suas atribuições, inscritas no Decreto nº 26.048, de 15-10-86, refletiam - e até hoje refletem - os grupos de estabelecimentos de saúde que devem ser objeto de sistemático, contínuo e firme monitoramento por parte das autoridades sanitárias, a saber:

- a) estabelecimentos de saúde hospitalares;
- b) estabelecimentos de saúde hemoterápicos;
- c) estabelecimentos de saúde que realizam diálise, em qualquer modalidade;
- d) estabelecimentos de saúde odontológicos;
- e) estabelecimentos de saúde que empregam radiações ionizantes, e
- f) estabelecimentos de saúde de diagnose e terapia.

O CVS, desde sua criação desempenhou a função de órgão de coordenação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, o que veio a ser formalizado através da publicação do Decreto nº 44.954, de 06 de junho de 2000.

O período, marcado pela epidemia mundial da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), trouxe ao CVS responsabilidades e obrigações no sentido de desenvolver estratégias para evitar sua propagação por meio dos procedimentos executados nos serviços de saúde.

A legislação existente foi aprimorada mediante a elaboração e publicação de Portarias do CVS, roteiros de inspeção completos e detalhados foram elaborados e profissionais de saúde das três esferas de governo (os serviços de saúde federais haviam sido estadualizados) foram capacitados para inspecionar os serviços de hemoterapia de todo o estado de São Paulo.

Marcante no período foi a participação da população nas discussões e mesmo em inspeções, representada principalmente por grupos de pacientes portadores de patologias crônicas – renais crônicos, hemofílicos e talassêmicos, dentre outros.

O texto abaixo, extraído da revista *Divulgação em Saúde para Debate*,¹⁶⁴ edição especial que trata da Vigilância Sanitária, mostra o impacto das atividades desenvolvidas em dois importantes grupos de estabelecimentos de saúde – os de diálise e os de hemoterapia.

UNIDADES DE DIÁLISE

Com a crescente tendência da Vigilância Sanitária de se adequar às novas práticas e ao advento de outras tecnologias, tem-se empregado o conhecimento epidemiológico nos processos de avaliação dos serviços de saúde, realizando-se verdadeiras investigações, identificando-se os problemas nos momentos precisos e atuando para reduzi-los.

Em 1999 fez-se um extenso trabalho, "Avaliação das Unidades de Diálise do Estado de São Paulo", mediante a compilação dos itens pontuados do roteiro de inspeção elaborado pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde que, no Relatório Preliminar apresentado no VI Congresso Paulista de Saúde Pública, no caso das unidades de diálise localizadas nas Regiões de Saúde da Coordenadoria de Saúde do Interior, foi possível correlacionar o declínio das taxas de mortalidade anuais e das taxas de prevalência para os vírus das hepatites C e B.

HEMOTERAPIA

A literatura internacional aponta o aumento da incidência de doenças transmitidas pelo sangue e demais fluídos corpóreos, sendo elas, em conjunto com os agravos decorrentes da ação de vários outros agentes etiológicos, motivo de preocupação de todos os que estudam a prevenção e o controle das infecções transmitidas nos ambientes de trabalho das instituições de saúde. Essa realidade impõe rigoroso controle do sangue coletado, exigindo o emprego de técnicas extremamente seguras de triagem clínica e sorológica de doadores.

Nos limites da competência legal dos órgãos de vigilância sanitária, pode-se mitigar este quadro mediante a preparação dos profissionais para a realização de inspeções, a adequada dotação de recursos materiais e para transporte, ou seja, por meio da execução de ações programáticas de vigilância sanitária em unidades hemoterápicas, com relevância para aquelas consideradas de alta complexidade: as que coletam e processam o sangue, incluindo a realização dos exames sorológicos e imuno-hematológicos.

A atividade fundamental da Vigilância Sanitária para o conhecimento das condições de risco dos procedimentos hemoterápicos é a *inspeção*.

* CAMARGO I.A.; MENEZES R.F.; MAGLIARI M.A. & FERNANDES D.A., 2000. Avaliação das unidades de diálise do Estado de São Paulo. In: IANNI A.M.Z. & Bógus C.M. saúde na Cidade: Como garantir a qualidade de vida na cidade? Anais do VI Congresso de Saúde Pública, Congresso Paulista de Saúde Pública. 17-20 out.; vol.2. 1999. Águas de Lindóia: Associação Paulista de Saúde Pública p. 49-67

O atual Programa de Vigilância Sanitária de Unidades Hemoterápicas de alta complexidade recomenda o estabelecimento de cronograma de inspeções com base em dados obtidos pela análise de Boletins de Produção, com adoção de ações educativas e administrativas a depender do tipo de atividade desenvolvida, da quantidade de serviços produzidos e das diversas relações existentes entre as ações.

Importante ainda destacar o enorme esforço para descentralizar as ações de saúde, dando cumprimento ao estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (1990), realizado pelo estado de São Paulo. Com esse foco o CVS, após elaborar roteiros de inspeção para todos os grupamentos de serviços de saúde, capacitou profissionais da maioria dos municípios paulistas.

O foco da capacitação foi centrado em:

1. instrumentais de planejamento e de trabalho: cadastros de estabelecimentos – que podem ser acessados no portal na Internet do DATASUS, órgão do Ministério da Saúde – instalados nos territórios dos estados; legislação e aplicação da legislação;

2. riscos envolvendo aspectos estruturais (edificações, recursos humanos, equipamentos e outros); riscos envolvendo processo de trabalho ou a execução de procedimentos; análise de resultados mais comuns dos estabelecimentos de saúde, que podem ser acessados e averiguados *in loco*, durante a inspeção;

3. cronogramas de inspeções dos hospitais, serviços hemoterápicos e de diálise.

Merece ser destacado a atuação de sociedades de especialistas na discussão do controle de infecções hospitalares e a imensa contribuição de grandes instituições de ensino do setor saúde, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), no sentido de transmitir conhecimentos sobre as tecnologias de saúde aos funcionários da vigilância sanitária.

Figura 20 – ‘Água, sabão e vergonha’ evitam infecções



Fonte: **Folha de São Paulo**, maio 1997. p. 3,5.

No período foram descobertos e denunciados à sociedade, principalmente a partir da mídia, vários surtos de infecção hospitalar em berçários. O CVS destacou equipes de profissionais para investigar a maioria dos surtos, o que ocorreu de forma coordenada junto à vigilância epidemiológica e outros órgãos, produzindo-se relatórios que ficaram à disposição das autoridades sanitárias e do Ministério Público estadual.

Figura 21 – PAS Pode Ter mais 10 Bebês Contaminados

SAÚDE EM CRÍSE Hospitais municipais têm problemas

PAS pode ter mais 10 bebês contaminados

FABIO SCHIVARTCHE
da Reportagem Local

Mais dez bebês internados no berçário do Hospital Municipal Tide Setúbal, em São Miguel Paulista (zona leste de São Paulo), podem estar contaminados pela bactéria enterobacter, que já infectou dez recém-nascidos no mesmo local nas últimas semanas.

