

Coleção Clássicos da Saúde Coletiva

Emerson Elias Merhy

Capitalismo e a Saúde Pública

A emergência das práticas sanitárias
no estado de São Paulo



editora



rede unida

Coleção Clássicos da Saúde Coletiva

Emerson Elias Merhy

Capitalismo e a Saúde Pública

A emergência das práticas sanitárias no estado de
São Paulo

2ª Edição
Porto Alegre, 2014
Editora Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

João José Batista de Campos

João Henrique Lara do Amaral

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Ricardo Burg Ceccim

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Arte Gráfica - Capa

Dançantes

Kathleen Tereza da Cruz

Blog: saudemicropolitica.blogspot.com.br

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Digitação

Juliana Porto

Vanessa da Rosa Guerra

Virginia de Menezes Porto

Revisão

Maria Helena Harlacher Jardim

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

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M559c Merhy, Emerson Elias.

Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo/

Emerson Elias Merhy. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

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

Bibliografia

ISBN 978-85-66659-21-4

1. Saúde pública 2. Capitalismo 3. Políticas públicas de saúde I. Título II. Série

NLM WA 100

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

Todos os direitos desta edição reservados à ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA REDE UNIDA

Rua São Manoel, nº 498

90620-110 – Porto Alegre – RS

Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

*“Nos outros eu sei onde se abriga o coração.
É no peito - todos sabem disso.
Comigo a anatomia ficou louca.
Eu sou todo coração -
Ele bate em todo o corpo.”
(Maiakovski)*

*À Mina, Ao Pedro e Emília,
e aos meus pais – Isaura e Antonio.*

*Onde eu morrer
eu vou morrer cantando.
Que eu caia aqui ou lá, não
importa eu sou digno de ser
colocado
próximo aos que
tombaram sob a
bandeira vermelha.
(Maiakovski)*

À
*Gelson Reicher,
Antonio Carlos Cabral e
Cecília Donnangelo.*

ÍNDICE

Apresentação desta Edição.....13

Apresentação Edição anterior.....17

Capítulo I

As Práticas Sanitárias e as Relações Sociais Capitalistas.....23

Parte I - As Práticas Sanitárias como Objeto de Estudo.....23

Parte II - As práticas sanitárias nas formações sociais capitalistas.....40

Capítulo II

A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo.....59

Parte I - A República Velha.....65

Parte II – São Paulo da República Velha e as práticas sanitárias.....80

Parte III – As reformas de 1917 e 1925, os Projetos Sanitários e a Cultura Social no Estado de São Paulo.....123

Bibliografia.....141

Apresentação desta Edição

Esse livro foi fruto do meu mestrado defendido em 1983, na Faculdade de Medicina da USP, em um momento que muitos de nós estávamos engajados em uma luta social contra a ditadura brasileira, que tínhamos elegido a militância no campo da saúde pública, em São Paulo, como uma frente de ação política que apostava que uma nova sociedade era possível, centrada em práticas sociais organizadas de modos coletivos e na íntima relação entre as políticas de governo, sua gestão e os movimentos populares que agitavam o país, naquele momento.

Já vínhamos, muitos pelo Brasil afora, produzindo muitos acontecimentos no campo da saúde através da criação e da luta do movimento pela reforma sanitária brasileira, que lutava pela construção de uma política de saúde baseada no direito universal à saúde, de qualquer brasileiro, de responsabilidade estatal e realizada por uma intervenção em saúde que tivesse na integralidade do cuidado e na equidade das ações, seus eixos ordenadores.

Nesse intenso processo, construir novos conheci-

mentos sobre nós mesmos e a própria história do país e desse campo de práticas, tornou-se elemento vital e um ato em si de militância. Muitos companheiros estiveram nesse front. Donnangelo, Arouca, Madel, Cordeiro, Mendes Gonçalves, entre outros, eram bons mestres e parceiros.

Debruçar sobre as relações entre a organização da nossa sociedade como construção capitalista e o conjunto das práticas governamentais na saúde, em especial na saúde pública, foi objeto de vários estudos, sob vários formatos.

Estávamos pelo movimento sanitário brasileiro indo além dessa mesma saúde pública e inventando o campo da saúde coletiva, que lhe vazava.

A importância da oferta do campo marxista mostrou-se muito potente e um forte aliado, em várias de suas correntes, mas destaco em especial as ofertas francesas e italianas, como do pensamento de Poulantzas e Gramsci, como fortes no interior do nosso movimento, bem como a presença de italianos como Basaglia e Berlinguer.

Foucault aparecia, Lourau também, mas um pouco ainda pela lateral.

Tendo como forte influência a linha de trabalho de Maria Cecília Ferro Donnangelo, que faleceu no começo de 1983, que estimula meu trabalho, bem como os de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Lilia Blima Schraiber, a presença do pensamento das Ciências Sociais de alguns professores da USP, como Florestan Fernandes, vai se fazer elemento constitutivo dos referenciais e do modo como trabalharemos nossos objetos de estudo.

Essa produtiva influência vai gerar em mim um esforço em procurar compreender as relações entre a formação capitalista da sociedade brasileira e a conformação da saúde pública, como política de estado.

Os esquemas teóricos de Poulantzas e a contribuição de Donnagelo e Mendes Gonçalves vão me orientar para estudar na emergência da situação republicana (oligárquica) paulista as práticas sanitárias e sua institucionalidade no âmbito da organização do estado.

Essa associação já era fortemente trabalhada, no campo mais amplo das sociedades capitalistas por Donnagelo na sua produção Saúde e Sociedade e por Mendes Gonçalves no Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico. Além disso, Poulantzas oferecia sua análise dos modelos de revolução burguesa dos processos franceses, ingleses e alemães que também me levavam para o entendimento das práticas de saúde sob várias modalidades.

Autores de forte influência marxista, foram minhas pontes para trabalhar meu material de pesquisa.

Mesmo que hoje não siga essa trilha de uma maneira tão exclusiva, vejo que nesse trabalho há algo que me animou muito daí em diante. O campo de práticas de saúde era uma disputa constante por distintos tipos de projetos, dos variados atores sociais, e não só uma construção linear de ação de um estado de classe.

A saúde pública como política ficará muito claro para mim, alguns anos depois, quando produzo meu outro material, em 1990, que está sendo editado nessa mesma coletânea da Editora da Rede Unida, em seu lançamento

nesse ano de 2014.

Espero que essa aposta de re-editar esses materiais tragam contribuições, no mínimo, para se compreender o grande esforço que muitos fazíamos para municiar o movimento de luta social, por uma sociedade mais democrática e justa, que tinha a construção de que a saúde de qualquer um vale a pena como seu eixo ordenador.

Emerson Elias Merhy - 2014

Apresentação Edição anterior

Poucos têm sido os estudos sobre Saúde Pública entre nós, que permitem uma compreensão deste campo de atividades para além dos seus aspectos organizacionais burocrático-administrativos ou técnico-científicos em geral. A maior parte tem focado o conjunto das práticas sanitárias, fundamentalmente como prática científica que visa as ações coletivas de saúde, em função do “bem estar de uma coletividade”.

O questionamento, que a maioria dos estudos mais críticos tem levantando, é de que as referidas práticas não tem contribuído para a consecução daquele fim, devido à sua posição subalterna no conjunto das ações de saúde e/ou inadequação da organização dos seus instrumentos meios.

No entanto, a compreensão deste campo de atividades como um campo de práticas sociais, que expressam o conjunto das relações sociais, das quais a Saúde Pública é um componente orgânico, tem sido muito mais um “privilégio” das análises, que têm como objeto de estudo a

prática médica em geral.

Vários autores, entre eles Maria Cecília Ferro Donnangelo, têm mostrado que a compreensão da prática médica é vinculada à perspectiva que ela é, antes de tudo, uma prática social de um modo de produção específico, e com isto afirmam que a mesma constitui o conjunto das práticas sociais, no interior das sociedades capitalistas, que visam a produção e a reprodução das relações de exploração econômica de classe e de dominação política-ideológica particular, do capital sobre o trabalho - da burguesia sobre o proletariado.

Maria Cecília Ferro Donnangelo tem enfatizado que a análise dos serviços de saúde permite, como ângulo privilegiado, uma compreensão do caráter social da prática médica, ao mesmo tempo em que possibilita um entendimento de como estas práticas efetivam a sua ação social em sociedades concretas.

Em função deste tipo de abordagem, achamos que a análise do conjunto das práticas sanitárias em sociedades capitalistas deverá buscar, a princípio, o entendimento destas práticas enquanto constituem relações sociais, para que isto possa permitir o estudo da problemática da adequação ou não das mesmas a fins determinados, no plano técnico/organizacional.

É muito difícil exercer uma determinada atividade, de “modo espontâneo”, e depois transformá-la em seu objeto de estudo. Porém, se o seu objetivo nesta atividade é o seu exercício também crítico, torna-se necessário um “certo afastamento” daquela “espontaneidade” e o aprofundamento

do seu conhecimento.

Acredito que este foi o principal motivo, que me levou a transformar a Saúde Pública em São Paulo naquele objeto de estudo, isto porque, depois de atuar vários anos nesta área, com a perspectiva de modificá-la, no sentido de fazer com que sua atuação fosse mais dirigida segundo os interesses populares, achei que tal intervenção era feita, na maior parte das vezes, de um modo pouco elaborado.

Quando comecei a pesquisar o tema, com a necessidade de delimitar o campo de estudo, deparei-me com vários problemas, que tentarei explicitar no decorrer do trabalho. Inicialmente, eu deveria entender o “como” e o “porquê” do surgimento das práticas sanitárias em São Paulo, e depois tentar extrair as implicações que este processo deixou em todo o seu desenvolvimento futuro. Neste trabalho a análise centrou-se basicamente, no estudo da emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, pois, percebi, durante a sua realização, que este momento era um dos mais ricos em dados e fatos para a compreensão das práticas sanitárias em São Paulo, como constituintes das relações sociais que se concretizaram na sociedade brasileira contemporânea.

Ao começar pesquisar a sua emergência histórica, defrontei-me com duas questões importantes: a primeira era a de delimitar o campo das práticas sanitárias, e a segunda a de situar a época histórica do seu surgimento.

Assim, dividi a minha abordagem em duas etapas: na primeira procuro compreender quais as peculiaridades do objeto e como o mesmo foi, é, e poderia ser abordado,

buscando situá-lo no interior das relações sociais capitalistas, que se efetivaram principalmente na Inglaterra; em outra busquei verificar, no interior da sociedade paulista, como as práticas sanitárias emergem e se efetivam enquanto práticas sociais e, ao mesmo tempo, tirar algumas conclusões que pudessem contribuir para a compreensão atual deste campo de saber e práticas.

A alternativa para a primeira etapa, a grosso modo, foi a de buscar, em estudos já realizados sobre as práticas sanitárias em São Paulo, os conceitos que eles contêm de forma explícita ou implícita. Mas, para não cair numa escolha pessoal dos referidos estudos, procurei aqueles que se consagraram como referencial, tanto para o trabalho teórico quanto prático, neste campo de atividade, isto é, a partir das concepções dominantes nas instituições universitárias e naquelas prestadoras de serviços de Saúde Pública, procedendo, posteriormente, à construção metodológica para a análise do tema proposto.

Quanto à segunda etapa, deparei-me com um dado importante, o de que a emergência institucional das práticas sanitárias dá-se conjuntamente com o surgimento da República Velha, e isto é mais evidente naquelas regiões do país que concentram a vitalidade econômica e política do período, como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Diante desta constatação, procurei desenvolver o tema, tendo como pano de fundo o fato de que as práticas sanitárias no Estado de São Paulo eram organicamente ligadas às práticas sociais, que construíram a relação de dominação das oligarquias agrárias com os outros grupos sociais.

O desenvolvimento deste trabalho ter-se-ia tornado impossível se não fosse a orientação dada pela Prof. Dra. Maria Cecília Ferro Donnangelo.

Tristemente, quando da produção final do trabalho, ocorreu a morte trágica de Cecília. Isto abalou profundamente todas as pessoas que a conheciam, não só pela perda intelectual que este fato significou, mas também, pelo que sua ausência representa afetivamente. Cecília sempre foi uma pessoa que colocava muito carinho nas coisas que fazia, e irradiava este carinho para todos nós que tivemos o privilégio de conhecê-la e de trabalhar ao seu lado. Apesar de ter sido uma das pensadoras mais importantes da atualidade, na área de Ciências Sociais, em nosso meio, vemos que a sua produção intelectual não é composta de uma vasta obra assinada de punho próprio, isto porque, ela sempre preferiu escrever coletivamente, ou seja, dedicando-se à formação daqueles que se mostravam interessados no seu campo de estudo. Considero que este trabalho faz parte desta produção coletiva, sem com isso querer dizer que Cecília seja responsável por todas as idéias e conclusões desenvolvidas neste trabalho. Entretanto, quero homenageá-la através do esforço que dedicou para a finalização deste estudo.

Quero deixar explícito o meu agradecimento ao Prof. Eurivaldo Sampaio de Almeida, que com sua amizade me deu a devida segurança para continuar a tarefa.

Particularmente, gostaria de agradecer à minha companheira Ermínia Silva e aos meus amigos Ana Cecília Sucupira e Ricardo Bruno M. Gonçalves, que foram fundamentais, tanto no apoio que me deram intelectualmente,

como emocionalmente.

Aos companheiros do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da PUC - Campinas, agradeço pela compreensão que tiveram comigo quando não pude colaborar para a manutenção do nosso trabalho coletivo, com o mesmo empenho de antes.

Dedico este trabalho, também aos profissionais de saúde, que vêm tendo uma participação importante na luta pela mudança dos rumos da política de saúde no Brasil, junto à população brasileira: em particular os meus colegas médicos sanitaristas da 1º turma do Curso de Formação de Médicos Sanitaristas para o nível local, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de 1976.

O Autor

Capítulo I

As Práticas Sanitárias e as Relações Sociais Capitalistas

Parte I - As Práticas Sanitárias como Objeto de Estudo

A maioria dos estudos sobre Saúde Pública realizados no Brasil apresenta como característica principal, o fato de considerarem o objeto das práticas sanitárias como anistórico¹, ao mesmo tempo em que confere uma dada historicidade a este campo de práticas, a partir da história dos meios de realização deste objetivo. O que diferencia as etapas históricas, nesses estudos, é a evolução científica

1 Emprega-se aqui o termo no mesmo sentido que foi dado por Maria Cecília Ferro Donnangelo em seu livro “Saúde e Sociedade”: “Historicidade dos meios e anistoricidade dos objetivos” é a fórmula na qual sintetiza Laura Conti o caráter dessa história cronológica, escrita em termos de uma aprendizagem progressiva por parte da humanidade dos meios mais idôneos para curar a enfermidade”. Donnangelo, M. C. F. e Pereira, L. - *Saúde e Sociedade*, Duas Cidades, São Paulo, 1979, p. 16.

destes meios ao longo do tempo, ou seja, o que caracteriza os sucessivos períodos é a incorporação de um maior ou menor grau de cientificidade e/ou racionalidade àqueles meios.

Portanto, esses estudos, que reduzem as alterações no campo das práticas coletivas de saúde ao processo de produção de conhecimentos, segundo uma visão bem particular deste processo, enquanto uma sucessão linear de progressiva acumulação da verdade científica, não permite identificar o que é a característica central e uniforme destas práticas, e que se expressa fundamentalmente no conjunto.

Este conjunto de práticas apresenta em comum o fato de que o seu objeto de ação é o “coletivo”, mesmo que este seja designado de modo diferente, a partir das várias conotações que lhes são imputáveis, dando-lhes a aparência de se constituírem em práticas distintas em todas as suas características. No entanto, estas distinções expressam a própria característica básica destas práticas, e que é a possibilidade de seu objeto assumir múltiplas formas de interpretação.

Estas diferentes concepções que se podem construir sobre o “coletivo”, e que são produto das diferentes formas concretas de designação do social, possibilitam uma diferenciação correspondente no modo de tratá-lo no âmbito das práticas. Para o conjunto das concepções que tomam o “coletivo” como “exterior” aos indivíduos, abre-se uma perspectiva de abordagem das práticas sanitárias, que lhes dá um tratamento semelhante às análises da história das ciências naturais, e para aquelas outras concepções que o tomam enquanto “social”, possibilitam-se as diferentes perspectivas

de abordagem que se encontram dadas sobre este mesmo objeto - o social.

Maria Cecília Ferro Donnangelo expressa isto ao escrever:²

Essa multiplicidade de objeto e de áreas de saber correspondentes - da ciência natural à ciência social - não é indiferente à permeabilidade aparentemente mais imediata desse campo a inflexões econômicas e político-ideológicas. O compromisso, ainda quando genérico e impreciso, com a noção de coletivo, implica a possibilidade de compromissos com manifestações particulares, histórico-concretas desse mesmo coletivo, dos quais a medicina 'do indivíduo' tem tentado se resguardar, através do específico estatuto de cientificidade dos campos de conhecimento que a fundamental. Claro está que não se pretende afirmar aqui a invulnerabilidade histórica da medicina individual. Poder-se-ia dizer, de outra forma, que as práticas designadas "de saúde coletiva", sendo passível da mesma ordem de alterações na produção, distribuição e consumo de serviços que afetam a medicina individual, encontram-se, também em termos de sua(s) estrutura(s) de saber, em condições de acionar alternativamente múltiplas possibilidades, em resposta a condições histórico-sociais específicas. Particularmente porque, entre os objetos que designa como passíveis de intervenção, encontra-se o próprio social, ainda que invariavelmente conceptualizado (tal como se apresenta, aliás, no campo mesmo das Ciências Sociais).

A história da Medicina Social e da própria

2 Donnangelo, M. C. F. – *A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70, in Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1983.*

Saúde Pública revelam, não o desenvolvimento linear de um campo de conhecimento, mas as inflexões conceituais e políticas próprias de um campo imediatamente atravessado por distintas posições, face às possibilidades de organização da vida social.³

Desta forma, pode-se verificar que as práticas centradas no individual e no biológico, como as da medicina quando tornadas em instrumentos de intervenção do “coletivo”, passam a compor o conjunto das práticas coletivas de saúde. Isto é, quando o cuidado médico é visto como medida sanitária, ele visa o “coletivo” que os indivíduos (enquanto coleções) expressam. Por exemplo, ao se buscar o “tratamento individual” de um tuberculoso no âmbito das práticas sanitárias, isto estará sendo feito na medida em que este indivíduo doente é considerado como um meio de cultura e de propagação de bacilos e, portanto, à semelhança do meio ambiente, que é objeto de ação das práticas sanitárias do tipo de saneamento ambiental.