Apesar de ser apenas suspeitas —os exames só ficam prontos em cinco dias—, a direção do hospital, conveniado ao PAS (Plano de Atendimento à Saúde), ainda mantém esses bebês no mesmo berçário onde estão os pacientes comprovadamente infectados.

Desde setembro, infecções hospitalares na rede municipal já causaram 12 mortes —todas na maternidade de Vila Nova Cachoeirinha. Há também outros 12 recém-nascidos em observação no mesmo local.

O procedimento adotado no

hospital Tide Setúbal é considerado inadequado por especialistas consultados pela Folha, que avaliam que o risco de contaminação dos pacientes sob suspeita aumenta nas atuais condições. Para o médico infectologista Vicente Amato Neto, o foco da infecção (o berçário) deveria ter sido isolado.

Ele diz que o argumento utilizado pela prefeitura para não ter feito a transferência dos bebês com suspeita de contaminação para outro hospital —risco de disseminação da bactéria (leia texto nesta página)— não justifica a manutenção dos bebês suspeitos junto aos já contaminados. "Com um bom isolamento, é possível fazer a transferência sem riscos."

O médico Fernando Carneiro, conselheiro do Conselho Regional de Medicina (CRM) que vistoriou o hospital anteriormente, diz que a melhor solução é transferir os bebês com suspeita de contaminação para outro setor da maternidade.

"Infelizmente, o Tide Setúbal não dispõe de espaço físico, nem de funcionários suficientes ou equipamentos para deslocar esses dez recém-nascidos. Apesar de eles estarem tomando antibióticos como método de prevenção, na situação atual há risco", diz.

Irregularidades

O Conselho Municipal de Medicina (CMM) concluiu esta semana um relatório apontando irregularidades no Tide Setúbal, baseado em uma vistoria realizada em agosto deste ano.

Mas nada foi feito para sanar os problemas. A maior parte dos procedimentos irregulares foi constatada novamente anteriormente, desta vez em vistoria do CRM. No lactário, por exemplo, as mamadeiras não são esterilizadas adequadamente e havia bolor nas paredes.

O hospital diz que ainda não recebeu documento do CRM comunicando sobre as irregularidades.

Secretaria não quer mudança

da Reportagem Local

O coordenador de comunicação social da Secretaria Municipal da Saúde, Orlando Magnoli, afirmou ontem que a transferência dos pacientes em observação para outros hospitais é inviável, pois corre-se o risco de disseminar a bactéria.

"Se tirarmos alguém do berçário do Tide Setúbal, estaremos possivelmente espalhando a bactéria que, hoje, está restrita a esse hospital, dentro desse espaço físico específico." O resultado dos exames dos pacientes com suspeita de infecção fica pronto em cinco dias.

FOLHA DE S. PAULO
2 / 11 / 97 PÁG.

Fonte: Folha de São Paulo, dez. 1997.

Nota: PAS – Plano de Assistência à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento histórico no qual vieram a se integrar organizacionalmente os campos clássicos de atuação em vigilância sanitária, no estado de São Paulo, teve como pano de fundo o início do fim do *interdito político das atividades de vigilância sanitária de serviços de saúde*, no plano nacional, em face da confluência das tragédias sanitárias dos anos oitenta. Antes de se apontar os marcos nacionais que sinalizavam recuo político em relação a essa questão, é preciso que se frise: *o formato de organização da vigilância sanitária predominante no país, resultante das conquistas democráticas da população brasileira e do Movimento Sanitário, é uma opção do Brasil, sem correspondência no mundo.*

Os marcos nacionais aos quais nos referimos são os seguintes:

a) permeado pela lógica do credenciamento de estabelecimentos de saúde privados, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, e - antes disto - pelo fato de que a União estava autorizando a concessão de financiamentos médicos a particulares, por meio do Fundo de Desenvolvimento Social - FAS, para a construção de tais estabelecimentos, em especial hospitais, o Decreto Federal nº 76.973, de 31-12-75, que *Dispõe sobre Normas e Padrões para Prédios destinados a Serviços de Saúde, Credenciação e Contratos com os mesmos e dá outras providências*, tratou da necessidade do Ministério da Saúde elaborar normas e padrões que viessem a disciplinar tecnicamente as construções e instalações de serviços de saúde.

Publicou-se a Portaria n.º 400, de 06-12-77, do Ministério da Saúde, que veio a aprovar *Normas e Padrões sobre Construções e Instalações de Serviços de Saúde*, vigorou até final de 1994*.

Interessante observar que a *especificidade estrutural* dos estabelecimentos assistenciais de saúde e determinadas lógicas de organização dos espaços internos destes estabelecimentos – fixação de número de leitos por enfermarias, definição de metragem quadrada por leito em função da característica clínica do usuário/paciente, relação proporcional entre o número de certos ambientes de apoio e de enfermarias, dentre outros –, bem como uma série de ambientes de apoio (sala de utilidades, por exemplo), unidades de apoio logístico (lavanderia hospitalar, por exemplo), unidades de apoio técnico (lactário, por exemplo), instalações e estratégias de armazenamento e descarte de resíduos, previstos no Regulamento Sanitário Federal de 1923 (Decreto n.º 16.300, de 31-12-1923), foram incorporadas à arquitetura contemporânea de estabelecimentos assistenciais de saúde;

b) em 1976, foi publicado o Decreto n.º 77.052, de 19 de janeiro de 1976, que *Dispõe sobre a Fiscalização Sanitária das Condições de Exercício de Profissões e Ocupações Técnicas e Auxiliares, Relacionadas Diretamente com a Saúde*.

Este Decreto é instrumento jurídico-normativo importante, pois veio a resgatar a clareza e dadas categorias importantes que encontramos em instrumentos como o Decreto n.º 20.931, de 11-1-1932, e o Regulamento Sanitário Federal de 1923. Exemplificar-se-á:

* Revogada pela Portaria n.º 1.884, de 11-11-94, do Ministério da Saúde, sendo que esta, após sua revisão ter ficado cerca de 05 anos em Consulta Pública, foi revogada pela Portaria n.º 554, de 19-03-2002, do Ministério da Saúde. A revisão da Portaria n.º 1.884/94, foi publicada através da Resolução RDC n.º 50, de 21-02-2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que *Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*.

Art. 2º. Para cumprimento do disposto neste Decreto as autoridades sanitárias mencionadas no artigo anterior, no desempenho da ação fiscalizadora, observarão os seguintes requisitos e condições:

(...)

II - Adequação das condições do ambiente onde se processa a atividade profissional, para a prática das ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

III - Existência de instalações, equipamentos e aparelhagem indispensáveis e condizentes com as suas finalidades, e em perfeito estado de funcionamento.

IV - Meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes, e dos circunstantes.