Além do que, a análise acima daquela autora permite afirmar que a concepção que se elabora sobre o referido “coletivo” possibilita a criação de diferentes caminhos na compreensão das referidas práticas coletivas de saúde. Assim sendo:

- 1- quando o coletivo é tomado como exterior aos indivíduos, adquirindo restritivamente o estatuto de meio externo, as práticas sanitárias são entendidas como práticas científicas, que visam a saúde e a felicidade de uma coletividade (como coleção de indivíduos). Nesta perspectiva, os objetivos destas práticas serão sempre os mesmos e

3 Donnangelo, M. C. F. – *A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil* - p.21

serão atingidos progressivamente, com a evolução linear e sucessiva do conhecimento científico sobre o meio externo. Os instrumentos destas práticas serão entendidos a partir da ideia, da ciência positiva, em que a verdade daquele coletivo estaria inscrita nele próprio, e iria sendo progressivamente descoberta e apreendida pela humanidade, que de posse dela obterá cada vez mais o bem-estar. É assim que se explica, nestes estudos, a existência das práticas sanitárias que intervêm sobre o meio ambiente, armadas com as ações de saneamento, e também as práticas sanitárias que intervêm ao mesmo tempo sobre o meio ambiente e os agentes etiológicos, através das ações embasadas na bacteriologia - a polícia sanitária e o campanhismo.

- 2- quando o coletivo é tomado como exterior aos indivíduos, todavia adquirindo um estatuto de social, neste caso, sendo considerado como redutível a um conjunto de aspectos do ambiente exterior que influenciariam as características sanitárias da coletividade, permite-se uma outra compreensão das práticas sanitárias. Nestes casos, entretanto, mantêm-se as mesmas perspectivas que foram colocadas como caracterizando os estudos referidos, no item anterior, pois, eles têm como base metodológica a ideia de um social naturalizado e, portanto, passível de abordagens do tipo das Ciências Naturais. Aqui, as práticas sanitárias mantêm seus objetivos anistóricos, mas agora seriam influenciadas pela presença, ou ausência, de fatores sociais externos como a pobreza, o baixo salário, a ignorância, a desorganização dos recursos, tomados como fatores moduladores. Incorpora-se uma perspectiva

de conhecer, cientificamente, além do meio ambiente externo, os fatores do próprio indivíduo e da organização social - burocrático/administrativos - que dificultariam ou facilitariam a efetivação dos objetivos anistóricos das práticas sanitárias. Este tipo de perspectiva é mais vinculada às propostas médico-sanitárias americana, nas quais se articula o discurso da Educação Sanitária.

3- quando o coletivo é entendido como campo estruturado de práticas sociais, que como totalidade se tornaria ponto de partida para a compreensão e estruturação das práticas sanitária, o próprio objetivo destas práticas adquire historicidade. Neste caso podem-se supor dois tipos principais de encaminhamento, para o atendimento destas práticas:

3.1- tomar as variações que sofram os instrumentos utilizados nas práticas sanitárias, em função da variação do seu objeto em particular e verificar como isto se integra em organizações sociais específicas;

3.2 - tomar a historicidade dos objetivos destas práticas e os objetos e instrumentos a elas correspondentes, onde esta prática se efetiva. Assim sendo, elas se tornam inteligíveis enquanto práticas sociais estruturadas, constitutivas de uma estrutura social determinada.

Nestes estudos, quando se toma a estruturação do social como guardando uma relação de exterioridade por referência ao campo particular das práticas sanitárias, tende-se a cair numa abordagem funcional deste campo. Enquanto que, quando este campo é concebido como parte da estruturação do referido social, ele se torna objeto e sujeito

das relações sociais que se efetivam entre os componentes infra e supraestruturais de uma dada sociedade.

É nesta última direção que se pretende apontar neste trabalho. Inclusive, ao se tomarem as práticas sanitárias no Estado de São Paulo como objeto de estudo, procurou-se centrá-lo no momento histórico em que ficava mais cristalina a relação de constitutividade entre estas práticas e a estruturação da sociedade no Estado de São Paulo, isto é, no momento histórico de sua emergência e institucionalização, o que ocorre na República Velha.

Ao se delimitar o Estado de São Paulo na República Velha como o lugar e o período histórico, no qual se desenvolverá este trabalho, optou-se pela análise dos estudos disponíveis na área da Saúde Pública sobre as práticas sanitárias nesse Estado, como a melhor maneira de se captarem os principais pontos metodológicos que os caracterizam, e a partir desse conhecimento, proceder-se à construção do quadro teórico referencial e à explicitação do método de investigação que será adotado.

Destacam-se duas linhas principais de análise entre os estudos que são considerados os mais expressivos nesta área de pesquisa, e que reproduzem as mesmas questões já abordadas anteriormente, isto é:

- 1- aqueles que abordam este objeto de estudo, a partir de um ângulo que toma o tipo de conhecimento científico, que se incorpora nas estruturas de serviços de Saúde Pública, como o meio privilegiado de compreensão deste campo de práticas, e que acabam centrando suas análises no estudo da obra científica de “grandes” personagens

históricos, por considerá-los os “portadores da ciência”. Nesses estudos, ainda, toma-se o último conhecimento científico elaborado, ou o melhor incorporado à estrutura de serviço, como parâmetro racional para o entendimento da verdade científica dos anteriores;

- 2- aqueles que estão centrados na análise da organização institucional da Saúde Pública, e nos quais acaba-se utilizando a abordagem de instituições específicas, como principal ângulo de entendimento do referido campo de práticas. Nestes, a cientificidade do campo é um dado a priori.

Vários têm sido os estudos⁴ sobre o período da República Velha em São Paulo que identificam nas figuras de Emílio Ribas e Geraldo Horácio de Paula Souza duas grandes fases históricas das práticas sanitárias em São Paulo. No

4 Entre eles, citam-se:

- Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo, apresentado como tese de Livre Docência à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.

- Mascarenhas, R.S. – *História da Saúde Pública no Estado de São Paulo*, in *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 7:433-46, 1973.

- Amaral, R. – *Ribas, o pioneiro*, in *Arquivos de Higiene e Saúde Pública, São Paulo*, março de 1962.

- Blount, J. A. – *A administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: O Serviço Sanitário, 1892-1918*, in *Revista de Administração de Empresas*, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, volume 2, nº 4, 1972.

- Ferreira, C. *O Dr. Emílio Ribas, Um Benemérito Servidor do Estado e Benfeitor da Humanidade*, in *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, junho de 1936.

- Ramos, R. – *A Integração Sanitária: Doutrina e Prática*, apresentado com tese de Livre Docência à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

entanto, são os de Rodolfo Mascarenhas⁵ que mais se têm destacado no conjunto das análises da Saúde Pública no Estado de São Paulo. Estes estudos são uma expressão da incorporação daqueles dois tipos de análises da Saúde Pública paulista referidos acima, além de retratarem, fielmente, toda uma corrente metodológica dominante ainda hoje nos trabalhos que se têm produzido, para a compreensão deste campo de práticas. Isto permite que se dê, neste trabalho, um destaque particular para a análise das obras deste autor.

Nos seus trabalhos, Rodolfo Mascarenhas afirma que a fase de Emílio Ribas é caracterizada pelo início da incorporação das ações científicas ao conjunto das práticas sanitárias, a partir da perspectiva bacteriológica, e a fase de Geraldo Horácio de Paula Souza pela introdução de uma outra perspectiva, que traria para o campo das práticas sanitárias um conhecimento mais amplo dos fatores sociais, que interferem nas condições de saúde da coletividade, marcada pela abordagem médico-social (médico-sanitária).

Rodolfo Mascarenhas toma como ponto doutrinário, em suas análises, colocações formuladas por C. Winslow, sanitarista americano da década de 20, tais como:

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio e controle de doenças infecto-contagiosas, a educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o

5 Mascarenhas, Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. ___. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo.

diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das doenças, e o desenvolvimento da maquiária social, de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequada à manutenção da saúde.”⁶

Rodolfo Mascarenhas assume ainda a perspectiva daquele sanitarista de que há três fases evolutivas na Saúde Pública, ou seja:

“ 1. O período de saneamento empírico do meio ambiente, que vai de 1840 a 1890.

2. O período de controle científico de doenças infecto-contagiosas, pela aplicação da bacteriologia, que vai de 1890 a 1910.

3. O período moderno que se inicia em 1910 e cujas principais características são, segundo o mesmo autor:

a - A educação sanitária como a pedra fundamental de toda a campanha moderna de saúde pública. Falando sobre o papel da educação sanitária nos serviços de saúde pública, Sigerist apresenta uma imagem feliz quando afirma que saúde pública, sem a participação ativa do povo, é o mesmo que um exército formado de oficiais sem soldados. A educação sanitária deve ter dois escopos: o conhecimento da higiene individual por parte dos participantes da sociedade e cada indivíduo precisa ser um agente consciente dos serviços de saúde pública.

b - A utilização do médico, como uma força real, na prevenção e pela organização de serviços para o exame médico de todas as pessoas sadias ou

6 Mascarenhas, R. S. – *A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70, in Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1983.p.16*

daquelas que se encontram no estado inicial incipiente de doença (...)”⁷

Estes pontos doutrinários básicos sobre o que é a Saúde Pública e qual a sua história implicam uma determinada perspectiva metodológica, que será assumida por Rodolfo Mascarenhas, para a compreensão do campo das práticas sanitárias em situações sociais particulares, como a de São Paulo. Dentre estas perspectivas assinala-se:

1. Ao considerar a Saúde Pública como meio de (...) prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental (...)” e como base para a expressão dos “(...) princípios fundamentais para a felicidade de todos os povos (...)”⁸, está considerando os objetivos das práticas sanitárias como independentes de qualquer processo histórico. Em qualquer situação e lugar, reduz a compreensão destas práticas à análise dos meios necessários, que permitem atingir aquele objetivo anistórico, imputando à transformação destes meios a responsabilidade pela transformação histórica da Saúde Pública.
2. É discutindo aqueles meios, através de uma visão evolutiva dos mesmos, que tenta entender a história deste campo de práticas. Em outras palavras, aquilo que se entende por superação científica da fase empírica pela bacteriológica é o que explica sua história. Os meios irão ser concebidos conforme as concepções sobre os diferentes aspectos

7 Mascarenhas, R.S. – *A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70, in Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, p,15

8 Ibidem, p. 16.

do social e é desta forma que estes aspectos se tornam objeto das práticas sanitárias: os que dizem respeito ao “meio ambiente”, onde vivem as pessoas, serão objeto das ações de saneamento, os que se referem ao agente etiológico serão passíveis do “(...) controle científico (...) pela aplicação da bacteriologia (...) e os que se referem ao hospedeiro permitem desde uma ação individual educativa, no sentido da higiene pessoal, até as ações organizadas (médico-sanitárias) para o “(...) diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das doenças”(…) (antes que elas atinjam a coletividade).

Dentro desta concepção, o autor assume que a sociedade é um todo homogêneo (comunidade), passível de uma ação harmônica dos homens, pois, é o lugar em que se dá “o desenvolvimento da maquinaria social”, aliada à aplicação de uma determinada racionalidade científica, que asseguraria a “(...) cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (...) Com tudo isto a análise da história da Saúde Pública se reduz à dos instrumentos necessários para as suas ações, sendo estes compreendidos enquanto formas particulares, e cada vez mais abrangentes, evolutivamente, do conhecimento científico do homem, do agente etiológico e do meio. E foi, para este autor, a maior racionalidade científica adquirida por estas teorias, que se tornou responsável pela transformação, no sentido linear e evolutivo, das práticas sanitárias.

Estas bases metodológicas apresentavam várias implicações, mas entre elas devem-se ressaltar as seguintes:

1. A identificação dos problemas sanitários e dos meios

para solucioná-los são atribuições da ciência e de seus portadores, os técnicos. Assim, a maior ou menor dificuldade com que se defrontarão as ações destes técnicos será devida ou à “falta” do conhecimento científico “ainda não atingido” naquele momento histórico, ou à irracionalidade da administração dos meios necessários para efetivá-las. Nesta abordagem não se permite uma análise dos problemas sanitários, a partir das diferentes necessidades sentidas pelos diversos grupos sociais, que procurariam impor na sociedade a satisfação de seus interesses, porque o discurso científico é que teria legitimidade de reconhecer aqueles problemas em uma sociedade, que se comportaria como um todo harmonioso, onde não há lugar para os conflitos entre os grupos sociais.

2. O avanço histórico de determinados conhecimentos científicos obedece a um sentido linear e evolutivo, de tal forma que o último conhecimento produzido é o parâmetro de racionalidade e legitimidade científica dos anteriores; além disso, esses conhecimentos científicos são produtos das ações de indivíduos portadores de uma genialidade particular, e isolados dos diversos interesses que permeiam uma formação social específica. É assim que Rodolfo Mascarenhas historia as fases da “evolução” das práticas sanitárias em São Paulo, a partir das figuras de Emílio Ribas e Geraldo Horácio de Paula Souza, ao mesmo tempo em que as caracteriza como as fases da ciência do contágio e da ciência do indivíduo e da organização, respectivamente. Quando concebe a fase miasmática⁹

9 Corresponde ao período empírico, no qual o “miasma” seria o agente etiológico das doenças, existindo em meio físico propício, como a sujeira,

como “não científica”, imputando-lhe a conotação de “empírica”, adota a concepção de que só tornar-se-ão científicas, em Saúde Pública, as teorias que se adequarem aos padrões de racionalidade das ciências positivas, nas quais o objeto do conhecimento contém em si mesmo uma verdade absoluta, que deverá ser apreendida pela ação neutra do método científico, segundo os padrões tradicionais das ciências naturais.

O modelo básico sobre o qual estes conhecimentos se efetivam é aquele que tem uma concepção semelhante ao da História Natural da Doença, formalizada por Leavell e Clarck na década de 1940, e muito bem discutida por Antonio Sergio Arouca¹⁰:

“A História Natural como ciência da ordem (...) baseada num esquema cartesiano (...) [onde temos a história do processo saúde/doença em sua regularidade (...) [nela] o aparecimento da doença está determinado...pela relação (...) entre (...) o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças (...) [e] (...) onde os homens e os agentes são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel da mesma (...) O ambiente é considerado como uma composição homogênea entre os níveis físico-químico, biológico e social, que jogariam um idêntico papel na determinação mecânica do equilíbrio.

(...) [esta] estrutura (...) é importada diretamente da epidemiologia (...) [na qual] o caráter dos elementos desta estrutura é o conjunto daquelas variáveis que influenciam o equilíbrio mantido

lixo, esgoto, vento, etc.

10 Arouca, A. S. - A História Natural das Doenças, in Saúde em Debate, CEBES, São Paulo, nº 01, 1976.

entre estes elementos (a geografia, o clima, o salário, a baixa resistência, idade, sexo e outros) (...).

(...) a noção de causa em medicina no século passado estava nitidamente influenciada por uma óptica positivista e (...) unicausalista de determinação (Koch), se bem que os estudos da chamada medicina social já apontavam para a multicausalidade (...) (Chadwick) (...) noção de causa em epidemiologia distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidades de essências(...) iguala-se o estado econômico (...) com o soro que permanece nas seringas, (...) com a higiene deficiente (...) o mecanismo pelo qual opera o conceito de causalidade na epidemiologia... é o reducionismo, (...) [assim] liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes de causalidade (...) [como] uma nova forma de monismo causal (...) [neste] qual o lugar (...) assinalado ao social e que tipo de visão de mundo implica (...) [?]

No modelo original de Leavell e Clarck o social participa simultaneamente como fator causal, ligado ao hospedeiro e ao meio ambiente, (...) como status econômico (...), atitudes em relação ao sexo (...) e (...) [como] instituições (...) como família, comunidade, (...) [aqui] o social não aparece como um mecanismo explicativo(...) mas como um caráter dos indivíduos (...) Tal mecanismo de afirmação-negação do social (...) poderia denominar...[como] mitificação do social... Entendendo como mito um sistema (...) que produz uma deformação (...) dos conceitos (...) despolitizando-os (...) Assim (...) população e comunidade (...) servem para neutralizar o conceito de classes (...) o social (...) contribui como atributo dos elementos e não como explicação (...) a dimensão privilegiada do

social é atributo individual, em detrimento da determinação estrutural e das relações sociais (...).¹¹

O que permite retomar e dizer que ambas as perspectivas, a bacteriológica e a médico-sanitária, constroem e incorporam uma concepção do social que o nega enquanto totalidade contraditória, estruturada a partir das relações dos homens entre si, e destes com a natureza, na produção da vida material, e que permitem absorver aspectos fundamentais do social sobre o qual falam miticamente e com diferentes graus de abrangência, e sobre os quais instrumentalizam ações de transformação.

A partir dos questionamentos que foram colocados por referência às bases metodológicas de Rodolfo Mascarenhas, e do apontamento dos limites e das implicações que acarretam, pode-se assumir, neste trabalho, a perspectiva de que a análise das práticas sanitárias deverão dar-se em um contexto teórico, no qual se recupere a idéia de que as mesmas são constitutivas das relações sociais, já que práticas sociais estruturadas.

Isto não será feito a partir de uma exposição formal do quadro teórico, que se torna referencial para este estudo particular, pois, procurar-se-á realizar um trabalho conjunto de compreensão das práticas sanitárias, conforme a perspectiva acima apontada, no interior de uma análise de sua realização em uma sociedade concreta. Como se pôde constatar, para as práticas sanitárias desenvolvidas em São Paulo, a importação da mesma base científica, que foi fundamento

11 Arouca, A. S. - *A História Natural das Doenças*, in *Saúde em Debate* PP. 15-19.

da estruturação da Saúde Pública nos países capitalistas centrais, procurar-se-á empreender aquela análise conjunta, inicialmente, para o lugar e o modo como surgiram aquelas teorias científicas naqueles países, para posteriormente procurar-se compreender o processo de emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.

Para tanto, não se adotará uma perspectiva, segundo a qual a sociedade brasileira seria pensada como uma espécie de importadora daqueles procedimentos científicos, tais e quais se realizavam nos países de origem, mas entendendo este processo como o de uma resposta às necessidades econômicas e políticas, geradas pela dinâmica de reprodução das condições de realização do capitalismo no Brasil, na era agroexportadora cafeeira. Em outros termos, entende-se que aquelas teorias sofreram um processo de reelaboração, que possibilitou sua efetiva contribuição para a implantação e consolidação de um certo tipo de sociedade, isto é, sendo “digeridas” de acordo com o modo particular como, no Brasil, se realizam, sob a forma oligárquica, as relações sociais da República Velha.