V - *Métodos ou processos de tratamento dos pacientes, de acordo com critérios científicos e não vedados por lei, e técnicas de utilização dos equipamentos.*

Art. 3º. A fiscalização de que trata este Decreto abrangerá todos os locais em que sejam exercidas as profissões ou ocupações referidas no artigo 1º através *de visitas e inspeções sistemáticas e obrigatórias, das autoridades sanitárias devidamente credenciadas, abrangendo especialmente(...);*

c) em 1978, a partir do Estado de São Paulo, uma tríade de Decretos Estaduais veio a influenciar positivamente no movimento que começava a ser desenhado no país, no que se refere à vigilância sanitária de serviços de saúde, sendo que os três ainda estão em vigor no que não foi objeto de disposições legais em contrário, a saber:

- Decreto nº 12.342, de 27-9-78, que *Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-lei nº 211, de 30 de março de 1970, que Dispõe sobre Normas de Promoção, Preservação e Recuperação da Saúde no Campo de Competência da Secretaria de Estado da Saúde.*

Este Decreto constituiu-se no Código Sanitário do Estado até 23 de setembro de 1978, quando foi publicada a Lei nº 10.083, de 23-9-1998, que **Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado;**

- Decreto nº 12.479, de 18-10-78, que *Aprova Norma Técnica Especial Relativa às Condições de Funcionamento dos Estabelecimentos sob Responsabilidade de Médicos, Dentistas, Farmacêuticos, Químicos e outros Titulares de Profissões afins.*

Este Decreto é instrumento jurídico-normativo importante – e histórico – pois regulamentou com detalhamento as condições de funcionamento e procedimentos de controle dos Serviços de Hemoterapia e dos Laboratórios Clínicos.

De se notar: no plano nacional, no caso dos estabelecimentos de saúde sob responsabilidade médica que contavam ou dedicavam-se exclusivamente aos Serviços de Hemoterapia, desde a publicação da Lei nº 4.701, de 28-6-65, que *Dispõe sobre o Exercício da Atividade Hemoterápica no Brasil e dá outras providências*, a “a ação fiscal sobre os órgãos executivos da atividade hemoterápica (...) eram “da responsabilidade da Comissão Nacional de Hemoterapia com a participação dos órgãos congêneres estaduais e territoriais do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia” (artigo 13), o que revelava uma equivocadíssima – e preocupante – usurpação de competências dos órgãos de vigilância sanitária;

- Decreto nº 12.660, de 10-11-78, que *Aprova Normas Técnicas Especiais Relativas às Normas Básicas de Proteção contra Radiação e Riscos Elétricos;*

c) em 1983, no momento histórico em que as infecções hospitalares configuraram-se enquanto grave problema para a Saúde Pública, publicou-se a Portaria nº. 196/83, do Ministério da Saúde, que, dentre outras exigências, instituiu a obrigatoriedade dos hospitais brasileiros instalarem suas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, portanto, passou-se a

se impor a necessidade de implementação de *Programas de Controle de Infecção Hospitalar* nos hospitais do país.

Enfatizamos que, por definição, infecção hospitalar não é evento que se “elimine ou se erradique”, pois se trata de um “*desequilíbrio ecológico entre a microbiota do paciente e a do meio ambiente*”*, determinando a ocorrência de infecção, contraída no ambiente hospitalar, nos pacientes. Ou seja, à luz dos atuais conhecimentos científicos, não existe hospital onde pacientes não sejam acometidos por este agravo, portanto, não existe hospital com taxa de infecção hospitalar zero, o que evidencia a peculiaridade dos serviços de saúde que assistem pacientes ou clientes.

Ora, nestes termos, a execução regular de ações de vigilância sanitária nos estabelecimentos de saúde de natureza hospitalar é fundamental, pois trata-se de averiguar se estes estabelecimentos estão garantindo a operacionalização das diversas rotinas e procedimentos que compõem as programações de controle de infecção hospitalar, sem os quais este sério agravo à saúde não estará sob controle;

d) em 1986, no momento histórico em que a *epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (SIDA/AIDS) veio a se configurar na trágica “novidade” clínico-epidemiológica do século XX, em São Paulo publicou-se a Lei nº. 5.190, de 20-6-1986, disciplinando o controle do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), no sangue de doadores, secundado pela União em 1988.

Nesta década, a conjugação da problemática da infecção hospitalar enquanto questão de Saúde Pública e o advento da AIDS, no limite, funcionaram como *fator impulsionador de avanços* nas práticas da vigilância sanitária de serviços da saúde dada à protocolização de procedimentos a serem adotados nos ambientes de trabalho que passou a ser elaborada rotineiramente enquanto norma sanitária, difundindo-se as precauções universais a serem adotadas pelos trabalhadores da saúde e os conhecimentos sobre biossegurança, por exemplo;

* FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N.. A Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000..

e) em 1987, ao momento histórico em que se deu a *Tragédia de Goiânia*, que envolveu exposição de pessoas aos efeitos da radiação ionizante, seguiu-se a revisão de Normas Técnicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), sendo que constatou-se de forma dramática o equívoco da não observância, ao seu tempo, do disposto no artigo 58, parágrafo único, do Código Nacional de Saúde de 1961 – Decreto nº 49.974-A, de 21-1-1961 –: “o Ministério da Saúde, disporá de órgão especializado para atender às questões relativas ao controle do uso de radiações ionizantes”. Desde então, os órgãos de vigilância sanitária federal e os estaduais que não se ocupavam da questão com zelo passaram a fazê-lo;

f) em 1989, publicou-se a Portaria nº. 721, de 9-8-89, que *Aprova Normas Técnicas para Coleta, Processamento e Transfusão de Sangue, Componentes e Derivados, e dá outras providências*, posteriormente alterada pela Portaria nº. 1.376, de 19-11-1993, que Aprova alterações na Portaria nº 721/GM, de 09/08/89, que aprova Normas Técnicas para Coleta, Processamento e Transfusão de Sangue, Componentes e Derivados, e dá outras providências, ambas do Ministério da Saúde.