Parte II - As práticas sanitárias nas formações sociais capitalistas

A origem das práticas de saúde, que pode ser detectada em momentos anteriores às formas sociais contemporâneas, não imprime o perfil destas práticas na atualidade, pois, com o surgimento da era capitalista, os elementos constitutivos daquelas práticas são postos e repostos, conforme as novas relações sociais que se realizam historicamente.¹²

Sem dúvida, os momentos nos quais melhor se expressa essa relação são marcados pelo Sanitarismo na Inglaterra, pela presença da Polícia Médica na Alemanha, e pela Medicina Social na França.

O surgimento desses diferentes movimentos tem merecido estudos sistemáticos por vários autores. E estes, por mais diferentes que possam ser suas perspectivas, têm tido, como que de maneira consensual, a opinião de que aqueles movimentos nascem “colados” à nova ordem social.

12 É nesta direção que apontam várias observações feitas por alguns autores que estudam as práticas de saúde, dentre as quais citamos a de Maria Cecília Ferro Donnangelo: diferentemente de outras práticas sociais cuja origem é coincidente com a própria emergência ou com o desenvolvimento da sociedade capitalista, a medida tende a revestir-se mais facilmente de um caráter de neutralidade, faz-se às determinações específicas que adquire na sociedade de classes. Analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes implica, primeiro, romper com essa concepção de neutralidade, buscando identificar, em todos os aspectos da prática, as formas pelas quais ela exprime as determinações próprias a essa estrutura [...], Donnangelo, M.C.F. e Pereira, L. - Saúde e Sociedade, Duas Cidades, São Paulo, 1979, pp. 29 - 30.

Tem-se enfatizado que os processos de surgimento e consolidação das relações de produção capitalista nos diferentes países foram marcados por especificidades significativas, que se traduziram na diferenciação das formações sociais.¹³

Para este estudo, inicialmente, interessa entender como esses processos específicos determinaram os serviços de saúde nestas diferentes realidades sociais, em particular no tocante aos traços que irão especificar as práticas sanitárias.

A Inglaterra tem sido o objeto privilegiado para as análises que, dos mais variados ângulos, têm como objetivo compreender o nascimento das relações sociais capitalistas; e não tem sido diferente naquelas que têm-se preocupado com o surgimento das práticas de saúde. É o fato de ter sido o pólo hegemônico do desenvolvimento do capitalismo¹⁴ que lhe tem dado este destaque, o que se tem traduzido na riqueza de informações, dados e análises disponíveis.

O século XVIII, na Inglaterra, é um momento de grandes transformações sociais e institucionais. Já em 1640 dá-se a revolução burguesa¹⁵e¹⁶ naquele país, após a fase

13 Como faz Nicos Poulantzas na sua análise sobre os diferentes modelos da Revolução Burguesa, que se gestaram na Inglaterra, na França e na Alemanha, Poulantzas, N. - Poder Político e Classes Sociais, Martins Fontes, São Paulo, 1977, pp; 164-182.

14 “[...] Nessa obra, o que tenho de pesquisar é o modo de produção capitalista e as correspondentes relações de produção e de circulação. Até agora, a Inglaterra é o campo clássico dessa produção...”. Marx, K. - O Capital, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, vol. I, livro 1, 1971, pp. 4 e 5 - quando se referia ao fato de ser a Inglaterra, desde a origem do modo de produção capitalista até o século XIX, o país onde melhor se ilustravam as suas análises. 15 Poulantzas. Op. cit, p. 164.

16 A revolução de 1640, apesar de ter lançado as bases da dominação política

de acumulação primitiva do capital que, diferentemente da França e da Alemanha, não se assenta na organização política do Estado Absolutista.¹⁷

O período que vai do século XVII até o XVIII, economicamente se caracteriza como aquele que se dá passagem da fase de “capitalização da renda fundiária” para a de “revolução urbano-industrial”, sendo que, no começo do século XIX, temos a consolidação da fase industrial.¹⁸

No plano institucional verifica-se, em 1601, na era Elizabetana, a instituição da “Lei dos Pobres”, na qual a pobreza era vista como consequência do “não-trabalho”¹⁹. A partir de 1934, com a reforma desta Lei, a pobreza passa a ser vista como uma expressão das condições de vida do trabalhador, e como tal se torna uma questão social.²⁰

da burguesia, não lhe trouxe o poder político. A sua dominação econômica se dá, até 1832, época do Reform Act, sob a hegemonia política da nobreza. Para melhor informação veja-se Poulantzas, N. - Poder Político e Classes Sociais Poder Político e Classes Sociais, p. 166.

17 Ibidem, p. 167-8.

18 Ibidem, p. 165.

19 “Aos métodos violentos de prevenção da vadiagem e da mendicância vem logo agregar-se o reconhecimento oficial do pauperismo, e a formalização da assistência ao indigente torna-se significativa com a Lei dos Pobres de 1601[...] O pobre se define justamente pelo não-trabalho, mas este não-trabalho é conceptualizado como indigência ou mendicância, jamais como desemprego” [...]. Donnangelo, M.C.F. e Pereira, L., Saúde e Sociedade. pp. 62 e 63.

20 “[...] a pobreza não assumiu diretamente a forma de questão social, e a assistência representou papel significativo entre as condições que impediram a emergência, sob forma contundente, na cena política do problema da necessidade como questão social... O Reform Act de 1832 marca, ... o início de uma nova modalidade de manipulação das condições econômicas e políticas ... (voltada) ... para a preservação da ... (organização econômica-

Nova margem! Por esta Lei, uma das maneiras de combater a pobreza era através das “casas de trabalho”²¹, de cunho paroquial, a forma administrativa imperante na Inglaterra da época, e onde cada paróquia era responsável pelos seus pobres.²²

É no interior destas instituições, as “casas de trabalho”, que se instala o cuidado médico ao pobre, o qual se constitui no início do processo de medicalização da pobreza. A perspectiva destes serviços de saúde, assim como a separação dos pobres do resto da sociedade, tinha em vista criar barreiras para que a pobreza não contaminasse, com seus perigos²³, os outros grupos sociais, diretamente relacionados à produção material ou à gestão social.

No fim do século XVIII e começo do século XIX há um grande aumento da pobreza e das dificuldades sociais para enfrentar, só que agora a mesma é assumida, como já se viu, como resultado das novas relações sociais, que haviam amadurecido na Inglaterra – as relações sociais do capitalismo industrial. Os pobres não eram fruto do “não-trabalho”, mas

social) ... com um mínimo de rupturas. Essas rupturas se impunham agora como necessárias ... e, entre elas, a modificação, até certo ponto radical, do estatuto da pobreza...”.

21 Donnangelo, M.C.F., e Pereira, L. – Saúde e Sociedade, p. 65.

22 Para uma abordagem mais específica ver Dobb, M. - A evolução do Capitalismo, Zahar, Rio de Janeiro, 1973; particularmente capítulos VI e VII, e ainda: “Esse controle muito direto exercido pelas comunidades locais implicava mesmo um princípio de retenção geográfica do pobre, o qual “pertencia” à paróquia ou freguesia”. Donnangelo, Op. cit., p. 63.

23 Aqui o sentido do perigo tem duplo aspecto: por um lado ele é entendido a partir da concepção de que o pobre é um “indolente”, possa contaminar os que trabalham, e por outro a partir da constatação de que são os pobres os principais portadores das moléstias que levam à doença e à morte em idades precoces.

eram os próprios trabalhadores empobrecidos pelas relações de exploração.

Este é um novo contexto, também político, “onde a burguesia industrial irá tornar-se a classe hegemônica do interior do bloco no poder”²⁴, definido institucionalmente pelo Reform Act de 1832. Neste, o proletariado, também, se constitui em uma força social, e diga-se que, na Inglaterra, as outras classes sociais, como a classe média, não tiveram peso político importante como na França e na Alemanha.²⁵

É dentro desta nova situação social, a do século XIX, com a industrialização e a urbanização, que ocorre a medicalização do ambiente, a qual, segundo Rosen, se dá sobre a forma de um projeto de Reforma Social que, posteriormente, se transforma em um programa de reforma sanitária, que era praticamente viável.²⁶

Em 1834, com o novo Parlamento inglês, forma-se uma comissão para estudar e propor soluções para a “Lei dos Pobres” elisabetana, dada a nova realidade da sociedade inglesa. Esta Lei tinha-se tornado um obstáculo para a livre relação entre o capital industrial e a força de trabalho, porque, devido a seu caráter paroquial e pré-capitalista no trato da pobreza, impedia o livre vai-e-vem do trabalhador, segundo a dinâmica do mercado da força de trabalho, amarrando-o a uma localidade específica (o município, a paróquia).

E, assim, o traço mais marcante da Emenda à Lei

24 Poulantzas, N. – Poder Político e Classes Sociais. p. 166.

25 Ibidem, p. 168.

26 Rosen, G. – *O que é medicina social? E Política econômica e social no desenvolvimento da Saúde Pública*. In Da Polícia Médica à Medicina Social, Graal, Rio de Janeiro. 1980.

gerada na época é o de liberar o pobre do caráter paroquial e excluir o pobre capaz e sua família dos cuidados da Lei.²⁷

Esta é uma época de profunda reformulação administrativa do aparelho do Estado e neste processo se destaca a presença dos discípulos de Jeremy Bentham, cuja filosofia tinha como um dos propósitos “(...) tratar dos problemas públicos em bases racionais científicas”²⁸, dentro da perspectiva do utilitarismo racionalista. Entre eles desponta Edwin Chadwick, um dos principais realizadores da referida Emenda à Lei dos pobres.

Edwin Chadwick tinha em perspectiva a fusão, na prática, dos princípios da Economia Clássica e do benthianismo²⁹; e através da execução destes princípios, liderou todo um movimento de reformulação da máquina estatal, adequando-a à nova realidade política e econômica da Inglaterra do século XIX.

Em 1842, Edwin Chadwick, realiza uma investigação, que se tornou clássica, o “Inquérito Sanitário das Condições da População Trabalhadora da Inglaterra”³⁰, no qual mostra a relação entre a presença das doenças e as péssimas condições de moradia, a falta de esgotos, a ausência de água limpa, erros na remoção e tratamento do lixo, etc.

Nesta época, advoga uma relação entre pobreza e doença, na qual esta surge como consequência daquela; torna-se adepto da teoria miasmática, defendendo a idéia de

27 Rosen, G. – *O que é medicina social? E Política econômica e social no desenvolvimento da Saúde Pública*, p. 228

28 Ibidem, p. 230.

29 Ibidem, p. 231.

30 Ibidem, p. 236.

que a saúde é uma questão de engenharia e não de medicina, pois, esta aponta os problemas, mas é aquela que os enfrenta e resolve.

A Saúde Pública, enquanto Sanitarismo, configurará aquilo que serão as práticas sanitárias, restringindo-as a um conjunto de ações sobre os fatores que serão encarados como os responsáveis pelo aparecimento da doença coletivamente, e identificados com o meio urbano, que será reduzido à disponibilidade maior ou menos das condições adequadas de moradia, esgoto, etc. O cuidado médico individual não teria a saúde como objeto, mas a doença, e por isso é tido como limitado, dentro da visão miasmática, tendo um certo valor para mostrar ou apontar o problema.

Entretanto, a Reforma Sanitária, mesmo que baseada numa teoria parcial da causação das enfermidades, teve resultados significativos, alterando as condições epidemiológicas da classe trabalhadora, no tocante a algumas doenças infectocontagiosas, principalmente as chamadas pestilências³¹. Mas, assinale-se aqui que algumas doenças em massa, como a tuberculose, tiveram seu comportamento epidemiológico alterado também às custas de melhorias das condições de vida que foram antes resultado de lutas salariais dos trabalhadores.³²

É necessário, portanto, investigar de que forma as práticas sanitárias participaram dos processos sociais em curso na época. Isto é, será necessário investigar as proporções e o modo, pelo qual terão participado do aumento do exército

31 Como a peste, a varíola, e outras.

32 Illich, I. – *A expropriação da saúde*, Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.

de força de trabalho disponível para o capital industrial. Da mesma forma será preciso ainda esclarecer como estas práticas se integraram ao processo de urbanização.

Em vez de responder diretamente a essas questões, volte-se um pouco, ainda, para aquele período histórico. Estava-se em uma sociedade capitalista, na qual o processo de industrialização e urbanização se dá no momento em que se amplia a presença política do proletariado, em constituição. É interessante assinalar que, no final deste período, as práticas coletivas de saúde, tenderão a assumir um evidente “papel secundário”, em relação às práticas individuais, no interior do conjunto das ações de saúde.³³

O processo inglês, mas também o francês ou o alemão, de emergência das práticas sanitárias é um exemplo bem rico para a compreensão das práticas sanitárias como práticas sociais estruturadas infra e supraestruturalmente nas sociedades capitalistas.³⁴ “(...) (A) formalização legal da Saúde Pública (...) encontra aí (na Inglaterra) (...) seu máximo

33 “Portanto, na segunda metade do século XIX, o Estado inglês, [...] já garantira a presença de uma rede relativamente ampla de medicalização representada, de um lado, pelo cuidado do pobre, de outro, pela implantação de medidas gerais de controle do ambiente, bem como das doenças transmissíveis e das epidemias. A ampla categoria do trabalho encontra-se ainda excluída desse processo, com relação ao cuidado médico individual. Será necessária toda uma recomposição econômica, ideológica e política antes que se configure a generalização da assistência, já na metade do século XX. Mas, os gastos com os quais emerge gradualmente essa recomposição, já se encontram presentes e, não apenas na Inglaterra, nas últimas décadas do século anterior”. Donnangelo, M.C.F., e Pereira, L. - Saúde e Sociedade. p. 68.

34 Para melhor abordagem desta questão das práticas sociais, veja-se Pereira, L. - *Capitalismo e Saúde*. Apêndice em Donnangelo, M.C.F., e Pereira, L. - Saúde e Sociedade. e Pereira, L. *Anotações sobre o capitalismo*, Pioneira, São Paulo, 1979.

desenvolvimento por comparação às demais sociedades européias da época.”³⁵

Nas suas análises sobre este processo, Maria Cecília Ferro Donnangelo afirma a respeito das novas condições que respondem por ele: “(...) específicas circunstâncias econômicas e políticas do começo do século, em particular o acentuado desenvolvimento da economia inglesa, a partir da “Revolução Industrial” e a alteração do quadro político das frações industriais e financeiras da burguesia, bem como à emergência e ao reforço gradual das organizações operárias “as Trade Unions”.³⁶ E ainda, que aquelas ações de Edwin Chadwick anteriormente referidas, introduziram as medidas que se consolidaram com a Lei de Saúde Pública de 1875, na qual se definem as responsabilidades e os poderes das autoridades sanitárias locais e as funções do “Médico de Saúde”³⁷. Evidencia-se assim que as condições do proletariado urbano, em particular nas cidades industriais, fazem com que a questão da Saúde Pública apareça na seqüência direta da reforma da Lei dos Pobres: “A necessidade de controlar, por razões econômicas e políticas, a ação dos fatores que acarretam os elevados índices de enfermidade e de morte, vai assumir agora a forma predominante do Sanitarismo, com a adoção de medidas capazes de atingir coletivamente a população”.³⁸

Com essas sumárias referências ao processo histórico, no qual se institucionalizou o Sanitarismo na Inglaterra, pretendeu-se indicar como as práticas sanitárias podem

35 Donnangelo, M.C.F., e Pereira, L. – Saúde e Sociedade. p. 65.

36 Ibidem, loc. cit..

37 Ibidem, p. 67.

38 Ibidem, loc. cit.

ser caracterizadas como práticas construtivas da sociedade capitalista inglesa, e por extensão sugerir a forma, através da qual as práticas sanitárias se articulam nas sociedades capitalistas em geral. Isto é, a dinâmica das relações de produção destas sociedades determina o campo de prática e saberes, onde se organizam as ações coletivas de saúde.

Portanto, a estruturação das práticas sanitárias na Inglaterra passou pelo modo como, nesta sociedade, o capital enquanto relação social, imprimiu sua intencionalidade aos diferentes elementos que compõem.³⁹

39 As relações sociais capitalistas se estruturaram a partir de relações de produção bem determinadas, onde a marca fundamental é a relação entre os proprietários do capital e os da força de trabalho tem como resultado a produção e realização da mais-valia, e este processo produtivo só se viabiliza se as relações sociais determinarem que a força de trabalho seja uma mercadoria possível de apropriação pelo capital; e a existência de poderes legitimados do capital sobre o trabalho. Quando Marx diz que a dinâmica interna do capital regula e determina todo o processo social do modo de produção capitalista, está expressando o fato de que as relações sociais deste modo de produção são, infraestruturalmente, relações econômicas entre capitais, cuja dinâmica é permanentemente contraditória, onde o capital que se “alimenta” de trabalho vivo, sob a forma de capital variável, gera o seu contrário, isto é, o aumento relativo do capital constante (trabalho morto). Deste modo, e neste movimento contraditório, podemos dizer, em geral, que o conflito se dá entre o capital e o trabalho, pois, as categorias econômicas que eles portam se expressam como grupos sociais, com interesses particulares (próprios ou não), as classes sociais. Assim, Marx identifica no conflito entre a classe capitalista e a classe trabalhadora o ponto central dinamizador, isto é, o núcleo contraditório básico, no modo de produção capitalista. Entretanto, só é possível entender o modo de produção capitalista como uma unidade, se se puder perceber que o movimento contraditório do capital, enquanto categoria econômica, é determinante dos conflitos das classes sociais, mas ao mesmo tempo é gerador de um processo superestrutural, organicamente articulado a ele, legitimador e reproduzidor destes conflitos sob a sua óptica. Assim, as relações econômicas deste modo de produção supõem as relações

Em outras palavras, pode-se ainda afirmar que as práticas sanitárias são práticas sociais estruturadas, de acordo com o movimento infra e supraestrutural do capital, pois, é este que imprime aos agentes sociais e ao meio o seu sentido, as suas finalidades. Portanto, nesse sentido, as práticas sanitárias tomam como seu objeto os grupos sociais enquanto classes sociais, e no meio ambiente enquanto lugar de produção do capital e de reprodução das classes sociais.

O movimento social que se completou com a hegemonia da burguesia industrial inglesa mostra que as práticas sanitárias, ao mesmo tempo em que intervêm sobre a população, no nível econômico, discriminando-a enquanto força de trabalho e, portanto, enquanto população produtiva para o capital industrial, procedem a essa mesma intervenção, no nível político-ideológico, tomando para si como objeto a mesma população enquanto uma categoria homogênea, formada por cidadãos em igualdade de condições, legitimando assim a dominação burguesa.⁴⁰ Com isto, estas práticas passam a ser retraduzidas permanentemente sob a óptica da burguesia, mesmo que neste processo se absorvam demandas, dos mais variados tipo, das outras classes sociais.

políticas e ideológicas, este processo de articulação é específico no modo de produção capitalista, devido às particularidades das suas relações de produção. Esta síntese foi elaborada a partir dos textos de Marx, K., pp. 712 à 52, e Pereira, L. - *Capitalismo e Saúde*, Saúde e Sociedade.

40 Decio Saes analisa com muita propriedade a questão da dominação burguesa, o direito burguês e a cidadania, e nos sugere que "... existe uma diferença fundamental entre o direito burguês e os tipos historicamente anteriores de direito (escravista, feudal), enquanto estes conferem um *tratamento desigual aos desiguais* (classe exploradora e classe explorada), o direito burguês é, na sua essência, o *tratamento igual dos desiguais*". Saes, Decio - *O Conceito de Estado Burguês: Direito, Burocratismo e Representação Popular*, texto mimeografado, IFCH - UNICAMP, 1982

As práticas sanitárias estarão executando funções do capital através de ações, que viabilizam a ocupação no espaço urbano, submetido às relações de produção capitalista. Note-se que não são as práticas sanitárias que irão determinar a produção da força de trabalho ou do espaço urbano capitalista, mas sim as relações de produção capitalistas, nas quais, essencialmente, o capital designa quais serão os recursos sociais necessários à sua dinâmica de “produção e apropriação da mais-valia”⁴¹ e como serão utilizados. Entretanto, as práticas sanitárias irão participar da reprodução da força de trabalho e das condições materiais, nas quais a força de trabalho se reproduzirá adequadamente, segundo as necessidades impostas pelo processo de acumulação do capital. É nesta circunstância que se torna compreensível a análise das práticas sanitárias, enquanto práticas sociais de efeitos predominantemente infraestruturais.

No entanto, é interessante assinalar que estas práticas de saúde apresentam uma peculiaridade bem diferenciada, em relação às do cuidado médico individual, que como contraponto se comportam como práticas sociais de efeitos predominantemente, supraestruturais. Sobre estas últimas tem-se assinalado a sua relativa impermeabilidade, em termos de “(...) estrutura de saber e prática, centrada no individual e nos biológicos (...) [aos] efeitos de reordenações econômicas e político-ideológicas”⁴², enquanto que para as “de saúde coletiva” sucede uma relativa permeabilidade

41 Veja-se nota 38, supra.

42 Donnangelo, M.C.F. -A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70, in Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1983, p. 20. Ver também o texto da nota 2, supra.

àqueles que feitos.

Em um determinado contexto social, com a sua dinâmica econômica e política própria, é que se definirá como e qual coletivo será objeto das práticas sanitárias, e será possível interpretar dada uma conjuntura social concreta, as finalidades destas mesmas práticas.

O objetivo e o objeto das práticas sanitárias se definiram historicamente no modo de produção capitalista, em torno do processo de acumulação de 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. Isto 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 sociais capitalistas de produção.

Como as características do objeto, mais a finalidade do trabalho, determinam os meios de trabalho, de aproximação e transformação, temos que a historicidade dos meios de ação sanitária expressa à historicidade dos seus objetos e das suas finalidades sociais e eles impressas.⁴³

Assim, a dinâmica social é que imprime as diferentes facetas adquiridas pelas práticas sanitárias, de tal forma

43 As características do objeto de um lado, a finalidade do trabalho de outro, determinam as características desses meios de aproximação e de transformação - meios de trabalho. Toda a historicidade verificada no objeto e na finalidade deve ser reencontrada, portanto, nos meios de trabalho. Gonçalves, R.B.M. - Medicina e História. Raízes Sociais do Trabalho Médico, apresentado como Dissertação de Mestrado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979, p. 54.

que a passagem para a utilização de outros meios é ditada pela maior presença, no cenário social, de forças sociais que se contrapõem a determinados modos de se realizar a produção social capitalista, exigindo uma resposta por parte da sociedade que as absorva e/ou neutralize.

Esse processo se torna bem perceptível quando se observa o surgimento das práticas de Educação Sanitária em um momento posterior da relação entre as classes sociais polares, no capitalismo monopolista. A Educação Sanitária traz implícita a ideia de que a “consciência sanitária” do indivíduo é um dos pontos básicos para manter em harmonia a relação saudável entre o homem e seu meio externo, apelando, portanto, para um esforço sistemático e permanente no nível de um trabalho pedagógico de formação (e transformação) da consciência individual, segundo preceitos e normas ditadas pela higiene.⁴⁴ Portanto, estas ações ideológicas de Educação

44 No III Congresso Brasileiro de Higiene, que se realizou em São Paulo, em 1926, o médico C. SÁ apresentou um verso, que deveria ser recitado diariamente pelas crianças como um meio de se manterem saudáveis. Este verso foi apresentado junto ao tema -Formação de hábitos sadios nas crianças, e expressa, claramente, a concepção sobre Educação Sanitária e higiene pessoal:

*“Hoje escovei os dentes
Hoje tomei banho
Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão
Ontem me deitei cedo e dormi com as janelas abertas
De ontem para hoje já bebi mais de 4 copos de água
Ontem comi ervas ou frutas, e bebi leite
Ontem mastiguei devagar tudo quanto comi
Ontem e hoje andei sempre limpo
Ontem e hoje não tive medo
Ontem e hoje não menti”*

Dutilh Novaes, H.M. - A puericultura em Questão, apresentado como dissertação de Mestrado ao Departamento de Medicina Preventiva da

Sanitária, fundamentalmente de tipo consensual, se somam àquelas da polícia sanitária, de tipo mais coercitivo em momentos que a ascensão do movimento operário tornou-se um dado importante, como, por exemplo, na sociedade americana, onde mais nitidamente se expressou esta corrente sanitária. Coincidentemente, as ações do tipo cooptativo/consensual eram uma proposta referente à bem mais do que as práticas sanitárias, em alguns setores industriais americanos, a ponto de Antonio Gramsci denominar este período como aquele da fase de ação “fordista” dos setores dominantes.⁴⁵

Ao se consolidarem as relações de produção capitalistas aparecem, tanto para o capital quanto para o trabalhador, o problema dos “corpos sociais”, pois, a reprodução do portador da força de trabalho passa a ser agora elemento vital, para que o capital possa encontrar no mercado, em quantidades economicamente viáveis, força de trabalho a ser comprada.

Percebe-se que isto já ocorre, mesmo quando as relações de produção capitalistas ainda não se tinham consolidado, mas sem dúvida é quando estas se cristalizam que o “corpo” se torna uma questão social⁴⁶, seja pela sua

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979 p. 97.

45 Gramsci, A. – *Americanismo e Fordismo*, in *Maquiavel, A política e o Estado Moderno*, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1978.

46 A questão social é entendida aqui, conforme a própria explicação dada por José Carlos de Souza Braga, quando explica a emergência da saúde como questão social no Brasil. “... De um lado, a gênese e transformação desses fenômenos constituem manifestações concretas das formas, através das quais se reproduzem as relações sociais de produção. De outro, manifestam-se nas práticas políticas e ideológicas e tendem a se constituir em objeto de políticas do Estado. ... O desenvolvimento capitalista, neste sentido,

presença econômica ou política, na forma de ação dos grupos sociais específicos.

Portanto, ao ter as classes sociais como objeto, as práticas de saúde são o principal “construtor” da “política social do corpo”, ao incorporarem características infra e supraestruturais daquelas classes, e sempre retraduzindo-as sob o ângulo da dominação do capital sobre o trabalho.

As instituições médicas se tornam o único e legítimo lugar para “falar e atuar” sobre os corpos, adquirindo a forma dos aparelhos de hegemonia no desempenho de sua atividade, onde se elegem determinados agentes sociais – como, por exemplo, o médico - como os portadores dos instrumentos necessários para a execução e efetivação daquela atividade.

No caso inglês, as práticas sanitárias se configuraram enquanto práticas estatais, adquirindo sua conformação institucional, no interior do Estado burguês, *sensu strictu*. Portanto, interessam entender quais são as características básicas desse Estado, que se tornam, também, traços fundamentais das práticas sanitárias.

Como qualquer tipo de Estado, o burguês também é “(...) um conjunto de recursos materiais/humanos utilizados na conservação do processo de extorsão do sobretrabalho

constitui em questões sociais, entre outros, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o capital. Num mesmo movimento, constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões; e ao fazê-lo, o Estado capitalista e nacional amplia-as, “atribuindo-lhes” um caráter geral e universal. Braga, J.C.S. e Paula, S.G. - Saúde e Previdência. Estudos de política social, CEBES, Hucitec, São Paulo, 1981, p. 41.

(...) e da dominação de uma classe (...) por outra”⁴⁷ (...). No entanto, a organização destes recursos é específica para cada tipo de Estado, e no burguês o burocratismo é esse modo particular.⁴⁸

O conjunto das ações inspiradas e coordenadas por Edwin Chadwick, seu conteúdo e estilo, permite sugerir que uma de suas características básicas era o fato de serem componentes orgânicos deste modo de intervenção estatal. Edwin Chadwick, ao estabelecer, como burocrata do Estado industrial inglês, as suas relações com os setores sociais no estilo do “benthanismo”, o faz incorporando as questões coletivas de saúde, conforme o direito burguês e no estilo do burocratismo.

Desta forma, quando as práticas sanitárias transformam a problemática das condições coletivas de saúde, produto das relações sociais de produção, em seu objeto de ação, passível de um tratamento científico instrumentalizado, e se organizam a partir das instituições estatais, elas estarão intervindo de modo a reforçar as ideias de que, se todos são iguais perante as instituições estatais, assim como também o são perante a ciência, as eventuais diferenças que se verificarem deverão ser atribuídas a características individuais

47 Saes, D. – *O Conceito de Estado Burguês: Direito, Burocratismo e Representação Popular*, p. 25.

48 “Vejam os em que consiste o modo particular ao Estado burguês, de organização desses recursos, lembrando-nos, também aqui, que só um modo de organização das forças armadas e das forças coletoras - e não, outros - cria as condições ideológicas necessárias à reprodução das relações de produção capitalistas. Esse modo particular consiste, justamente, naquilo que Poulantzas, simultaneamente, incorporando e retificando a análise de Weber, conceitua como burocratismo”. *Ibidem*, loc. cit.

ou ao acaso, e não às diferenças reais que decorram de suas distintas posições nas relações de produção. Com isso, realizam uma ação concreta de reproduzir a diferença entre os grupos sociais, conforme o lugar que eles ocupam nas relações sociais de produção, ocultando-a ao mesmo tempo.

A dinâmica que o capitalismo industrial imprimiu à sociedade inglesa é bem diferente, no entanto, quantitativa e qualitativamente, daquela que o capitalismo agroexportador realizou no Brasil.

Portanto, para se entenderem apropriadamente as especificidades das práticas sanitárias, que se institucionalizarão em São Paulo, dever-se-á considerar que o processo de “importação” das teorias, que instrumentalizaram as práticas sanitárias que se desenvolveram nos países centrais, se dá através de uma descontextualização/recontextualização, conforme os padrões próprios de desenvolvimento das relações sociais capitalistas no Brasil.

Capítulo II

A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo

Na década de 1860, no Brasil, ocorre uma inflexão no sistema de produção agroexportador à base do trabalho escravo, o que leva à introdução da mão de obra livre, baseada principalmente em imigrantes estrangeiros.

Neste momento, assinala-se o desenvolvimento de uma nova região no país; começa a se evidenciar o oeste paulista frente ao Vale do Paraíba. Inicia-se a ascensão econômica do grupo cafeeiro de São Paulo, que adota o trabalho assalariado em suas fazendas. Apesar de só na era republicana este grupo se tornar hegemônico, fazendo das instituições sociais “trincheiras” para o seu domínio de classe e das práticas sociais, como um todo, um campo de consolidação do seu poder, o seu início de transformações no conjunto das práticas sociais se dá bem antes da formação da

República.⁴⁹

No que se referem ao objeto deste estudo, as práticas sanitárias no Estado de São Paulo, ainda que no início da República ocorra a sua efetiva institucionalização, já na década de 1880 com o Dr. Marcos Arruda, em plena monarquia, observa-se embrionariamente o início destas práticas. As ações desenvolvidas por este médico⁵⁰ ocorriam no interior de seu consultório particular e visavam, no fundamental, o combate à varíola, mesmo que precariamente. Entretanto, é só na era republicana que se verifica uma mudança radical no conjunto de práticas sanitárias, tanto no que se refere ao seu objeto, quanto na estrutura organizacional e técnica que as mesmas terão.

Na década de 1880 o Estado de São Paulo era palco de uma epidemia de febre amarela, que se alastrava pelo interior, atingindo as zonas de plantação do café e as áreas urbanas, ligadas à comercialização e exportação do produto, como o porto de Santos.⁵¹

A partir de então, assiste-se a uma avalanche de fatos⁵², que permite afirmar o surgimento de uma nova

49 Uma análise mais específica encontra-se em Cardoso, F.H. – *Dos Governos militares a Prudente – Campos Sales, e em Love, J. – Autonomia e interdependência. São Paulo e a Federação Brasileira*, DIFEL, São Paulo, 1975, volume 8.

50 Mascarenhas, R.S – *Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo, A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil – A Década de 70.*, pp35 e 36.

51 Lefevre, E. – *A Administração do Estado de São Paulo na República Velha*, Typografia Cupolo, São Paulo, 1937, p. 175.

52 Mascarenhas, R.S. – *História da Saúde Pública no Estado de São Paulo*, op. cit.

conjuntura, no Estado de São Paulo, quanto às práticas sanitárias. Como representativos dessa fase, podem-se lembrar os seguintes acontecimentos:

- Cria-se o Instituto Vacinogênico e a Comissão de Vigilância Epidemiológica para a zona urbana, em 1892.
- Regulamenta-se o Laboratório Bacteriológico e o Serviço de Desinfecção, em 1893.
- Redige-se o 1.º Código Sanitário Estadual em 1894, e neste mesmo ano regulamenta-se o funcionamento do Hospital de Isolamento.
- Funda-se o Instituto Butantã, em 1901, e o Instituto Pasteur em 1903.⁵³

Estes fatos estão organicamente vinculados a todo um contexto social que se configurava no país, e que influenciará o desenvolvimento ulterior da Saúde Pública paulista. O nascimento da República, em 1889, se faz

53 Vale a pena dar algumas informações de outros fatos e datas, que serão tratados mais adiante, quanto ao desenvolvimento das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. A historiografia dos serviços de Saúde Pública neste Estado apresenta como marcos importantes, no período da República Velha, os seguintes acontecimentos:

- O surgimento do Serviço Sanitário estadual em 1892 no âmbito da Secretaria do Interior do Governo do Estado de São Paulo.
- A designação do Dr. Emílio Ribas para o cargo de Diretor Efetivo do Serviço Sanitário estadual em 1897, que ficou neste cargo até o ano de 1917, apesar de em 1913 ter-se licenciado desta função.
- As reformas do Serviço Sanitário estadual em 1893, 1896, 1906, 1911, 1917 e 1925.
- A elaboração dos Códigos Sanitários estaduais em 1894, 1911 e 1918.

A designação do Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza para o cargo de Diretor do Serviço Sanitário Estadual em 1922

acompanhar de modificações significativas nas instituições sociais e na relação entre os grupos sociais.

No Decreto Lei⁵⁴, de 1891, o Governo Provisório determina que os estados serão os responsáveis pela organização das ações sanitárias terrestres⁵⁵ nas suas respectivas regiões; introduzindo aquilo que será uma das características das ações dos governos oligárquicos⁵⁶ republicanos, isto é, a autonomização das práticas regionais, o que possibilitou a alguns Estados, mais capacitados, um verdadeiro “boom” de ações sanitárias, como é o caso de São Paulo.

54 “O decreto federal de 30 de dezembro de 1891, que se tornou explícita a lei orçamentária da despesa para 1892, descentralizou, nos governos estaduais, as atividades terrestres da Saúde Pública”. O Artigo 2.º da mesma lei dizia:

- I. Ficam pertencendo à municipalidade do Distrito Federal os serviços concernentes à higiene e polícia sanitária urbana, limpeza da cidade e das praias, Hospital São Sebastião, Desinfectório, Assistência à Infância, compreendidos os menores empregados nas fábricas e os educandos das Casas São José e Asilo de Meninos Desvalidos.
- II. Passarão para os Estados as despesas com os governadores ou presidentes e secretários e com o serviço de higiene terrestre nos respectivos territórios.

O Governo Federal, na descentralização planejada das atividades de Saúde Pública reservou como atribuição sua, em 1892, apenas a polícia sanitária marítima Macarenhas, R.S -Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo, pp 36 e 37.

55 Porque as ações sobre os portos e embarcações marítimas continuavam sob a responsabilidade do Governo Estadual.

56 Aqui o sentido dado ao termo “oligarquia” é aquele que é utilizado por autores como Fernando Henrique Cardoso, Boris Fausto, Edgar Carone, Francisco de Oliveira, e outros para caracterizar os grupos sociais pertencentes à classe dominante e que mantêm a hegemonia política nos diversos estados do Brasil, no período da República Velha.

O período histórico que marca o surgimento da República tem, em São Paulo, um dos momentos mais evidentes de que “algo de novo” acontecia no conjunto das práticas sanitárias. Isto não se deu de forma homogênea por todo o território nacional, dadas as diferentes características regionais, econômicas e políticas, da época oligárquica. Sem dúvida, só o processo de desenvolvimento das práticas sanitárias no Rio de Janeiro se compara ao ocorrido em São Paulo, pelo papel de destaque que assumia, por ser o centro político do poder central, como capital da República.

Lembre-se aqui que, apesar de até 1910 o Rio de Janeiro possuir a maior população local, e liderar a produção industrial da época, quando se observa a taxa de crescimento, tanto populacional, quanto econômico-industrial das duas regiões, verifica-se que São Paulo se situava muito adiante do Rio, colocando-se evidentemente como região mais dinâmica do país.

Esta situação particular do Estado de São Paulo faz dele um lugar privilegiado para se entender como se dão as relações entre o desenvolvimento do capitalismo moderno⁵⁷

57 Capitalismo moderno, aqui, está se caracterizando o período histórico no qual se constitui uma burguesia agrária no Brasil, “A formação da burguesia agrária brasileira não se dá inteiramente no período circunscrito da República Velha; é claro que desde o Império essa burguesia está se constituindo, [...] no momento em que ela passa a ser a mediadora entre a força de trabalho e as forças produtivas e ao mesmo tempo destrói os mecanismos do “exclusivo comercial”. Mas elas somente se completam como burguesia agrária no momento da passagem do trabalho escravo para o trabalho livre[...]”. Oliveira, F - A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil, in O Brasil Republicano, in História Geral da Civilização Brasileira, DIFEL, São Paulo, 1975, Volume 8 p. 40.

no Brasil e o conjunto das práticas sanitárias, e qual será a herança que estas carregarão, para o futuro, no seu interior, a partir deste processo.