Ressaltamos que aqueles pontos, que denominamos marcos nacionais, inseriram-se em um contexto maior de mudanças marcadas pelo processo de redemocratização do país e, com ela, mudanças na própria política de saúde, o que pode, simplificarmente, ser assim resumido:

- implementação das Ações Integradas de Saúde – AIS – (Convênio Ministério da Saúde-Ministério da Previdência e Assistência Social-Ministério da Educação e Cultura com estados e municipalidades contemplando o repasse de recursos para execução de assistência à saúde na Rede de Serviços Públicos, 1983;

- Reforma Administrativa de 1986: foram criados os Escritórios Regionais de Saúde – ERSAs – (os Grupos de Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica foram constituídos para executar, descentralizadamente e

separadamente, as ações e serviços respectivos), o Centro de Vigilância Sanitária (1986) e o Centro de Vigilância Epidemiológica (1985);

- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – (hospitais e ambulatórios do INAMPS passam a ser gerenciados pelos estados), 1987;

- Sistema Único de Saúde – SUS –, 1988-1989-1990: inscrito na Constituição Federal, nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas dos Municípios;

- Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080, de 19-9-90, 1990;

- Reforma Administrativa de 1995: foram criadas as Direções Regionais de Saúde – DIRs – e extintos os ERSAs, diminuindo-se o número de Regiões de Saúde do Estado;

- Código de Saúde do Estado – Lei Estadual Complementar nº. 721, de 09-03-95 –, 1995;

- Código de Sanitário do Estado – Lei nº 10.083, de 23-9-1998, que introduz o conceito de autoridade sanitária para o agente público dos órgãos de vigilância sanitária e epidemiológica, passando os órgãos de vigilância epidemiológica a serem, também, detentores de poder de polícia administrativa

Por fim, a triangulação neste trabalho – no qual se fez um longo recorte histórico, porém se lançou mão de várias fontes de dados coletados em cada período histórico abarcado pelo estudo –, revelou-se adequado porque o *painel de possibilidades interpretativas* que resultou do processo triangular, não caracterizado pelo anacronismo, acabou nos fornecendo, sem linearidade, uma tendência que aponta que a vigilância sanitária dos serviços de saúde se constitui em componente estratégico das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ROZENFELD, S.; PORTO, M.A.T. Vigilância Sanitária: Uma Abordagem Ecológica da Tecnologia em Saúde. In: LEAL, M.C.; SABROZA, P.C.; RODRIGUEZ, R.H.; BUSS, P.M. (Org). Saúde, Ambiente e Desenvolvimento – Processos e Conseqüências sobre as Condições de Vida, São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-ABRASCO, v. II, 1992. p.171-196,
 2. ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo, EDUSP, 2001, p.13-50.
 3. CAMPOS, G.W.S. Vigilância Sanitária: Responsabilidade Pública na Proteção e Promoção da Saúde. In: I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. p. 9-17.
 4. NARVAI, P.C.; PEDRO, P.F.S. Práticas de Saúde Pública. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. (Org.). Saúde Pública — Bases Conceituais. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009. p. 269-295.
 5. ZIONI, F.; ALMEIDA, E.S. Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: Reforma Sanitária e o SUS. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. (Org.). Saúde Pública — Bases Conceituais. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009. p. 103-118.
 6. SÃO PAULO (estado). Grupo Executivo da Reforma Administrativa (GERA). Reforma administrativa do Serviço Público Estadual, Coletânea N.º 11 (Secretaria da Saúde). Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1971.
 7. SÃO PAULO (estado). Decreto-Lei de 2 de outubro de 1969. Dispõe sobre a criação de cargos no Quadro da Secretaria da Saúde Pública e providências correlatas. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1969.
 8. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Relatório Anual. São Paulo, 1976. Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas. Coordenação de Controle de Doenças (CCD) da SES-SP.
 9. SÃO PAULO (estado). Decreto nº 52.182, de 16-07-1969. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1969.
 10. MENEZES, R.F.; SILVA, Z.M.; HORIE, M.H.Y.S. Avanços e Recuos: um caso de São Paulo. In: MARQUES, M.C.; DINIZ, E.; CARVALHO, M.L.; PEREIRA, S.D. Casos e fatos da Vigilância Sanitária sobre a Saúde da Sociedade. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 21-71.
 11. DUARTE, I.G. Do Serviço Sanitário ao Centro de Vigilância Sanitária. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 1990.
 - _____ Regulando a Vida das Pessoas: Contribuição para o Estudo dos Regulamentos Sanitários Paulistas. [Dissertação de Mestrado: Reapresentação] São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2005.
 12. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT ARCHIVES. Annual Report to the Congress by the Office of Technology Assessment: March 15, 1975. Washington, DC: Federation of American Scientists. Disponível em: <http://www.fas.org/ota/reports/7500.pdf>. Acesso em: 01 maio 2009.
- Development of
- Medical Technology: Opportunities for Assessment (August 1976). Washington, DC:

- Federation of American Scientists. Disponível em: <http://www.fas.org/ota/reports/7617.pdf>. Acesso em: 01 maio 2009.
13. SÃO PAULO (estado). Decreto nº 52.497, de 21-07-1970. Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-Lei 211, de 30 de março de 1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1970.
14. SÃO PAULO (estado). Decreto nº 26.048, de 15 outubro de 1986. Extingue unidades da Secretaria da Saúde, dispõe sobre o Centro de Vigilância Sanitária e dá providências correlatas. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1986.
15. FURTADO, C. Formação Econômica do Brasil. 34ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
16. RIBEIRO, M.A.R. História Sem Fim...Inventário da Saúde Pública. São Paulo: Editora UNESP, 1993.
17. IGLÉSIAS, F. et al. O Brasil Monárquico: Reações e Transações. In: HOLLANDA, S.B. (Org.). História Geral da Civilização Brasileira. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. t.2, v.3.
18. ZIONI, F. Mulheres e Crianças Primeiro ! O Caráter da Intervenção do Estado no Grupo Materno-Infantil da Colônia ao Milagre Brasileiro [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1988.
19. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo. Memorial do Imigrante. São Paulo, 2008.
Disponível em: <http://www.memorialdoimigrante.sp.gov.br/historico/e3.htm>. Acesso em: 25 jan. 2008.
20. SÃO PAULO (estado). Lei nº. 12, de 28-10-1891, Organiza o Serviço Sanitário do Estado. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
21. SÃO PAULO (estado). Lei nº. 13, de 7-11-1891, Torna Obrigatória a Vacinação e Revacinação em todo o Estado. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
22. SÃO PAULO (estado). Lei nº. 15, de 11-11-1891, Orça a Receita e Despesa do Estado para o Exercício de 1892. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
23. SÃO PAULO (estado). Regulamento da Farmácia do Estado de São Paulo, de 18-7-1890. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
24. COSTA, N.R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: As Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Ed. Vozes/ABRASCO, 1985.
25. SÃO PAULO (estado). Lei nº. 43, de 18-7-1892, Organiza o Serviço Sanitário do Estado. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
26. SÃO PAULO (estado). Decreto nº. 87, de 29-7-1892. Regulamenta a Lei nº. 43 de 18 de Julho do corrente ano, que Organiza o Serviço Sanitário do Estado. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
27. SÃO PAULO (estado). Decreto nº. 233, de 2-3-1894. Estabelece o Código Sanitário. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
28. SÃO PAULO (estado). Decreto nº. 4.917, de 3-3-31. Transforma a Secretaria de Estado dos Negócios do Interior em Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública e dá outras providências. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
29. SÃO PAULO (estado). Decreto nº. 9.247, de 17-6-38. Cria o Departamento de Saúde do Estado. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.