Para tanto, julga-se necessário fazer referência ao processo de constituição das classes sociais e a sua situação no cenário político e econômico do período, seus interesses materiais e ideológicos e seus modos de relacionamento, além de delimitar as características do aparelho de Estado para, finalmente, proceder-se à análise e a interpretação da emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, enquanto um conjunto de práticas sociais que se definem no campo de disputa das classes sociais.

Por isso, torna-se necessário realizar adiante a análise do período histórico da República Velha⁵⁸, na tentativa de definir o caráter de classe do Estado vigente neste período, e apreender o sentido dos conjuntos das práticas sociais, entre elas as práticas sanitárias, que têm ali o seu lugar de efetivação. Tal análise priorizará os processos que ocorrem em São Paulo, dando seguimento à concretização dos objetivos colocados para o objeto deste trabalho.

58 República Velha é aqui considerada como o período que vai do surgimento d República em 1889 até 1930, de acordo com diversos historiadores.

Parte I - A República Velha

O conjunto dos estudos sobre o primeiro período da República, no Brasil, é rico em interpretações e dados, entretanto, observa-se que os mesmos nem sempre estão de acordo entre si.

Pode-se supor que essas interpretações conflitantes, ainda que em alguns casos expressem variações nas informações de que se valeram os analistas do período, em outros se devem a diferentes modos de interpretação histórica. Por exemplo, há autores que, como Nelson Werneck Sodré, afirmam que a Revolução de 30 expressa nitidamente os conflitos gerados entre a burguesia industrial e a agrária, enquanto outros, como Jacob Gorender ou Boris Fausto, afirmam que na realidade ela espalha a quebra da unidade inter-oligárquica.

É de consenso, entretanto, que o processo de instauração da República no Brasil reflete especificidades próprias do desenvolvimento capitalista específico nessa sociedade, não reproduzindo os mesmos passos do desenvolvimento social dos países centrais. Portanto, as relações entre capital industrial e agrário, entre burguesia e revolução democrática, obedecem a padrões próprios de desenvolvimento.

Florestan Fernandes tem afirmado, por exemplo, que o padrão de desenvolvimento, gerado pela confluência da economia de exportação, colonial e neocolonial, com a expansão do mercado interno e da produção industrial, se dá sob o tipo de capitalismo competitivo, cujos marcos são

referentes à segunda metade do século XIX.⁵⁹

Este padrão de desenvolvimento capitalista estava “duplamente articulado: internamente, através de articulação do setor arcaico ao moderno ou urbano-comercial, transformando-se lentamente em urbano-industrial, e externamente, através da articulação do complexo econômico agrário-exportador às economias capitalistas centrais”⁶⁰, acarretando um estado de conciliação permanente entre os setores dominantes internamente, e destes setores com os grupos capitalistas dos países centrais.

Indo além, afirma que estas condições não impedem uma revolução burguesa, mas que ela se dá seguindo os padrões clássicos de revolução democrático burguesa, pois “sob o capitalismo dependente em nosso país, configurou-se um padrão de dominação autocrático burguês.”⁶¹

59 “A fase de eclosão do mercado capitalista moderno é, na verdade uma fase de transição neocolonial. Sua delimitação pode ir, grosso modo, da abertura dos portos até os meados ou à sexta década do século XIX [...] A fase de formação e expansão do capitalismo competitivo se caracteriza pela consolidação e disseminação desse mercado e por seu funcionamento como fator de diferenciação do sistema econômico. Ela compreende, pois, tanto o período de consolidação da economia urbano comercial quanto a primeira transição industrial verdadeiramente importante; e vai, a grosso modo, da sexta década ... do século XIX até à década de 1950” [...] Fernandes F. - *A revolução Burguesa no Brasil*, ZAHAR, São Paulo, 1975, pp. 224 e 225.

60 *Ibidem*, p. 241.

61 “A própria superação da situação neocolonial já indica, por si mesma, alterações que refletem a emergência de uma burguesia articulada socialmente em bases nacionais; as outras duas transições subseqüentes atestam, por sua vez, que a transformação capitalista e a dominação burguesa sofrem as gravitações que podem atingir sob o capitalismo dependente, tornando as evoluções possíveis do poder burguês uma realidade histórica ... o caráter político do capitalismo dependente (tem) duas faces, na verdade,

Ainda que, aqui, se tenham os parâmetros para a compreensão do processo de desenvolvimento capitalista no Brasil, resta esclarecer quais são os reais processos econômicos sociais, que dão conta dessas especificidades.

A economia brasileira foi gerada no interior do capitalismo ocidental, e nasceu em um processo social, no qual a questão vital sempre foi a de exprimir a “(...) dialética de produção [da] forma de valor [capitalista] (...)”.⁶²

Não se colocaram, portanto, as mesmas questões das etapas clássica do desenvolvimento econômico-social dos países centrais, isto é, como se houvesse no Brasil uma estrutura de produção feudal que gerasse a atual, capitalista. O que ocorreu foram diferentes formas de estruturação da economia nas relações capitalistas do mundo ocidental e que variaram desde a forma extrativista, até a neocolonial escravagista, até o “modo de produção de mercadorias”⁶³,

interdependentes. E, ainda, com que a revolução burguesa “atrasada”, da periferia, seja fortalecida por dinamismos especiais do capitalismo mundial e leve, de modo quase sistemático e universal, a ações políticas de classe profundamente reacionárias pelas quais se revela a essência autocrática da dominação burguesa ...” Fernando, F. - *A revolução Burguesa no Brasil* pp. 293-295.

62 Oliveira, F. – *A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil*, p 395.

63 Este conceito é usado por Francisco de Oliveira para designar o momento em que a produção agrária se dá, através do uso da força de trabalho livre no Brasil, mesmo admitindo a existência de outras formas de produção, que funda a possibilidade de um modo de produção de mercadorias e na sua exacerbação, do capitalismo como modo de produção de mais-valia, é, no fundo, semelhante em todas as latitudes, mas difere substancialmente em seu modo de realização”. *Ibidem*, p. 403, e - *A Abolição resolve um dos lados dessa contradição, transferindo para fora dos custos de produção dos bens agro-exportados, conforme já se assinalou, o fundo de subsistência*

que marca a época republicana.

Da era escravagista, na qual a acumulação de riquezas se dava em terra, escravos, mas não em capital, na qual se gerava acumulação primitiva das metrópoles, obstaculizando internamente a divisão social do trabalho, desembocou-se diretamente na era do nascimento da força de trabalho livre.⁶⁴

As grandes plantações agroexportadoras começam a utilizar o trabalhador assalariado, ao mesmo tempo em que surge uma classe de pequenos proprietários rurais, que produzem para o consumo interno de subsistência, o que possibilita a instalação do “modo de produção de mercadorias” dentro da “vocação agrícola”.⁶⁵ Potencializa-se a produção interna de mercadorias para o consumo, tanto o de subsistência, como o industrial.

A República Velha impulsiona este processo: tanto porque os grandes proprietários reverteram para si a acumulação, com ampliação de posses, propriedade da terra, controle das

dos escravos, que, transformada em força de trabalho deve cuidar agora de sua própria reprodução. E disto nasce a possibilidade de um modo de produção de mercadorias”. Oliveira. *A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias*, p. 404.

64 Veja-se Fernandes, F. – *A revolução Burguesa no Brasil.*, pp. 402-404.

65 Termo utilizado por Francisco de Oliveira para expressar o processo econômico da República Velha, que implicava uma especialização da nossa estrutura produtiva em função da agroexportação. “As condições herdadas pela Primeira república, já pormenorizadas, levam a reiteração da “vocação agrícola” do país, atingindo o auge da exportação de café entre 1910 e 1925”. Oliveira, *Op. Cit.*, p. 397: e A própria agroexportação recebe, com isso, um inusitado alento: nascimento da força de trabalho e do campesinato constituem, agora, os motores que vão acelerar a radicalização da “vocação agrícola” do país, são ponto de tornar o café o produto primário de maior valor no comércio internacional”, *Ibidem*, *lo. cit.*

trocas entre unidades de produção distintas, quanto pela introdução do trabalhador livre, com o predomínio do capital variável, fazendo crescer a rentabilidade da exploração.⁶⁶

Sem dúvida o “carro chefe” deste processo é a cafeicultura paulista, que passa a ser o principal produtor e detentor interno do excelente econômico. Entretanto, no complexo cafeeiro⁶⁷, a esfera da circulação e realização final escapava da burguesia agrária, pois está, na sua dimensão comercial e financeira, estava sob o controle do capital externo, principalmente o inglês.

Assim, um dos aspectos centrais da economia na República Velha era a intermediação comercial e financeira da agroexportação, que terá sua realização, quase que totalmente no exterior. Parte considerável do excedente não será reinjetado na produção interna, e o ciclo produção-financiamento-comercialização-acumulação-produção exigirá uma política cambial que, de tão fundamental, praticamente será este o modo como se expressará a “política econômica” do governo no período.⁶⁸

66 Veja-se Oliveira, F. A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil, pp. 396-397.

67 “O complexo exportador cafeeiro empunha-se de um núcleo produtor, que incluía as unidade de beneficiamento, de um segmento urbano, que abrigava o sistema de transporte e embarque, as atividades comerciais e os serviços financeiros (bancos)”. Reichstul, H.P. e Goldenstein, L. - Sessenta anos de economia, divulgação do Centro Acadêmico de Ciências Humanas da Universidade de Campinas, São Paulo, 1982, mimeografado.

68 “... a intermediação comercial e financeira por realizar-se inteiramente na forma de divisas estrangeiras, torna a preservação dessa forma de valor vital para a realização completa do circuito “produção-financiamento-

Todo esse processo econômico é concomitante a uma dinâmica social específica, na qual encontra seu sentido, presidida pelo Estado oligárquico, que “configurará o poder e a dominação burguesa (...) [no] (...) início da modernidade no Brasil, que separa a era senhorial, da burguesia”.⁶⁹

Nesta fase, a do “modo de produção de mercadorias”, ocorre intenso desenvolvimento capitalista da divisão social do trabalho, que expressa na configuração do setor urbano-comercial, onde se manifesta a “vocalização agrícola”, através do crescimento de setores, como o de transporte, que reiterarão aquela situação vocacional. Mas este será também o processo no qual ocorre o nascimento do setor urbano-industrial, no Brasil: “A passagem para o trabalho livre funda, também, a possibilidade de um modo de produção de mercadorias; a separação entre produtores e meios de produção vai fazer crescer enormemente uma população para o capital, com o que a potencialidade da acumulação é reforçada.”⁷⁰ O avanço da divisão social do trabalho nas cidades exigirá a simultaneidade da industrialização com a urbanização, mas de ritmo lento e intermitente, que encontrará, só depois de 1930, o seu momento institucional mais favorável.

comercialização-acumulação-produção”; daí que a política cambial se tenha convertido, ao longo da história da Primeira República, na determinante fundamental do arremedo do que se poderia chamar de “política econômica” do governo e núcleo das controvérsias e das lutas econômicas, sociais e políticas, no seio da própria classe dominante”. Oliveira, F. - A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil. P. 398.

69 Fernandes, F. A revolução Burguesa no Brasil., p. 203. Com base também em autores como Maria do Carmo Campello de Souza, Boris Fausto, Edgar Carone, e outros, é possível utilizar a denominação Estado oligárquico para designar o estado republicano na fase da República Velha.

70 Oliveira, op. cit, p. 404.

A compreensão do início da era republicana tem que se prender a uma interpretação, dentro do quadro até aqui elaborado, da dinâmica das classes geradas neste processo de transformação do período urbano-comercial para o urbano-industrial, e que envolve a criação do Estado oligárquico.

Devido ao lugar chave assumido pela oligarquia e pelo Estado oligárquico para interpretação deste período, torna-se necessário um enfoque analítico mais particularizado sobre os mesmos, tentando-se captar as suas características básicas, enquanto elementos fundamentais da estruturação da sociedade nesta fase histórica, antes de se avançar para a análise conjunta da emergência das práticas sanitárias e dos processos sociais e políticos da República Velha, no Estado de São Paulo.

Com a República, rearranjam-se as instituições políticas de acordo com a manutenção dos diferentes poderes regionais, dando origem à fase de hegemonia das oligárquicas modernas.⁷¹

A era que vai da proclamação da República ao governo Campos Sales (1899-1902) é aquela em que se definiu efetivamente, ao nível político, a formação das estruturas de dominação nos Estados, através da consolidação da “política dos governadores”.⁷²

71 O termo “oligarquias modernas” é empregado aqui para designar os grupos sociais detentores das propriedades agrárias, vinculados à agroexportação e cuja fração hegemônica era ligada ao setor cafeeiro, principalmente nos Estados de São Paulo e Minas Gerais.

72 “Campos Sales havia sido eleito oficialmente em nome dos “republicanos”. A partir daí, achavam-se estes mais autorizados a dominar as eleições legislativas. Os “concentrados”, por outro lado, fundamentavam seus direitos na necessidade imperiosa de preservar seus feudos políticos [...] É preciso

Determinadas regiões, em que se expressa a presença política e econômica de grupos oligárquicos hegemônicos, encontram-se em nítido destaque, na conjuntura social da República Velha. É isto que acontece, por exemplo, com São Paulo e Minas Gerais, durante o decorrer do referido período.

Esta hegemonia das oligarquias paulista e mineira é tão acentuada que, em onze disputas presidenciais, elas saem vitoriosas em nove.⁷³ Este processo de hegemonia é explicado a partir de uma dupla articulação: a política, em que a unidade intraregional, conseguida por cada oligarquia em sua área, dava-lhe o lastro para a sustentação desta situação em âmbito nacional, e a econômica, em que aquelas mesmas oligarquias, ao deterem o controle do pólo mais dinâmico e moderno da produção agroexportador do país, adquiriam as condições

apontar aqui o seguinte fato: o poder legislativo, e não o judiciário, era o órgão verificar dos poderes dos deputados, senadores, presidente e vice-presidente da República.

Dominar as eleições significava controlar[...] a comissão reconhecadora de diplomas [...] Ante o perigo de lutas e de um Congresso fracionado como os anteriores, decidiu Campos Sales garantir o suporte das grandes bancadas de Minas, São Paulo e Bahia e fundado em mudança do Regimento Interno da Câmara, impor ao Congresso uma certa linha de conduta na fase de reconhecimento dos poderes. Definia-se ela por reconhecer somente os diplomas dos candidatos eleitos pelas situações no poder naquele momento dos respectivos Estados, não importando a que grupo pertencessem. [...] Iniciou-se a implantação das oligarquias estaduais, cujo poder se fecharia às tentativas conquistadoras das oposições que surgissem. Instituíra-se a norma básica da “política dos governadores”, que deveria propiciar ao regime federativo o equilíbrio procurado nos anos anteriores. (...) Sob sua égide fluiria a República até 1930”. Campello de Souza, M.C. - *O processo político - partidário na 1ª república*, in *Brasil em Perspectiva*, DIFEL, São Paulo, 1962, pp. 206-209.

73 Love, J. – *Autonomia e interdependência: São Paulo e a Federação Brasileira 1889-1937.*, p. 56.

materiais para satisfazer as necessidades modernizadoras, que se criaram na fase social anterior.

Enquanto a aliança das oligarquias paulista e mineira não se desfez, a unidade do regime político oligárquico se manteve, embora o Rio Grande do Sul muitas vezes aparecesse como parceiro de primeira grandeza ou como fiel da balança, tanto que, ao se perder este equilíbrio em 1930, se deu margem ao processo de ruptura do Estado oligárquico.⁷⁴

No estabelecimento dos compromissos que mantivesse a unidade inter-oligárquica, vários tipos de interesses tinham que ser conciliados, em um processo no qual a conciliação regional antecedia à nacional. Por exemplo, a burguesia industrial de cada região tinha mais unidade com a oligarquia hegemônica de seu Estado, do que com os industriais de outras áreas.⁷⁵

É interessante notar que a oligarquia moderna, burguesa, convivia com a tradicional, senhorial, ao ponto de Florestan Fernandes afirmar: “A oligarquia não perdeu a base de poder que lograra antes (...) enquanto aristocracia agrária, (...) modernizou-se onde era inevitável, (...) irradiou-se onde

74 Para melhor aprofundamento consulte-se Fausto, B. – *A Crise dos anos 20 e a Revolução de 1930* in *O Brasil Republicano, in História Geral da Civilização Brasileira*, DIFEL, São Paulo, 1977, volume 9.

75 Apesar disto, que no caso de São Paulo se evidencia no apoio dado pelos industriais paulistas à oligarquia agrária na Revolução de 32, Jacob Gorender acentua que: - Referindo-se à aliança entre fazendeiros de café e industriais na luta política de 1930, Boris Fausto caracterizou esta aliança como manifestação de uma complementariedade básica. A meu ver, diante do que já expus e dos argumentos que seguem, o correto seria falar em complementariedade contraditória”. Gorender, J. - *A burguesia brasileira*, Editora Brasiliense, (Coleção Tudo é História), São Paulo, 1981, p. 52.

era possível, (...) se compromete com tudo que lhe é vantajoso, (...) sua ansiedade ia mais no sentido de amortecer a mudança social espontânea do que aprofundá-la”⁷⁶, mostrando assim que o caráter da dominação que é instaurada pela burguesia no período oligárquico era do padrão autocrático burguês. Institucionalmente, este padrão é expresso e articulado nos (e pelos) organismos políticos e ideológicos, que compõem o Estado oligárquico.⁷⁷

Através da análise das ações deste Estado nas questões cruciais da sociedade agroexportadora da época, podem-se compreender quais são as suas características. Como se procurará mostrar, o papel que ele desempenhou nas questões cambiais, de imigração, na sucessão presidencial de 1910 e nos momentos de ascensão de reivindicações operárias, como em 1917, permite uma boa medida para se proceder àquela compreensão.

A grosso modo, a política cambial era francamente favorável ao processo agroexportador, gerador das divisas necessárias para o processo importador. Entretanto, o processo de valorização do preço do café, com financiamento exterior, fez por aumentar muito a dívida externa a ser paga em libras-ouro. O que, em determinados momentos, como durante os governos Rodrigo Alves e Washington Luis, colocou em confronto agroexportadores do café com estes seus representantes.

Ao mesmo tempo, havia os setores industriais, aos quais interessava um câmbio, que dificultasse a importação de manufaturados, e os comerciais-importadores, aos quais o

76 Fernandes, F. – *A revolução Burguesa no Brasil.*, p. 204.

77 Ver nota 2, supra.

oposto era interessante.

Diante desta gama de interesses, a política cambial ia sendo criada, no sentido de estabelecer critérios seletivos, que procuravam responder a todos eles, sem dar margem a um mecanismo de exclusão efetiva de qualquer um destes setores dominantes, e preservando a hegemonia do setor agroexportador cafeeiro.

Na política de imigração, o Estado subvencionava a vinda da mão de obra externa, para ser utilizada no pólo econômico mais dinâmico da agroexportação. Entretanto, nenhuma ação efetiva era feita contra os setores tradicionais no sentido da transformação do trabalhador em força de trabalho livre.⁷⁸

Na disputa presidencial de 1910 a oligarquia paulista apóia a candidatura de Rui Barbosa contra o militar gaúcho, Hermes da Fonseca, que representava, por sua vez, os interesses de mineiros, oposições paulistas e vários estados nordestinos. Hermes da Fonseca saiu-se vitorioso, mas efetivou uma política econômico-social segundo os interesses básicos das oligarquias dirigentes.⁷⁹

78 Esta ação efetiva, aqui, tem um duplo sentido: um deles expressa a idéia de Florestan Fernandes de que o “setor moderno” não se incompatibilizava com o setor tradicional, onde fosse evitável, para manter a unidade das classes dominantes (vide nota 27), e no outro sentido configura a situação da” [...] força de trabalho liberada [...] (que [...] não tem, praticamente, nenhuma virtude técnica a transferir para o capital-Oliveira, F. – A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil,. P.405.

79 A ascensão de Hermes da Fonseca à presidência deu início à política de “salvação” nos estados, através da qual o presidente por meio da intervenção militar, alijava do poder a oligarquia dirigente que não lhe tinha dado apoio,

Em 1917, em São Paulo, ocorreu a maior greve operária do período, que tinha como pano de fundo as questões salariais e o aumento do custo de vida. Diante deste movimento o grupo dirigente, com apoio da oligarquia cafeeira e dos outros setores burgueses, age energicamente fazendo a greve recuar, apesar de terem efetivado algumas conquistas salariais por parte dos trabalhadores.⁸⁰ No entanto, a dinâmica observada na relação entre o Estado e o movimento social dos trabalhadores mostra o quanto o poder oligárquico se posicionava pela exclusão dos setores explorados do bloco no poder.

Diante destes quadros pode-se perguntar: o que estes acontecimentos fornecem para a compreensão das características básicas do Estado oligárquico?

Em primeiro lugar, eles permitem concluir que este Estado sintetiza múltiplos interesses inter-oligárquicos, que englobam também os setores urbanos, comerciais e industriais, isto é, o conjunto das frações da classe dominante, procurando manter a unidade da mesma sob a hegemonia

entretanto "... nada conseguiu, ... nos três mais importantes: Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul". Que continuaram a dar diretrizes para a sociedade brasileira, durante estes anos. Ver Campello de Souza, M.C. – O processo político - partidário na 1ª república., pp. 223-232.

80 Pormenores deste episódio encontra-se em vários autores, entretanto, preferiu-se adotar as informações e dados de Beiguelman, P. - Os companheiros de São Paulo, Edições Símbolo, São Paulo, 1977, pp. 83-93, obra na qual encontra-se a descrição do mesmo a partir dos dados da imprensa local da época; e de Pinheiro, P.S - O proletariado industrial na 1ª República, in O Brasil Republicano, in História Geral da Civilização Brasileira, DIFEL, São Paulo, 1977, pp. 159-161. Devido à sua forma de analisar esta greve, na qual recupera as manifestações do movimento operário, para o entendimento das características do processo político e econômico da República Velha.

de uma fração em particular, a dos cafeicultores paulistas e mineiros.

Em segundo lugar, que ele absorve as perspectivas modernizadoras do sistema, mas acomodando-as com a preservação dos setores tradicionais ou arcaicos.

E, em terceiro, que ele excluiu do seu interior os setores proletarizados, tanto os componentes da classe operária e da camponesa, quanto os de baixo salário do setor de serviços urbanos. Exclui-os mantendo com estes grupos sociais uma relação predominantemente coercitiva, absorvendo muito pouco dos seus interesses, que não sejam aqueles imediatamente colocados pelos setores dominantes, e armando-se de ações repressivas quando aqueles apareciam no cenário político como força social.

Desta forma, pode-se caracterizar o Estado oligárquico como produto das relações capitalistas de produção vigentes na época, que expressa um modo particular de realização destas relações de produção. Em primeiro lugar, porque ele apresenta todas as marcas do Estado capitalista em geral, isto é:

- é produto das relações sociais entre as diferentes classes dadas em uma formação social específica, na qual a acumulação de capital é o elemento norteador;
- expressa, a partir daí, uma dominação das classes detentoras do capital;
- esta dominação se concretiza a partir de uma fração específica do capital. Esta fração, que é hegemônica, terá

o papel de destaque no bloco no poder, organizado em uma determinada conjuntura sócio-econômica;

- é um Estado em particular que se apresenta como universal, sendo este efeito produto das relações de produção capitalista.

Em segundo lugar, porque, além destes traços gerais, ele tem peculiaridades originais, a partir da especificidade da estrutura social capitalista brasileira, caracterizada pela dependência externa. Assim, o Estado oligárquico:

- Está vinculado, e expressa a dominação burguesa do tipo autocrático;
- Intervém na vida econômico-social, de uma maneira mais ampla, quantitativa e qualitativamente, no sentido de cumprir tarefas pela burguesia, mantendo a continuidade do processo produtivo;
- Concilia permanentemente os interesses das frações da classe dominante, duplamente situadas - interna e externamente - articulando a convivência do moderno com o tradicional, no sentido desigual combinado;
- Com o seu caráter autocrático burguês, exclui do seu bloco no poder setores populares. Os segmentos populares não aparecem com força social autônoma em nenhuma fase do período, o que não elimina o fato de que sua presença tinha que ser considerada no momento da constituição das alianças entre as frações dominantes, tanto pelo seu lugar ao nível do processo econômico, quanto no plano das relações políticas.

Nesta altura do texto, quando já se caracterizou o caráter de classe do Estado oligárquico na República Velha, suas determinações básicas e seu sentido na estrutura social, pode-se dar ao prosseguimento ao estudo e à análise da emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.

Torna-se necessário, agora, situar o Estado de São Paulo no contexto da República Velha, para, em um segundo momento abordar-se o processo de constituição e desenvolvimento da Saúde Pública nesse Estado, enfatizando-se quais foram os seus objetos de ação, suas perspectivas e os modos como este campo de práticas se organizou e estruturou no interior da sociedade oligárquica paulista.

Além disso, na próxima etapa do texto procura-se, a partir da análise dos fatos ligados ao objeto de estudo, detectar a ligação orgânica destes fenômenos à sociedade da época, ou seja, detectar até onde e como o conjunto das práticas sanitárias contribuía para a organização da sociedade, segundo os interesses dominantes das oligarquias.

Parte II – São Paulo da República Velha e as práticas sanitárias

Ao se analisarem os diferentes dados sobre o Estado de São Paulo, no período que vai do fim do século XIX até 1930, percebe-se nitidamente que esta região tornava-se o polo econômico e social mais importante do Brasil.

Já foram vistas quais as causas básicas deste processo, entretanto, é necessário ter claro quais foram as consequências que o referido processo determinou, e que são tidas como os efeitos mais significativos e importantes na organização social e econômica agroexportadora paulista, nesse período.

Dentre todas as regiões do Brasil, é em São Paulo que, de maneira mais evidente, se observa a seguinte transformação: a passagem, no interior da agroexportação cafeeira, da fase urbano-comercial para a urbano-industrial, que traz no seu cerne os determinantes de uma nova dinâmica social e política. Esse processo se faz acompanhar por um conjunto de iniciativas, por parte dos setores dirigentes da sociedade paulista, que respondem a demandas nele emergentes, entre as quais identifica-se a institucionalização das práticas sanitárias.

Estas práticas irão tornar-se uma das mais importantes “aliadas” dos grupos sociais, que dominaram toda a conjuntura econômico-social em São Paulo, conjuntura que tinha como pilar fundamental a poderosa capacidade hegemônica dos “senhores do café” e a estreita aliança destes com os outros setores dominantes locais, tais como os industriais.

O complexo cafeeiro paulista apresentou, contraditoriamente, uma dinâmica favorável ao surgimento de um pólo produtivo indústria.⁸¹

Ao se analisarem os dados econômicos dos censos de 1907, 1920 e 1929, e os dados sociais para o mesmo período, pode-se dizer que o Estado de São Paulo estava, como consequência de sua estrutura econômico-social, transformando-se no polo urbano industrial do país. Veja-se a tabela abaixo:

TABELA 1
ESTRUTURA INDUSTRIAL/SÃO PAULO

Ano	Empresas	Capital (Contos)	Força Motriz	Número de Operários
1907	326	127.702	18.301	24.186
1920	4.145	537.817	94.099	83.998
1929	6.923	1.101.824	—	143.376

Fonte: Pinheiro, P.S. - O proprietário industrial na Primeira República, in O Brasil Republica in **História Geral da Civilização Brasileira**, DIFEL, São Paulo, 1977, p. 141.

É bem evidente o crescimento do Estado de São Paulo, em termos absolutos. Ao se comparar estes dados com aqueles para o Rio de Janeiro, tem-se uma melhor ideia

81 "E foi no bojo da expansão do complexo cafeeiro que as condições ao surgimento da indústria foram gestadas. A imigração maciça, promovida pelo setor agroexportador (1886-1895), criou um mercado de trabalho urbano, permitindo a utilização do trabalhador livre pela indústria. Por outro lado, a massa de salários criada pelo negócio de exportação, gerou m mercado interno para indústria nascente de bens de consumo". Reichstul, H.P. e Goldenstein, L. *Sessenta anos de economia* p. 2.

daquilo que se afirmou acima, principalmente por ser este o Estado mais populoso, o centro político e a maior potência industrial do país no começo de século XX.

TABELA 2

ESTRUTURA INDUSTRIAL/DISTRITO FEDERAL

Ano	Número de Empresas	Capital (Contos)	Força Motriz	Número de Operários
1907	662	167.120	22.279	34.850
1920	1.542	441.669	69.703	56.517
1929	1.937	641.661	----	93.525

Fonte: Pinheiro, P.S. – **O Proletariado industrial na Primeira República**, in o Brasil Republicano, in História Geral da Civilização Brasileira, DIFEL, São Paulo, 1977, p. 141.

Os números falam por si no que se tenta mostrar, isto é, que São Paulo efetivamente se torna a potência industrial da nação nesse período. Para uma melhor compreensão deste fato, deve-se buscar entender a estrutura do parque industrial que se implantou nesse Estado.

Em 1920, o país tinha 13.336 empresas⁸², metade das quais se situavam em São Paulo. Considerando-se a sua composição por ramo industrial, observa-se que a maioria das indústrias eram ligadas ao setor de bens de consumo do setor assalariado⁸³ e São Paulo não fugia à regra, tendo neste setor o maior peso de sua estrutura industrial.

82 Reichstul, H.P. e Goldenstein, L. – *Sessenta anos de economia*. p. 3.

83 Compreendendo as indústrias de vestuário, calçados, bebidas e outras, que compunham a estrutura básica de consumo dos trabalhadores das cidades.

O processo de industrialização responde às características básicas do setor cafeeiro, tanto no que se refere ao fato de que se torna um lugar importante de aplicação do capital gerado naquele setor, quanto ao fato de que o mesmo é gerado no interior de uma divisão social de trabalho, caracterizada pela separação entre o trabalhador assalariado e a produção de subsistência.⁸⁴

As cidades do Estado de São Paulo, entre o fim do século XIX e 1930, crescem a uma velocidade impressionante, ditada pela dinâmica acumulativa do capital agroexportador. Destacam-se entre estas cidades, aquelas mais significativas, tanto para a agroexportação quanto para industrialização. Sem dúvida, isto é o que ocorre em cidades como São Paulo e Santos, que terão nesta fase o privilégio de serem os lugares onde mais de efetiva o conjunto de ações modificadoras do contexto urbano.⁸⁵

84 “Olhando-se mais de perto a ruptura das relações escravocratas e a instauração do trabalho assalariado, não podiam jamais, elevar a renda derivada do trabalho, o nível global da renda permanecia constante, mudando a sua forma. Mas, isto sim, a passagem para o trabalho assalariado expulsou para fora dos custos de produção do café a manutenção da massa trabalhadora ..., no proceder-se a esta mudança de forma da produção dos meios de subsistência, procedia-se a uma mudança de conteúdo fundamental ...”. Oliveira, F. - *A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil.*, pp. 397-398.

85 Como indicador indireto destas ações podemos mostrar os seguintes dados:

Prédios da Capital ligados ao sistema de abastecimento de água	18.871 (ano 1898)	83.459 (ano 1929)
Prédios de Santos ligados ao sistema de esgoto	3.668 (ano 1903)	7.067 (ano 1926)

Os historiadores desta época, como Joseph Love, afirmam que: “Assim como se expandia a economia de São Paulo, (...) se expandia a sua população”.⁸⁶ A capital do Estado, de 239.000 habitantes em 1890, passa a 889.000 em 1930⁸⁷. Ainda que houvesse predomínio econômico do setor agrário, a taxa de urbanização de referida população já era bem significativa em 1930, quando as cidades continham em torno de 25% da população geral. Veja-se a tabela abaixo:

TABELA 3 (1)

GRAU DE URBANIZAÇÃO DO BRASIL (1872-1920)

Censo	População total	Cidade de 50 mil habitante ou +	
		N	População
1872	9.930.478	4	582.749
1890	14.333.915	6	976.038
1900	17.438.434	8	1.644.149
1920	30.635.605	15	3.287.448

86 Love, J. – *Autonomia e interdependência*. p. 55.

87 Prado Jr., C. – *Evolução política do Brasil e outros estudos*, Editora Brasiliense, São Paulo, 1961, 3ª Edição, p. 128.

TABELA 3 (2)

GRAU DE URBANIZAÇÃO DO BRASIL (1872-1920)

Cidade de 100 mil habitantes ou +		Cidade de 500 mil habitantes ou +		População Urbana		
N	População	N	População	50 mil ou+	100 mil ou+	500 mil ou+
3	520.752	-	-	5,9	5,6	-
3	880.619	-	-	6,8	5,6	-
4	1.370.182	-	-	9,4	7,9	-
6	2.674.836	1	1.157.873	10,7	8,7	3,8

Fonte: Lopes, J.B. - **Desenvolvimento e Mudança Social**, Editora Nacional, São Paulo, 1972, p. 14.

O crescimento populacional do Estado, no início do período, dava-se fundamentalmente pela entrada dos imigrantes estrangeiros. Entretanto, para as duas últimas décadas do período, torna-se importante o crescimento da população pela queda da taxa de mortalidade geral, criando-se um superávit importante entre a natalidade e a mortalidade. A partir de 1930, além do crescimento vegetativo da população, irá surgir o migrante de outros estados brasileiros. O comportamento geral da dinâmica populacional, que ocorreu em São Paulo, pode ser melhor percebido nas tabelas abaixo.

TABELA 4

BRASIL - IMIGRAÇÃO TOTAL NO PAÍS E EM SÃO PAULO POR PERÍODO, DE 1884 A 1920

Período	Brasil	São Paulo
1884/1887	145.880	53.023
1888/1890	304.054	157.781
1891/1900	1.129.315	733.335
1901/1930	1.469.095	857.149

Fonte: Santos, M.J. – **Aspectos Demográficos**, Apêndice B do livro de Vilela A. e Suzigam, W. – **Política do Governo e Crescimento da Economia Brasileira**, IPEA, Rio de Janeiro, 1973, p. 269

TABELA 5

**SUPERAVIT DA NATALIDADE EM RELAÇÃO À MORTALIDADE GERAL
PARA O ESTADO DE SÃO PAULO**

Ano	Excesso de Natalidade/ Mortalidade
1916	80.370
1917	68.697
1918	58.776

Fonte: Lefevre, E. – **A administração do Estado de São Paulo na República Velha.**, pp. 202, 203 e 204.

A partir destes dados, e calculando-se a média anual de imigrantes entre 1901 e 1920, pode-se verificar que o crescimento vegetativo, no final da segunda década, foi sempre superior àquela média, que era de 42.500 habitantes.

A população imigrante foi trazida para o trabalho no campo, porém, houve uma intensa fuga para as cidades nas fases de crises agrária, o que pode ser demonstrado, quando se verifica que os fluxos migratórios internos do Estado obedeciam às fase de “boom” ou crise da agroexportação cafeeira.⁸⁸ Assim, quando há a crise do café, no começo do século, há um aumento da população urbana, formando-se grandes contingentes de imigrantes estrangeiros nas cidades e, quando ocorre a crise industrial da Primeira Guerra Mundial, dá-se o inverso, isto é, uma intensificação do desemprego urbano com migração para as fazendas.⁸⁹ Outro indicador indireto deste vínculo entre trabalhador urbano e imigrante é o fato de que mais da metade do operariado, no início da industrialização, era formado por estrangeiros.⁹⁰

No processo de crescimento das cidades nas

88 Apesar de não haver dados mesuráveis sobre este fato, isto fica indiretamente sugerido a partir da constatação de que a mão de obra das cidades era formada em grande parte pelos imigrantes, que tinham vindo para lavoura, e de que o crescimento da Capital se intensifica nas fases de “crise” da produção agrária. Para confirmação destes fatos consulte-se Pinheiro, P.S. - O proletariado industrial na 1ª República.; e Beiguelman, P., Os companheiros de São Paulo,, e Cardoso, F.H. – Uma análise mais específica em. – *Dos Governos militares a Prudente – Campos Sales* .

89 Beiguelman. op. cit., p. 73-78.

90 “Em 1900, 92% dos operários industriais no Estado de São Paulo eram estrangeiros e 81% eram italianos. Em 1912, no mesmo Estado, 80% dos operários têxteis eram estrangeiros, sendo que 65% era, italianos”. Pinheiro, op. cit., p. 139.

sociedades capitalistas emergem novas necessidades materiais, no que se refere à sua infraestrutura. A acumulação do capital industrial exige para sua realização tanto a presença de um exército de trabalhadores livres, quanto à existência de um espaço físico urbano, onde o processo produtivo se efetivará.