30. SÃO PAULO (estado). Decreto-Lei nº. 17.339, de 28-6-47. Dispõe sobre Criação da Secretaria dos Negócios da Saúde Pública e da Assistência Social e dá outras providências. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
31. SÃO PAULO (estado). Decreto nº 49.165 de 29 de dezembro de 1967 Dispõe sobre a reforma administrativa das atividades de promoção social, cultural, educação física, esportes e turismo e dá outras providências
32. SÃO PAULO (estado). Decreto nº. 52.182, de 16-7-69. Dispõe sobre a Organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; 2007.
33. BRASIL. Constituição Federal (CF) de 5 de outubro de 1988. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.
34. BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19-9-90, Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.
35. Lei nº 1.310, de 30 de dezembro de 1911. Approva o decreto nº. 2.141, de 14 de novembro de 1911, expedido pelo Poder executivo do Estado, reorganizando o Serviço Sanitário e o Regulamento que acompanha, com modificações. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1911.
36. SÃO PAULO (estado). Decreto nº. 3.876, de 11-7-25. Reorganiza o Serviço Sanitário e Repartições Dependentes. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, 2007.
37. SÃO PAULO (estado). Decreto nº 7.077, de 06-04-1935. Cria a Comissão de Assistência Hospitalar. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1935.
38. PRADO JÚNIOR, C. Formação do Brasil Contemporâneo: Colônia. 23ª. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2006.
39. ANTUNES, JLF. Hospital – Instituição e História Social. São Paulo: Ed. Letras&Letras, 1991.
40. ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda, 1980.
41. FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda; 1979.
42. MACHADO, R, Loureiro, A, Luz, R, Muricy, K. Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda; 1978.
43. SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. Prevenir e Curar: O Controle Social através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1978.
44. MARTINS, RA. Contágio - História da Prevenção das Doenças Transmissíveis [acesso 5 fev 2008]. Disponível em: <http://www.ifi.unicamp.br/~ghtc/Contagio/intro.html>
45. ROSEN, G. Um História da Saúde Pública. São Paulo: Ed.Hucitec/ Ed.UNESP/ABRASCO, 1994
46. CAMPOS, G.W.S. Vigilância Sanitária: Responsabilidade Pública na Proteção e Promoção da Saúde. In: I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Caderno de Textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. p. 9-17.
47. SÃO PAULO (província). Relatório Antonio Pinheiro de Ulhoa Cintra, 52º Presidente (11-04-1889 a 10-06-1889). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.
48. BRASIL. Lei nº. 85, de 20 de setembro de 1892. Estabelece a Organização Municipal do Distrito Federal. BARBOSA, P.; RESENDE, C.B. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a

- 1907 (Esboço Histórico e Legislação). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.
49. SÃO PAULO (estado). Lei nº. 432, de 3 de agosto de 1896. Sobre o Serviço Sanitário do Estado. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1896.
50. SÃO PAULO (estado). Decreto nº. 394, de 7 de outubro de 1896. Aprova o Regulamento do Serviço Sanitário do Estado. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1896.
51. FRAGA, Clementino. Vida e obra de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: José Olympio, 1972. 208p. il.
52. BARROS, J.W. O Exercício do Poder de Polícia na Vigilância Sanitária do Distrito Federal. In: DELDUQUE, M.C. (Org.). Questões Atuais de Direito Sanitário. Brasília, DF: Ed. MS, 2006.
53. PILATI, J.I. O Processo Administrativo Sanitário na Federação Brasileira, 1989. 260 p. Dissertação (Mestrado em Ciências humanas) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
54. PILATI, J.I. Vigilância Sanitária: Contribuições ao Estudo Jurídico e Político. 1995. 264 p. Tese (Doutorado em Direito). Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis..
55. BRASIL. Ministério de Estado da Justiça e Negócios Interiores. Diretoria Geral de Saúde Pública. RELATORIO apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores pelo Diretor Geral de Saúde Pública - 1903. Rio de Janeiro: [s.n.], [1904]. 1 v.
56. BRASIL. Decreto nº. 1.151, de 5 de janeiro de 1904. Reorganiza os Serviços da Higiene Administrativa da União. Brasília – DF: Senado – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.
57. MERHY, E.E. A Saúde Pública como Política. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.
58. Nova incursão da "espanhola"? Combate aos diversos males. Os matadouros de gente e os envenenadores do povo. O novo diretor da Saúde Pública fala à A Noite. A Noite, Rio de Janeiro, 2 out. 1919. Disponível em: <<http://www4.prossiga.br/Chagas/sobrech/sec/mi-645.html>>. Acesso em: maio 2004.
59. BRASIL. Decreto nº. 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os Serviços da Saúde Pública. Brasília – DF: Senado – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.
60. BRASIL. Decreto nº. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o Decreto nº. 14.189, de 26 de maio de 1920. Brasília – DF: Senado – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.
61. Decreto nº. 15.003, de 15 de setembro de 1921. Faz Modificações no regulamento aprovado pelo Decreto nº 14.189, de 26-05-1920. Brasília – DF: Senado – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.

62. BRASIL. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Brasília – DF: Senado – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.
63. COSTA, E.A. Vigilância Sanitária no Brasil: Proteção e Defesa da Saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004.
64. SPINK, P. Análise Documentos de Domínio Público. In: SPINK, M.J. (Org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano - Aproximações Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.
65. FAUSTO, B. O Brasil Republicano: Estrutura de Poder e Economia (1889-1930). In: HOLLANDA, S.B. e FAUSTO, B. (Org.). História Geral da Civilização Brasileira. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. t.3, v.1.
66. FAUSTO, B. O Brasil Republicano: Economia e Cultura (1930-1964). In: HOLLANDA, S.B. e FAUSTO, B. (Org.). História Geral da Civilização Brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. t.3, v.4.
67. BORIS, F. História do Brasil. 12ª Ed. São Paulo: EDUSP, 2007.
68. DONABEDIAN, A. A Explorations in Quality Assessment and Monitoring vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, EUA: Health Administration Press, 1980
69. ZIONI, F.; Souza, D.V. Pesquisa Social: Métodos Aplicados ao Saneamento. In: 70. GONÇALVES, P.C.. Política de mão-de-obra na economia cafeeira paulista no final do século XIX. In: I Seminário de História do Café, 2006, Itu - SP. I Seminário de História do Café, 2006. Disponível em: <<http://www.mp.usp.br/cafe/textos/Paulo%20Cesar%20Gon%C3%A7alves.pdf?>> Acesso em: 18 maio 2009.
- 71.. IGLÉSIAS, F. et al. O Brasil Monárquico: Reações e Transações. In: HOLLANDA, S.B. (Org.). História Geral da Civilização Brasileira. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. t.2, v.3.
72. GUIMARÃES, M. R. C.: Chernoviz e os Manuais de Medicina Popular no Império. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 501-14, maio-ago, 2005.
73. BRASIL. Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871. Declara de condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data desta lei, libertos os escravos da Nação e outros, e providência sobre a criação e tratamento daqueles filhos menores e sobre a libertação anual de escravos. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 18 maio 2009.
74. SÃO PAULO (província). Lei nº 42, de 30 de março de 1871. Autoriza o governo a emitir a apólice até a quantia de 600:000\$000 ao juro de 6% e ao mínimo de 90 para auxiliar a colonização na província. In: BASSANEZI, M.S.C.B; SCOTT, A.S.V.; BACELLAR, C.A.P.; TRUZZI, O.M.S.; GOUVÊA, M. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.
75. SÃO PAULO (província). Lei nº 108, de 25 de abril de 1880. Autoriza o governo a comprar dois lotes de terras de quatrocentas mil braças quadradas, pelo menos cada um, situados um ao norte e outro ao sul, e a estabelecer nesses dois lotes de terras núcleos agrícolas compostos de meninos nacionais e estrangeiros maiores de 12 anos. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.
76. SÃO PAULO (província). Lei nº 36, de 21 de fevereiro de 1881. Autoriza o governo da província a despedir desde já a quantia de cento e cinquenta contos de réis para construção de casa, transporte e hospedagem de imigrantes. In:

BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

77. SÃO PAULO (província). Lei nº 123, de 16 de julho de 1881. Autoriza o governo da província a organizar o serviço criado pelas leis provinciais nº 108 de 25 de abril de 1880, e nº 36 de 21 de fevereiro do corrente ano, sobre a aquisição, hospedagem e colocação de imigrantes europeus que venham para a província. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

78. SÃO PAULO (província). Lei nº 26, de 28 de março de 1884. Manda cobrar de cada escravo de lavoura existente na província o imposto de 3\$000 por ano, que será aplicado às despesas com o serviço de imigração. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

79. SÃO PAULO (província). Lei nº 28, de 28 de março de 1884. Autoriza o governo a auxiliar os imigrantes da Europa e Ilhas de Açores e Canárias que se estabelecerem na província com as seguintes quantias: 70\$000 para maiores de 12 anos, 35\$000 para os de 7 a 12 anos, e 17\$500 para os de 3 a 7 anos de idade. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

80. SÃO PAULO (província). Lei nº 14, de 11 de fevereiro de 1885. fica revogada a segunda parte do artigo 1º da lei nº 26 de 28 de março de 1884 e substituída pela seguinte disposição: o auxílio será concedido somente a imigrantes casados ou com filhos, ou solteiros em campanha de irmãos, avós ou tios. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

81. SÃO PAULO (província). Lei nº 19, de 5 de março de 1885. Cobrar-se-á de cada escravo de cada escravo existente na província, empregado na lavoura, 1\$000 por ano, a ser aplicado no serviço de imigração. E de cada escravo existente na província, não empregado no serviço da lavoura, 2\$000 por ano, que reverterá para o fundo de emancipação distribuídos pelos municípios onde existirem os mesmos escravos. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

82. SÃO PAULO (província). Lei nº 92, de 6 de maio de 1886. Autoriza o presidente da província a despender a quantia de 6.000\$000 com a aquisição de um trabalho relativo à imigração. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

83. SÃO PAULO (província). Lei nº 83, de 6 de abril de 1887. Autoriza o governo a conceder aos que se estabelecerem na província os favores concedidos pela mesma, independentemente de entrarem para a hospedaria. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

84. SÃO PAULO (província). Lei nº 95, de 11 de abril de 1887. Autoriza o governo a vender a do Bom Retiro e terreno adjacente, logo que comece a funcionar a nova hospedaria que está construindo no Brás, aplicando o produto da venda às obras desta. In: BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

85. SÃO PAULO (província). Lei nº 1, de 3 de fevereiro de 1888. Autoriza o presidente da província a contratar, desde já, com a Sociedade Promotora de Imigração a introdução de cem mil imigrantes de procedência européia, açoriana e canarina, segundo as necessidades da lavoura e a boa localização dos imigrantes. BASSANEZI, M.S.C.B et al. Repertório de

Legislação Brasileira e Paulista Referente à Imigração. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

86. GAMBETA, W.R. Soldados da Saúde – A Formação dos Serviços de Saúde Pública em São Paulo (1889-1918). 1988. Dissertação [Mestrado em História] – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

87. BIANCO, M.E.B. A Sociedade Promotora de Imigração (1886-1895). 1982. Dissertação [Mestrado em História] – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

88. SÃO PAULO (província). Relatório de Rafael Tobias Aguiar, 6º Presidente (17-11-1831 a 11-05-1835). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

89. SÃO PAULO (província). Relatório de Bernardo José Pinto Gavião Peixoto, 8º Presidente (02-08-1836 a 02-03-1838). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

90. SÃO PAULO (província). Relatório de Venâncio José Lisboa, 9º Presidente (13-03-1838 a 11-06-1839). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

91. SÃO PAULO (província). Relatório de Manoel Machado Nunes, 10º Presidente (11-07-1839 a 06-08-1840). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

92. SÃO PAULO (província). Relatório de Rafael Tobias Aguiar, 11º Presidente (06-08-1840 a 15-07-1841). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

93. SÃO PAULO (província). Relatório de Miguel de Souza Mello Alvim, 12º Presidente (15-07-1841 a 13-01-1842). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

94. SÃO PAULO (província). Relatório de José Carlos Pereira de Almeida Torres, 14º Presidente (17-08-1842 a 27-01-1843). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

95. SÃO PAULO (província). Relatório de Manoel Felizardo de Souza e Mello, 16º Presidente (28-11-1843 a 22-04-1844). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

96. SÃO PAULO (província). Relatório de Manoel da Fonseca Lima e Silva, 17º Presidente (01-06-1844 a 05-11-1847). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

97. SÃO PAULO (província). Relatório de Domiciano Leite Ribeiro, 18º Presidente (23-05-1848 a 16-10-1848). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

98. SÃO PAULO (província). Relatório de Vicente Pires da Mota, 19º Presidente (16-10-1848 a 27-08-1851). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo –

Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

99. SÃO PAULO (província). Relatório de José Thomaz Nabuco de Araújo, 20º Presidente (27-08-1851 a 19-05-1852). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/986/000016.html>>. Acesso em: 25 maio 2009.

100. SÃO PAULO (província). Relatório de José Antonio Saraiva, 23º Presidente (26-06-1854 a 16-05-1855). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

101. SÃO PAULO (província). Relatório de Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, 24º Presidente (29-04-1856 a 22-01-1857). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

102. SÃO PAULO (província). Relatório de José Joaquim Fernandes Torres, 25º Presidente (27-09-1857 a 17-04-1860). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

103. SÃO PAULO (província). Relatório de João Jacintho de Mendonça, 28º Presidente (08-06-1861 a 24-09-1862). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/999/000028.html>>. Acesso em: 25 maio 2009.