Em um primeiro momento, como foi visto, a urbanização seguia os passos da comercialização do café, sendo a cidade o lugar que concentrava a infraestrutura responsável pela realização do capital gerado no campo. Tornava-se importante que as atividades de financiamento, comercialização e exportação da produção agrária não encontrassem obstáculos às suas ações; portanto, algumas áreas das cidades, como por exemplo, o porto, e o sistema de transportes ferroviário por onde se escoava o café, eram prioritárias. Entretanto, quando a cidade passa a ser, também, o lugar de produção do capital, muda o significado social do espaço urbano, observa-se uma preocupação em manter “desobstruídas” outras áreas deste espaço.

Ressalve-se que coexiste com as ações sobre o espaço urbano um conjunto de outras ações, que tinha a finalidade de preservar a unidade agrária produtora, ou seja, havendo problemas que pudessem comprometer a produção agrária, dirigiam-se ações concretas com o objetivo de restabelecer a produção no campo.

As relações de produção capitalistas impõem ao espaço urbano duas determinações básicas: a primeira considera este espaço enquanto lugar de produção do capital e a segunda como lugar de reprodução daquelas relações de

produção capitalistas. Em outras palavras, é no espaço urbano que se dá a relação entre a forma de produção industrial e a realização da mais-valia, e a população ativa ou de reservas de trabalhadores, o que gera necessidades de ações sociais que visem garantir a existência e a sobrevivência de uma população para o capital.

O conjunto dessas ações, historicamente, era assumindo pelo Estado local, e dentre as mais significativas encontram-se as práticas sanitárias, enquanto práticas que tinham como objetivo a reprodução do espaço urbano e da população de trabalhadores, segundo a óptica estrutural do modo de produção capitalista e de acordo com a dinâmica que as forças sociais adquirem nessa formação social.

A Constituição de 1981 formaliza aquilo que será o modo, pelo qual se realizarão as práticas sanitárias no Brasil durante a República Velha, determinando que os Estados são responsáveis pela Saúde Pública nas suas respectivas áreas. Desta forma, o que se verifica é a organização de uma estrutura burocrático-administrativa em âmbito regional para a efetivação daquelas práticas.⁹¹ A gestão das práticas sanitárias no decorrer do período será ora de competência estadual, ora municipal, refletindo momentos conjunturais da dinâmica de organização da estrutura de poder político da das diferentes frações da oligarquia paulista, como se explicitará

91 No Estado de São Paulo, através da Lei nº 12, de 28-10-1891, reorganiza-se a Inspetoria de Higiene e determina-se: “Ficam organizados os serviços sanitários do Estado que serão desempenhados por um conselho de saúde pública e uma inspetoria geral de higiene”. Pela Lei nº 43, de 18-7-1892, extingue-se a Inspetoria de Higiene e organiza-se o Serviço Sanitário do Estado, como um órgão da secretaria do Interior. Veja-se Macarenhas, R.S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, PP. 38-39.

mais adiante.

Durante o período da República Velha, em São Paulo, os dados sobre o investimento em Saúde Pública do orçamento estadual mostram, segundo a tabela abaixo, que no início do período houve um maciço investimento nesta área, constituindo-se a Saúde Pública em um dos primeiros setores, em que se verificou a ação estatal no âmbito da política social.

TABELA 6

INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA, COMO PARTE DO ORÇAMENTO DO ESTADO DE SÃO PAULO POR PERÍODO

Período	Porcentagem do Orçamento Estadual Médio, gasto com Saúde Pública (%)	Gasto Per Capita com Saúde Pública (mil réis)	Gasto Per Capita com Uso Militar (mil réis)
1892/1900	23	0,87	3,19
1901/1910	15	1,03	3,70
1911/1920	13	1,45	3,33

Fonte: Blount, J.A – **A administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918.**, p. 45. Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918., p. 45.

Outra informação interessante, a partir destes dados, é que o decréscimo dos gastos com Saúde Pública nas décadas seguintes poderia sugerir que houve falta de recursos, o que é aparentemente negado pelo dispêndio no setor da Força Pública estadual. Tende-se a acreditar que, na realidade, tenha havido uma diminuição da importância

do setor na distribuição relativa do orçamento estadual, no decorrer do período.

Neste ponto, pode-se constatar que as demandas decorrentes das novas relações sociais determinam, inicialmente, uma intensificação das práticas sanitárias. Quando um dado aparato sanitário já se encontrava efetivado, como se verá adiante, estes investimentos começam a cair, vinculando-se basicamente à manutenção daquela máquina construída no começo do período. Por outro lado, os gastos com a organização do aparelho militar do Estado mostram que as questões de polícia, mesmo quando se efetivassem outras propostas de política social.

Deve-se ressaltar que as ações estatais, no sentido de modificar o quadro sanitário, não se reduzem ao âmbito restrito dos serviços de Saúde Pública, pois, durante todo o período assiste-se a um investimento de grande monta no saneamento⁹², naquelas áreas urbanas mais importantes para a economia agroexportadora, a capital do Estado e a cidade de Santos.

De acordo com o decreto já citado⁹³, os Estados locais passam a definir as questões sanitárias e a se estruturar, em função da necessidade de atuar no campo das práticas sanitárias, a partir de seus recursos específicos e de suas

92 A separação entre os serviços de Saúde Pública e os de saneamento é uma mera divisão institucional, visto que as ações de saneamento se constituem numa das mais efetivas ações de Saúde Pública. No período em estudo os serviços de saneamento não se davam no âmbito do Serviço Sanitário estadual, mas na Repartição dos Serviços Técnicos de Águas e Esgotos, no caso da Capital, e na "City os Santos Improvements" no caso desta cidade.

93 O já referido Decreto-Lei, Federal, de 30-12-1891, que consta da nota 5, supra.

próprias problematizações. Estados como São Paulo e Minas Gerais, centro econômicos da agroexportação cafeeira, serão palco de um conjunto mais expressivo de ações sanitárias, só acompanhados pela Capital Federal, onde o Estado Nacional utilizava seus recursos localmente.⁹⁴

Ao mesmo tempo, ocorre um monopólio destas ações pelo setor público, o que se pode também perceber pelo fato de que as poucas experiências privadas nesta área, como o Instituto Pasteur de São Paulo, foram rapidamente absorvidas pela máquina estatal, em âmbito regional. Uma das razões mais significativas para este fato parece ser a questão dos recursos necessários para estruturar e executar estas ações coletivas não imediatamente lucrativas, que pela monta não podem ser absorvidas pelo setor privado. Entretanto, outra razão pode e deve ser apontada: o papel que o Estado assumia enquanto organizador e controlador das relações de produção.

Logo após aquele Decreto Federal, extingue-se a Inspetoria de Higiene⁹⁵, órgão ligado ao governo da Província de São Paulo, que era responsável pelo conjunto das ações de controle e profilaxia das doenças epidêmicas, criando-se o serviço Sanitário do Estado de São Paulo, em 1892, com um orçamento estadual de 300 contos de réis que correspondia a 1/6 do orçamento estadual de 1891.⁹⁶ Ligado à Secretaria

94 Para uma análise mais específica da Saúde Pública no Distrito Federal, durante a República Vela, veja-se Luz, M.T. - Conjuntura Institucional e Saúde Pública na República Velha: A medicina e a ordem política brasileira, in Medicina e Ordem Política Brasileira, Graal, 1982, PP. 69-97.

95 Veja-se nota 11, supra.

96 Blount, J.A. - A administração da saúde Pública no estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918. p 41.

do Interior, o Serviço Sanitário, que compreendia todos os serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo⁹⁷, vai deter o monopólio das ações sanitárias no âmbito estadual.

Desde o primeiro Decreto estadual que organiza o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo até os vários momentos de sua reformulação⁹⁸, estão contidas nas ações

97 À exceção do saneamento como já foi apontado anteriormente.

98 Como já se viu, o Serviço Sanitário estadual foi organizado a partir da Lei n° 43, de 18-7-1892, e foi reformulado nos anos de 18893, 1896, 1906, 1911, 1917 e 1925, durante a República Velha. O projeto inicial colocava como finalidades deste órgão as seguintes:

- 1.° O estudo das questões referentes à saúde pública no Estado.
- 2.° O saneamento das localidades e habitações.
- 3.° A adoção de meios tendentes a prevenir, combater ou atenuar as moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis aos homens e animais.
- 4.° A organização, direção e distribuição de socorros de assistência pública ais necessitados.
- 5.° A direção e o desenvolvimento do serviço de vacinação.
- 6.° A inspeção sanitária das escolas, fábricas e oficinas, hospitais, hospícios, quartéis, prisões, estabelecimentos de caridade e asilos.
- 7.° A fiscalização da alimentação pública, do fabrico e do consumo de bebidas nacionais e estrangeiras, naturais ou artificiais, do comércio e exploração de águas minerais.
- 8.° A fiscalização do exercício da medicina e da farmácia.
- 9.° A polícia sanitária, sobretudo a que, direta ou indiretamente, influir na saúde pública de cidades, vilas ou povoações do Estado.
- 10.° A fiscalização sanitária de todos os grandes trabalhos de utilidade pública, dos cemitérios e obras que interessam á saúde pública.
- 11.° A organização da estatística demógrafo-sanitária. Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, PP. 38-39.

A sua organização, no projeto, constava do seguinte:

- a) Conselho de Saúde Pública...
- b) Uma Diretoria de Higiene incumbida da execução do regulamento sanitário, que deverá ser auxiliada por laboratórios farmacêuticos, vacinogênicos e de análises químicas e bacteriológicas.
- c) Um engenheiro sanitário..... oito delegados de higiene da Capital, dois...

sanitárias as questões referentes à organização do Estado oligárquico, enquanto produto de uma dominação de classe específica, em função do processo econômico agroexportador. Isto é visivelmente percebido nos processos de definição das ações sanitárias na área estadual ou municipal, na forma como se decidem as questões cruciais, na delimitação do âmbito das ações sanitárias em termos de seus objetivos e métodos, no conteúdo dos Códigos Sanitários que regem aquelas ações e no que é realmente concretizado, conforme se verá adiante.

A gestão do Estado sobre as questões sanitárias não se dá de modo consensual. Desde o início vários pontos de disputa podem ser percebidos entre aqueles que defendem uma ação mais centralizadora do governo estadual e aqueles partidários de uma ação mais autônoma do nível municipal. No Congresso Estadual⁹⁹, ocorrem várias manifestações de deputados, que se posicionavam contra o caráter autoritário e normalizador das ações sanitárias estaduais, alegando que as mesmas roubavam a autonomia dos municípios e invadiam a privacidade dos cidadãos.¹⁰⁰ É neste clima que,

de Santos e dois de Campinas, um... para cada uma das 62 cidades no interior e 84 para as vilas... Cada um dos delegados... da Capital, de Santos e de Campinas tinha dois fiscais desinfetadores e cada uma das demais cidades e vilas um fiscal...". Mascarenhas, R.S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, PP. 39.

- d) O Instituto Vacinogênico foi criado pelo Decreto n.º94, de 20-8- 1892, os regulamentos do Laboratório Farmacêutico e do Laboratório Bacteriológico foram baixados em 28-2-1893. (Ibidem, p. 43-44).

99 A instância legislativa do Governo Estadual

100 “[...] os oponentes da saúde pública no Congresso tornaram-se mais veementes depois de 1892. Críticos, como o deputado Pereira dos Santos, defendiam a opinião de que a atividade estadual nessa área constituía uma afronta aos direitos municipais tradicionais. Também Herculano de Feitas, um crítico habitual da legislação de higiene, condenou o Governo por ter

em 1893, o referido Congresso aprova uma lei que transfere para os municípios a responsabilidade primária sobre a higiene terrestre, restringindo-se a ação do Governo estadual ao combate às epidemias, à fiscalização da medicina e da farmácia, à estatística demógrafo-sanitária e à colaboração com os municípios, quando solicitada.¹⁰¹

Esta questão, referente à distribuição das responsabilidades pela execução das ações sanitárias entre o Estado e o município, principalmente em São Paulo, traduz uma disputa pela organização do poder oligárquico, no momento histórico em que este se torna hegemônico no poder político do Estado.

No Estado de São Paulo, as relações de produção que caracterizavam o setor agroexportador cafeeiro, geravam, por um lado, a necessidade de se ter uma instância social centralizadora, que pudesse atuar no processo de realização do capital agrário, através de sua ação junto ao financiamento e comercialização da produção; por outro lado, a hegemonia do poder oligárquico, no interior do bloco no poder, dava-

interferido nos direitos dos indivíduos". Blount, J. A., - A administração da saúde Pública no estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918, p.42.

101 Em 4-9-1893 ocorre a primeira reforma do Serviço Sanitário estadual, na qual declarava-se que o Serviço Sanitário estadual era municipal e Geral. Na Lei nº 240, fixavam-se como atribuições dos municípios:

- a) O saneamento local do meio em todos os seis detalhes.
 - b) A polícia sanitária das habitações particulares e coletivas.
 - c) A fiscalização sanitária de todos os grandes estabelecimentos públicos ou particulares.
 - d) A fiscalização da alimentação pública.
 - e) A organização e direção dos serviços de assistência pública.
 - f) A organização e direção dos serviços de vacinação e revacinação.
- Mascarenhas, R.S.- Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, p.44.

se em nome da autonomia dos cidadãos perante a ação estatal e, dessa forma, favorecia a defesa do processo de municipalização das ações sociais. Isto explica a ocorrência daquelas disputas acima referidas.

Este processo, que contrapõe a municipalização de um lado e a ação estadual do outro, se repete em 1896, quando o Serviço Sanitário estadual será mais uma vez reorganizado. O Governo estadual terá, agora, o direito de intervir nos municípios junto aos serviços de saúde, toda vez que julgar necessário. O Serviço Sanitário torna-se um órgão normativo para todas as atividades assistenciais de Saúde Pública, isto é, é ele que passa a examinar e aprovar todos os programas municipais sobre saúde.¹⁰²

De certa forma, pode-se dizer que os passos iniciais dados na estruturação organizacional do Serviço Sanitário estadual seguem o processo político de consolidação do poder oligárquico, buscando um termo conciliatório entre o poder estadual e o municipal como o seu ponto de equilíbrio, dentro de perspectivas bem claras, ou seja, as de que o Serviço Sanitário estadual deve servir às finalidades geradas no processo político-econômico, que se efetiva nesta fase.

No ano de 1896 define-se o modelo do Serviço Sanitário estadual, que se manterá basicamente, até 1918, e isto se dá justamente no momento em que se iniciam as ações sanitárias de Emílio Ribas.¹⁰³ Enquanto diretor do Serviço

102 Para maiores detalhes ver Mascarenhas, R.S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, PP. 50-54.

103 Emílio Ribas em 1895 foi designado inspetor sanitário para combater a febre amarela, e em 1898 foi nomeado diretor efetivo do Serviço Sanitário estadual.

Sanitário, Emílio Ribas herdará, em 1898, o Serviço Geral de Desinfecção¹⁰⁴ e a Secção Estatística Demógrafo - Sanitária¹⁰⁵, criados em 1893, o regulamento do Hospital de Isolamento, estabelecido em 1894, o 1º Código Sanitário do Estado¹⁰⁶,

104 O Serviço Geral de Desinfecção tinha como finalidades:

a) I - As desinfecções dos domicílios onde se verificarem casos daquelas moléstias (transmissíveis), ou terminarem por cura, por óbito ou pela remoção de doentes para os hospitais de isolamento.

II - Objetos que serviram aos doentes e que serão desinfectados na estação (de desinfecção).

b) Remoção e condução dos doentes para os hospitais de isolamento e dos cadáveres de indigentes de moléstias infectuosas.

c) O isolamento domiciliário dos doentes de moléstias transmissíveis.

Eram moléstias de notificação compulsória:

I - Moléstias pestilenciais.

II - Febres exantemáticas transmissíveis.

III - Moléstias infectuosas puerperais.

IV - Difterias.

V - Moléstias septicêmicas.

VI - Beriberi... Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, p.47.

105 Secção de estatística demógrafo-sanitária. Cabia à mesma:

I - Organizar boletins trimestrais de mortalidade geral de todo o Estado, consignado os dados meteorológicos nas localidades onde puder observar e que possam explicar o aparecimento, estádio e declínio das epidemias e endemias e a frequência das causas de morte.

II - Apresentar anualmente relatório de todas as questões relativas à demografia estática e dinâmica, coligindo documentos que puder obter e que servirem para determinar o grau de sanidade da Capital e municípios.

Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo..., op. cit., p.46.

106 Para detalhamento do referido Código, veja-se o Decreto 233, de 2-3-1894, Leis e Resoluções decretadas pelo Congresso Legislativo do Estado de São Paulo, 1894, PP. 09-43. Entretanto, pode-se afirmar que este Código se baseou no Código Sanitário francês da época, como bem observa Rodolfo Mascarenhas (Ibidem, p. p.49), estabelecendo basicamente as normas a serem seguidas para que se obtenha a higiene do mio, segundo os princípios da bacteriologia.

redigido neste mesmo ano com o intuito de normalizar as ações de Saúde Pública no âmbito municipal, e os vários Institutos que foram construídos desde 1892.¹⁰⁷

A análise das finalidades do Serviço Sanitário estadual, da sua estrutura organizativa, respectivas repartições e das complementares atividades municipais, regulamentadas em 1896, mostra a consolidação da era pasteurianas da Saúde Pública paulista. Com Emílio Ribas concretiza-se a filiação definitiva das práticas sanitárias à corrente bacteriológica, no Estado de São Paulo. Nesta reforma de 1896, o Serviço Sanitário estadual passa a ter como uma de suas finalidades o (...) estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis, bem como quaisquer pesquisas bacteriológicas que interessem à Saúde Pública.¹⁰⁸

Este período inicial de institucionalização das práticas sanitárias, do começo da República até 1896, em São Paulo, alinhou-se em torno de um conjunto de ações que se pautavam nas atividades de saneamento do meio, atribuídas à Repartição dos Serviços Técnicos de Água e Esgotos¹⁰⁹ e na

107 Dentre os quais destacam-se o Vacinogênico e Bacteriológico. A este competia... “o estudo da microscopia-bacteriológica em geral e especialmente em relação à etiologia das epidemias e epizootias mais frequentes no Estado, assim como os exames microscópicos necessários à elucidação do diagnóstico clínico”. (Mascarenhas, R.S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, [...], p. 51), enquanto de vacina animal contra varíola. (Ibidem, p. 52).