104. SÃO PAULO (província). Relatório de Vicente Pires da Mota, 29º Presidente (16-10-1862 a 03-02-1864). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

105. SÃO PAULO (província). Relatório de Francisco Ignácio Marcondes Homem de Mello, 30º Presidente (08-03-1864 a 24-10-1864). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

106. SÃO PAULO (província). Relatório de João Crispiniano Soares, 31º Presidente (07-11-1864 a 18-07-1865). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

107. SÃO PAULO (província). Relatório de João da Silva Carrão, 32º Presidente (03-08-1865 a 03-03-1866). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

108. SÃO PAULO (província). Relatório de Joaquim Saldanha Marinho, 34º Presidente (24-10-1867 a 24-04-1868). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

109. SÃO PAULO (província). Relatório de Candido Borges Monteiro, 35º Presidente (26-08-1868 a 25-04-1869). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

110. SÃO PAULO (província). Relatório de Antonio Candido da Rocha, 36º Presidente (30-06-1869 a 27-10-1870). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S.

Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/1011/000029.html>>. Acesso em: 25 maio 2009.

111. SÃO PAULO (província). Relatório de Antonio da Costa Pinto e Silva, 37º Presidente (05-11-1870 a 13-04-1871). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

112. SÃO PAULO (província). Relatório de José Fernandes da Costa Pereira Junior, 38º Presidente (30-05-1871 a 19-06-1872). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

113. SÃO PAULO (província). Relatório de Francisco Xavier Pinto Lima, 39º Presidente (16-06-1872 a 21-12-1872). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

114. SÃO PAULO (província). Relatório de João Theodoro Xavier de Matos, 40º Presidente (21-12-1872 a 30-05-1875). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

115. SÃO PAULO (província). Relatório de Sebastião José Pereira, 41º Presidente (09-06-1875 a 18-01-1878). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

116. SÃO PAULO (província). Relatório de João Baptista Pereira, 42º Presidente (05-02-1878 a 07-11-1878). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

117. SÃO PAULO (província). Relatório de Laurindo Abelardo de Brito, 43º Presidente (11-02-1879 a 03-03-1881). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <<http://www.crl.edu/content/brazil/sao.htm>>. Acesso em: 25 maio 2009.

118. SÃO PAULO (província). Relatório de Francisco de Carvalho Soares Brandão, 45º Presidente (10-04-1882 a 04-04-1883). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1132/000010.html>. Acesso em: 25 maio 2009.

119. SÃO PAULO (província). Relatório de Domingos Antonio Raiol, 46º Presidente (18-08-1883 a 29-03-1884). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/1028/000003.html>>. Acesso em: 25 maio 2009.

120. SÃO PAULO (província). Relatório José Luiz de Almeida Couto, 47º Presidente (04-09-1884 a 18-05-1885). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

121. SÃO PAULO (província). Relatório João Alfredo Correia de Oliveira, 48º Presidente (19-10-1885 a 26-04-1886). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

122. SÃO PAULO (província). Relatório Antonio de Queiroz Telles, 49º Presidente (26-07-1886 a 19-11-1887). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

123. SÃO PAULO (província). Relatório Francisco de Paula Rodrigues Alves, 50º Presidente (19-11-1887 a 27-04-1888). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

124. SÃO PAULO (província). Relatório Pedro Vicente de Azevedo, 51º Presidente (23-06-1888 a 11-04-1889). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/1033/index.html>>. Acesso em: 25 maio 2009.

125. SÃO PAULO (província). Relatório de Antonio Roberto de Almeida, Vice-Presidente (16-05-1855 a 29-04-1856). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

126. SÃO PAULO (província). Relatório do Vice-Presidente Joaquim Egydio de Souza Aranha, (05-11-1881 a 07-01-1882). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

Disponível em: <<http://www.crl.edu/content/brazil/sao.htm>>. Acesso em: 25 maio 2009.

127. SÃO PAULO (província). Relatório do Vice-Presidente Manoel Marcondes de Moura Costa, (07-01-1882 a 10-04-1882). In: EGAS, E. Galeria dos Presidentes de S. Paulo – Período Monárquico (1822-1889). São Paulo: Publicação Oficial do Estado de São Paulo, 1926. v.1.

128. BELTRÃO, J. F. Memórias da cólera no Pará (1855 e 1991): tragédias se repetem? História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p.145-167, dez. 2007.

129. BARBOSA, P.; RESENDE, C.B. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.

130. BRASIL (Império). Lei de 30 de agosto de 1828 – Extingue os lugares de Provedor-mor da Saúde, Písico-mor e Cirurgião-mor do Império, passando para as Câmaras Municipais e Justiças ordinárias as atribuições que lhes competiam. Colleção das Leis do Império do Brazil. Parte Primeira. Rio de Janeiro: Typographia Nacional. 1878. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/Legimp-K.pdf>. Acesso em: 25 maio 2009.

131. PIMENTA, T.S. Artes de Curar: Um Estudo a Partir dos Documentos da Fisicatura-Mor no Brasil do Começo do Século XIX. 1997. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

132. MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda, 1978.

133. BRASIL (Império). Lei de 1º de outubro de 1828 – *Dá nova forma às Câmaras Municipais, marca suas atribuições, e o processo para a sua eleição, e dos Juizes de Paz*. Coleção das Leis do Império do Brasil. Parte Primeira. Rio de Janeiro: Typographia Nacional. 1878. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/Legimp-K.pdf>. Acesso em: 25 maio 2009.

134. BRASIL (Império). Decreto de 19 de janeiro de 1829 – *Manda Observar o Regulamento da Inspeção da Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro*. Senado Federal – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.

135. RIO DE JANEIRO (município). *Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro em 1832 (Código de Posturas de 1832)*. In: BARBOSA, P.; RESENDE, C.B. *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.

136. Karepovs, D. *São Paulo: A Imperial Cidade e a Assembléia Legislativa Provincial*. 2ª. Ed. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, Divisão do Acervo Histórico, 2006.

137. SÃO PAULO (província). Lei nº 21, de 5 de março de 1838 – *Sobre a Propagação da Vacina*. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo – Legislação – Pesquisa. Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/portal/site/Internet/menuitem.f737045a72a1eec53700aa5cf20041ca/?vgnnextoid=82ea0b9198067110VgnVCM100000590014acRCRD>>.

Acesso em: 25 maio 2009.

138. SÃO PAULO (província). Lei nº 1, de 08 de fevereiro de 1840 – *Aprova as Disposições Contidas nos Primeiros 12 artigos do Regulamento de 3 de agosto de 1838, e Autoriza o Presidente da Província a Nomear os Empregados do Diretório Vacinico*. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo – Legislação – Pesquisa.

Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/portal/site/Internet/menuitem.f737045a72a1eec53700aa5cf20041ca/?vgnnextoid=82ea0b9198067110VgnVCM100000590014acRCRD>>.

Acesso em: 25 maio 2009.

139. BRASIL (Império). Decreto nº 464, de 17 de Agosto de 1846 – *Manda Executar o Regulamento do Instituto Vacinico do Império*. Senado Federal – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.

140. BRASIL (Império). Decreto nº 268, de 29 de janeiro de 1843 – *Contém o Regulamento das Inspeções de Saúde dos Portos*. In: BARBOSA, P.; RESENDE, C.B. *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.

141. BRASIL (Império). Aviso nº 10 de 14 de fevereiro de 1850 – *Manda Observar as Providências para Prevenir e Atalhar o Progresso da Febre Amarela*. In: BARBOSA, P.; RESENDE, C.B. *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.

142. BRASIL (Império). Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850 – Concede ao Ministério do Império um Crédito Extraordinário de Duzentos Contos para ser Exclusivamente Despedido no Começo de Trabalhos, que Tendão a Melhorar o estado sanitário da Capital, e de outras províncias do Império. Senado Federal – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.

143. BRASIL (Império). Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851 – Manda Executar o Regulamento da Junta de Higiene Pública. Senado Federal – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.

144. SÃO PAULO (província). Lei nº 52, de 24 de abril de 1874 – Marca a Receita e Fixa a Despesa Provincial para o Ano Financeiro de 1º de julho de 1874 a 30 de junho de 1875. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo – Legislação – Pesquisa. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/portal/site/Internet/menuitem.f737045a72a1eec53700aa5cf20041ca/?vgnextoid=82ea0b9198067110VgnVCM100000590014acRCRD>>. Acesso em: 25 maio 2009.

145. SÃO PAULO (província). Lei nº 22, de 05 de maio de 1877 – Marca a Receita e Fixa a Despesa Provincial para o Ano Financeiro de 1º de julho de 1877 a 30 de junho de 1878. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo – Legislação – Pesquisa. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/portal/site/Internet/menuitem.f737045a72a1eec53700aa5cf20041ca/?vgnextoid=82ea0b9198067110VgnVCM100000590014acRCRD>>. Acesso em: 25 maio 2009.

146. BRASIL (Império). Decreto nº 8.387, de 19 de janeiro de 1882 – Manda Observar o Regulamento para o Serviço da Saúde Pública. Senado Federal – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.

147. BRASIL (Império). Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886 – Reorganiza o Serviço Sanitário do Império. Senado Federal – Sistema de Informações do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 25 maio 2009.

148. SÃO PAULO (província). Lei nº 29, de 16 de março de 1888 – Autoriza a Organização do Serviço da Higiene. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo – Legislação – Pesquisa. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/portal/site/Internet/menuitem.f737045a72a1eec53700aa5cf20041ca/?vgnextoid=82ea0b9198067110VgnVCM100000590014acRCRD>>. Acesso em: 25 maio 2009.

149. SÃO PAULO (província). Instruções Regulamentares para os Serviços de Higiene, de 20 de abril de 1888. Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/CCD/SES-SP.

150. NETTO, A.R. O Caminho para a Formação do Serviço Sanitário de São Paulo, de 1579 a 1891. In: Arquivos de Higiene e Saúde Pública. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1942. p. 7-34.

151. MERHY, E.E. O Capitalismo e a Saúde Pública: A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo. 2ª ed. Campinas: Ed. Papirus, 1987.

152. CASTRO-SANTOS, L.A. Reforma Sanitária "Pelo Alto": Pioneirismo Paulista no Início do Século XX. Dados: Revista de Ciências Sociais. 1993; v. 36 (3): p. 361-392.
153. BRAGA, J.C. de S.; Paula, S.G. de. Saúde e Previdência Social – Estudos de Política Social. São Paulo: CEBES/Ed. Hucitec, 1981.
154. MOTA, E (Org.). Brasil em Perspectiva. São Paulo: Ed. DIEFEL, 1976.
155. CAMPOS, G.W.S. Subordinação da Saúde Pública à Dinâmica da Acumulação Capitalista, ou Breve História do "Ocaso" da Saúde Pública. In: A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991. p. 37-54.
156. LUZ, MT. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda, 1979.
157. SÃO PAULO (estado). Decreto nº 52.444, de 29-04-1970. Dispõe sobre a destinação dos cargos da chefia e direção do Quadro da Secretaria da Saúde e fixa exigências de experiência e qualificação profissional para seu provimento. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1970.
158. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Relatório 1967-1970. São Paulo, 1971. Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/CCD/SES-SP.
159. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Gabinete do Coordenador da Assistência Hospitalar. Portaria SS-CAH n. 1/72, de 12 de janeiro de 1972. Estabelece normas que permitam realizar dentro de sua área de competência o previsto no Art. 587 do Decreto nº 52.497, de 21-7-70, isto é, coletar e analisar dados estatísticos de interesse às atividades de saúde no campo da assistência hospitalar. Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1972.
160. LEBRÃO, M.L. Análise da Fidedignidade dos Dados Estatísticos Hospitalares Disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1977.
161. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Coordenadoria de Assistência Hospitalar. Relatório 1971-1974. São Paulo, 1974. Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/CCD/SES-SP.
162. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Coordenadoria de Assistência Hospitalar. Relatório 1979-1983. São Paulo, 1983. Centro Técnico de Preservação da Memória do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/CCD/SES-SP.
163. MENEZES, R.F.; ZIONI, F. SUS sob Novo Ataque. Jornal da USP. Ano XXIV nº. 863, de 13 a 19 de abril de 2009. p. 2 e 12-13.
164. CAMARGO, I.A.; Vigilância Sanitária: Ações Planejadas e Intervenções Regulamentadoras. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, nº. 25. p. 77-83

ANEXO I

REGISTRO DO NOTICIÁRIO PESQUISADO

1º PERÍODO: 1892-1930: 29 microfilmes

2º PERÍODO: 1931-1945: 04 microfilmes

3º PERÍODO: 1946-1963: 27 microfilmes

4º PERÍODO: 1964-1984: Jornais (1971 e 1979)

**5º PERÍODO: 1985-2002: Jornais 1987, 1990, 1991, 1992 e 1993. Internet:
1994 a 2002)**

Ricardo Fernandes de Menezes

É graduado em MEDICINA e, desde dezembro de 1980, é médico sanitário de carreira da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e, desde junho de 1994, médico (saúde pública) de carreira da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Especializou-se em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP da USP); em Administração de Serviços de Saúde – Hospitalar pela FSP da USP; em Vigilância Sanitária pela Universidade de Taubaté, em cooperação com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Centro de Vigilância Sanitária, e em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Atua em Administração de Serviços de Saúde e Saúde Coletiva, com ênfase para o campo da Vigilância Sanitária.

Fabiola Zioni

É graduada em CIÊNCIAS SOCIAIS pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologie da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França . Atualmente é responsável pela disciplina de pós graduação Saúde e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública- USP. É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde. É presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP desde 2006.