108 Ibidem, p. 53.

109 “Dentro do mesmo período, verificando-se que a Companhia Cantareira e Esgotos não se achava em condições de dar pronta a solução ao desenvolvimento dos serviços de abastecimento de água e canalização de esgotos da Capital, conforme o contrato de 1890, rescindiu o Governo este contrato e encampou a empresa em 1892, para mandar executar as obras por

construção de uma infraestrutura material e organizacional, que possibilitasse o combate daquilo que era identificado como a questão principal de saúde na sociedade da época, - certas doenças infecciosas - concretizada no Serviço Sanitário estadual e nas formas de ação da política sanitária e da campanha sanitária.¹¹⁰

A presença epidêmica de “doenças pestilenciais”, como a varíola e a febre amarela, que grassavam pela Capital e interior do Estado, desde a década de 1880, era considerada como o grande estigma da sociedade paulista. O poder público vê-se obrigado a dirigir ações sanitárias com a finalidade de livrar a sociedade destes males.

Vários são os fatos que permitem mostrar porque estas epidemias passaram a ser identificadas como a principal

conta do Estado. E, 1893, foi criada a Repartição dos Serviços Técnicos de Águas e Esgotos na Capital. Lefevre, E. - A administração do Estado de São Paulo na República Velha. p. 177.

110 As campanhas sanitárias são intervenções institucionais temporárias e localizadas, planejadas e centralizadas, que partem da concepção de que se controlam os problemas coletivos de saúde, as epidemias e as endemias, através de ações que interromperiam o processo de contaminação da coletividade (coleção de indivíduos) pelo bloqueio da cadeia de transmissão à nível dos indivíduos, segundo uma concepção estritamente bacteriológica. Sendo a polícia sanitária um instrumento utilizado para manter a vigilância permanente sobre o “meio ambiente”, a fim de garantir “a sua higiene” e /ou detecção de um “desequilíbrio” nos fatores tidos como causais dos problemas coletivos de saúde, podendo se tornar também um instrumento das campanhas. O modelo de campanhas adotado segue nitidamente o “estilo militarista de polícia médica”, denominação utilizada por Madel T. Luz para designar o estilo das ações de Oswaldo Cruz, (Luz, M. T. - Conjuntura Institucional e Saúde Pública na República Velha: A medicina e a ordem política brasileira,., p. 199), e que são idênticas às que se efetivam através do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.

questão de saúde. Entretanto, o aspecto mais significativo, pelo qual se pode apreender a importância que passou a ser atribuída a esse quadro sanitário em São Paulo, é aquele que se refere às repercussões daquelas epidemias no processo de produção agroexportadora, que nesta época era dependente da mão de obra imigrante.

A situação torna-se tão grave que vários países europeus passam a colocar empecilhos á imigração, devido às péssimas condições de vida oferecidas aos imigrantes, principalmente em São Paulo.¹¹¹ A resposta por parte do poder público se expressa na realização de ações sanitárias, que assumiram as formas de polícia sanitária, campanhas sanitárias e saneamento ambiental, como meios de eliminar os focos epidêmicos, e pela concentração daquelas ações nas áreas prioritárias para a manutenção do complexo cafeeiro como Santos, Campinas e a Capital.¹¹²

A construção de vários Institutos, a ampliação da rede de água e esgotos na Capital e em algumas cidades interioranas, e a organização de uma máquina estatal sob a forma de Serviço Sanitário estadual, condensam a orientação

111 “O Decreto Pincetti na Itália (1902), proibindo a imigração gratuita para o Brasil, em face das péssimas condições oferecidas aos imigrantes, principalmente em São Paulo, [...]” in, Sucupira, A.C. S. L. e Ramalho, J.R. - O papel da imigração na formação do proletariado nacional, na revista *Legenda da Faculdade Notre Dame*, Ano II, nº 3, Rio de Janeiro, 1978, p. 34.

112 A concentração das ações sanitárias nestes três municípios pode ser constatada na leitura da qualquer uma das leis sobre a organização do Serviço Sanitário estadual, nas quais sempre se ressaltam estes municípios individualmente, e nos quais sempre se alocam, prioritariamente, os recursos disponíveis. O mesmo ocorre quando se verificam as ações de saneamento realizadas por parte do Governo Estadual. Consulte-se a respeito Lefevre, E. - *A administração do Estado de São Paulo na República Velha*.

central da Política de Saúde deste período. Esse processo assume a perspectiva de uma ação reparadora e reprodutora por referência aos quadros sanitários verificados, efeitos das relações sociais de produção predominantes naquele momento.

Durante os próximos anos, o que se verá é a extensão do conjunto das ações sanitárias por todo o Estado, no sentido do seu aprimoramento técnico e administrativo, mas perseguindo-se os mesmos princípios e objetivos anteriormente definidos.

Já em 1899, com o surgimento da peste bubônica no porto de Santos¹¹³, aplicam-se com êxito as ações da saúde norteadas pela perspectiva bacteriológica, configuradas na polícia sanitária. Apesar de na época o Diretor do Serviço Sanitário ter sido criticado, na imprensa local¹¹⁴, por se terem verificado vários casos fora do âmbito do porto, acaba-se reconhecendo a eficácia de suas propostas junto aos setores urbanos.

No encerramento desta década já se notava uma mudança no quadro sanitário do Estado de São Paulo, em função daquilo que era reconhecido pelo grupo dirigente como o flagelo da sociedade paulista. Apesar das epidemias da febre amarela e varíola não terem sido completamente

113 Lefevre, E. - A administração do Estado de São Paulo na República Velha, p.183.

114 Blount, J. A. - A administração da saúde Pública no estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918, .p. 43. Vale a pena ressaltar que como consequência deste episódio se propõe a criação do Instituto Seruntherápico na fazenda Butantan, em 1901, e para cuja direção Emílio Ribas convida o médico Vital Brasil.

extintas, podia-se verificar¹¹⁵ que elas não estavam se alastrando com a mesma intensidade de antes, o que confirma o êxito das propostas sanitárias efetivadas pelo Governo estadual.

Entretanto, como as causas básicas, que determinavam o quadro sanitário da população, não foram modificadas na sua essência, durante todo o período assiste-se a um verdadeiro jogo de mobilização e adequação das práticas sanitárias, a cada novo problema coletivo de saúde que assumisse características de questão sanitária relevante.

Este modo de atuação do Serviço Sanitário estadual fica claro quando se toma como exemplo o combate à febre amarela. Na região sorocabana, que desempenhava um papel importante no sistema de produção e transporte do café, reproduz-se a experiência de Juan Carlos Finlay¹¹⁶, em 1901, conseguindo-se, desta forma, o controle da febre amarela. Entre 1901 e 1905, amplia-se este controle para o Estado de São Paulo como um todo.

O começo do século é marcado por uma queda no preço internacional do café, o que se traduz por uma crise no interior da economia agroexportadora. Como efeitos

115 “A febre amarela que em 1898 matava na Capital 26 pessoas, 29 em 1899, 94 em 1900, 3 em 1901, 16 em 1903, [...]” “Em 1898[...] (na Capital) [...] a varíola[...] vitimou[...] 345 pessoas. Pois bem, em 1899 apenas um óbito devido à repulsiva moléstia”. Ferreira, C. - O Doutor Emílio Ribas, Um Benemérito Servidor do Estado e Benfeitor da Humanidade, in Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Ano II, n 01, junho/1936

116 Esta experiência se dá em Cuba e nela se comprova a não contagiosidade da febre amarela, mas a sua transmissibilidade através de um vetor (*Aedes aegyti*). Teoria elaborada por Juan Carlos Finlay e experimentada pelo médico americano Walter Reed.

desta crise, que se estenderá até 1906, quando é deflagrada a política de valorização do preço do café por parte do Governo estadual¹¹⁷, verificou-se um êxodo rural, levando a um crescimento abrupto das cidades, sem que tivesse sido criada a infraestrutura necessária. Há um retraimento nas obras de saneamento por falta de recursos orçamentários e é só a partir de 1904 que estas obras serão lentamente retomadas.¹¹⁸

Há uma deterioração das condições de vida nas cidades, apesar da queda na taxa de mortalidade geral para o Estado de São Paulo na primeira década do século¹¹⁹,

117 Conhecida como o Pacto de Taubaté, no qual o Governo do Estado de São Paulo arcou com uma dívida externa para regular o estoque do café para a exportação, e assim manter o preço internacional do produto. “O Governo estadual repetiu a operação em 1917 e abrigou o Governo federal a fazê-lo em 1921[...]”. Love, J. – *Autonomia e interdependência: São Paulo e a Federação Brasileira 1889-1937.*, p. 67.

118 No quadriênio seguinte (1900/1904), continuando a carência de recursos financeiros, não puderam ainda ser convenientemente impulsionadas as medidas de saneamento do Estado[...] Lefevre, E. – *A administração do Estado de São Paulo na República Velha.*, p. 188.

119 Aqui é interessante observar que apesar de os indicadores de saúde mostrarem uma melhora, há dados indiretos que sugerem a piora das condições de vida no período, como apontam os dados sobre as greves operárias, nesta fase, por aumento salarial e a crise econômica do Governo estadual no começo do século. Os dados sobre a Mortalidade Geral e a Mortalidade Proporcional por Doenças Transmissíveis para o Estado de São Paulo mostram:

	Mortalidade Geral (1.000 hab)	Mortalidade Proporcional (%)
1894-1900	23,15	5,13
1901-1910	17,90	2,90

(dados obtidos a partir Blount, J. A. – *A administração da saúde Pública no estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918.*, p. 45)

As informações sobre as greves estão muito bem expostas em Beiguelman,

verificando-se, concomitantemente, uma queda na mortalidade proporcional por doenças transmissíveis. Este último fato parece responder ao conjunto de modificações ocorridas no interior do Serviço Sanitário estadual, em função do combate às doenças epidêmicas.

A conjuntura sanitária dessa década, que acompanha a crise do café, exigiu modificações na legislação e na organização dos serviços de Saúde Pública, na medida em que se tornou evidente a insuficiência da cooperação dos municípios para a efetivação das ações sanitárias. Em 1906, fortalece-se o poder do setor estadual em detrimento do municipal, através de uma nova reorganização do Serviço Sanitário do Estado.¹²⁰

Esta reorganização do Serviço Sanitário estadual tem como principal responsável novamente a figura de Emílio Ribas, que, além de ter consolidado a introdução dos fundamentos bacteriológicos para as ações sanitárias, dá as diretrizes para a operacionalização da questão sanitária. Neste momento, as práticas sanitárias mantêm nítido o caráter da polícia sanitária e das campanhas sanitárias.

O modo pelo qual o Serviço Sanitário estadual

P. - Os companheiros de São Paulo. PP. 15-59.

120 Esta reforma do Serviço Sanitário estadual subdivide o Estado em 14 Distritos Sanitários; e estes em circunscrições que teriam, pelo Decreto, um Inspetor Sanitário. Nela se definem as funções deste Inspetor Sanitário e , praticamente, extinguem-se as atividades municipais de Saúde Pública. Criou-se o Serviço de Profilaxia do Tracoma, que se tornou uma doença de notificação compulsória, mas que foi extinto logo depois. Para um melhor detalhamento desta reforma, veja-se Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo [...], Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., PP. 56-58.

consegue controlar a epidemia da varíola, que em 1908 atinge a Capital Santos, Taubaté e outras cidades do interior, através da ação da polícia sanitária, como a vacinação obrigatória de milhares de pessoas e o isolamento dos doentes, expressa nitidamente o autoritarismo presente no conjunto das ações sanitárias.

Quando ocorre uma nova fase crítica para a sociedade oligárquica paulista, no início da década de 1910, marcada por um novo aumento de fluxo migratório para as cidades e pela intensificação do processo de industrialização, verifica-se mais uma reforma do Serviço Sanitário estadual, que se realiza em 1911.¹²¹ Esta reforma, liderada também por Emílio Ribas, faz-se de tal modo que leva a uma concentração dos recursos do Estado na Capital e em algumas cidades vitais, como Santos. Ao contrário da reforma de 1906, esta reforma advoga o retorno das responsabilidades municipais sobre as práticas sanitárias locais, ficando o Serviço Sanitário estadual como órgão de retaguarda para as situações que

121 A reforma de 1911, além de modificar algumas diretrizes do Serviço Sanitário estadual, também realiza Emendas ao Código Sanitário de 1894. O sentido desta reforma foi a de devolver aos municípios as atividades de Saúde Pública, porém, sob o controle do Serviço Sanitário estadual. Enquanto a reforma anterior criou 13 Distritos Sanitários no interior, nesta alocam-se 35 inspetores na Capital e apenas 13 inspetores em 6 cidades do interior. Modificou-se o Serviço de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Armas de Leite, criado em 1905, que passou a ser mais um serviço sanitário à criança do que exclusivamente fiscalizador das armas de leite, criado em 1905, que passou a ser mais um serviço sanitário à crianças do que exclusivamente fiscalizador das armas de leite. As reformulações do Código Sanitário se fazem no sentido de modernizá-lo, inclusive incorporando-se novas doenças, no âmbito das de notificação compulsória como, por exemplo, modificar as diretrizes fundamentais do de 1894. Para um melhor detalhamento vejase Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo[...], p. 58-66.

colocassem em risco o Estado como um todo. O município volta a ser responsável pelos serviços de vacinação, pelos hospitais de isolamento, pelas informações estatísticas, entre outras atribuições, enquanto que o Serviço Sanitário estadual atuaria na prevenção e controle de epidemias, no registro de estatísticas sobre mortalidade, na fabricação de soros e vacinas, na aprovação dos programas locais.

Neste ano de 1911, ocorre uma revisão do 1.º Código Sanitário do Estado, sem que se verifiquem modificações dos seus princípios básicos mas apenas modernizando-se tecnicamente os itens sobre saneamento do meio físico, fiscalização dos alimentos e doenças infecto-contagiosas.¹²²

Nos anos que se seguem nota-se o recrudescimento da febre tifóide, que será no decorrer do período enfrentada de várias maneiras, desde as ações típicas da polícia sanitária e do campanhismo, até a intervenção junto ao sistema de abastecimento de água com as ações de cloração, em 1926. Entretanto, ainda na década de 1910, observa-se uma queda significativa do coeficiente de mortalidade geral, apesar deste índice ter sofrido um aumento em 1917 e 1918, com a pandemia de Influenza. Veja a tabela abaixo:

122 Veja - se a nota 69 supra

TABELA 7

COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

Período em Anos	Coefficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 hab.)
1894 – 1900	23,15
1901 – 1910	17,90
1911 – 1920	19,16
1921 – 1924	18,24
1925 - 1929	15,48

Fonte: Blount, J.A. – **A administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1894-1917.**, pp. 45 e 46; e Lefevre, E. **A administração do Estado de São Paulo na República Velha.** pp.20.

O Instituto Bacteriológico começa a preparar a vacina antitífica, amplia-se o Instituto Butantã, inaugura-se o novo Hospital de Isolamento de Santos e moderniza-se o Desinfectório Central¹²³, indicando a manutenção e o reforço das ações baseadas na perspectiva bacteriológica.

Nos meados da década de 1910 constata-se um aumento no volume das ações sanitárias nas áreas rurais, onde a malária e a ancilostomose passam a ser as novas doenças a serem combatidas. Coincidentemente, esta é uma fase em que há uma grande fuga dos trabalhadores das cidades para o campo, como conseqüência da crise que se abate sobre as indústrias durante a Primeira Guerra Mundial.

123 Lefevre, E. – **A administração do Estado de São Paulo na República Velha.**, p. 199.

Por decorrências deste fato, há um aumento do desemprego e uma queda dos salários, além da piora nas condições de saneamento, nas cidades, devido à crise na importação de material de construção.¹²⁴

Esta conjuntura de guerra é marcada por uma intensificação dos movimentos sociais nas cidades, em resposta à piora das condições de vida, que atinge fundamentalmente os setores do operariado urbano-industrial, cuja presença vai-se tornando cada vez mais significativa no conjunto do desenvolvimento econômico-social do Estado de São Paulo.¹²⁵ Essa intensificação de faz acompanhar por algumas reformulações do estilo de ação do Estado oligárquico. Algumas reivindicações dos trabalhadores, como o direito a férias e a diminuição da jornada de trabalho, começam a ser incorporada pela fração dirigente da classe dominante, no sentido de garantir a hegemonia sobre os grupos sociais, que se faziam presentes nessa conjuntura. É nesse contexto que o Estado oligárquico, na relação com as classes sociais subalternas, incorpora um conjunto de práticas sócias, cujo estilo de ação passa a ser predominantemente

124 “A demanda de braços, entretanto, não redundava numa melhoria de remuneração[...], o baixo salário coexistia com a carência de braços” e, ainda, “nem a crise fizera baixar o custo de vida[...] Enquanto em 1913 a população da cidade se adensava, com novos quarteirões surgindo de improviso, em 1914 se assistia ao abandono se São Paulo por parte dos operários jovens”. Beiguelman, P. - Os companheiros de São Paulo., PP. 73 e 80. “A 1.º de 1914 foram iniciadas as obras de construção da linha adutora de Cotia[...] o seu andamento (foi) prejudicado pela declaração de guerra[...] dificultando a aquisição do material[...]”. Lefevre, E. – A administração do Estado de São Paulo na República Velha., p. 201.

125 Veja-se Beiguelman. Op. cit. e Pinheiro, P.S. - O proletariado industrial na República Velha.

o da busca do consenso, não perdendo, todavia, até 1930, o caráter essencialmente repressivo.

No interior das práticas sanitárias paulistas, este processo se dá sob uma forma embrionária, que só se tornará evidente a partir de 1922, quando o Serviço Sanitário estadual, sob a direção de Geraldo Horácio de Paula Souza, incorpora o modelo americano de ações médico-sanitárias.¹²⁶

O caráter embrionário, referido anteriormente, pode ser percebido em todo o final da década, através das modificações efetivadas no conjunto de ações sanitárias, dirigidas a algumas das doenças prevalentes. O modo de atuação diante daquilo que era considerado como problema sanitário perde ser aspecto nitidamente eventual, característico da proposta campanhista, na medida em que são instaladas algumas ações permanentes de controle dos problemas sanitários.

É no modo de se organizar o controle da malária e da ancilostomose que se evidencia mais nitidamente o desenvolvimento de uma nova concepção para as práticas sanitárias. Experiências neste sentido são iniciadas a partir de 1916, quando o Serviço Sanitário estadual realiza ações conjuntas com a Fundação Rockefeller na estruturação dos Postos de combate à ancilostomose.¹²⁷

126 Aqui se faz referência à perspectiva médico-sanitária, que é incorporada às ações de Saúde Pública, a partir de uma ampla influência das Agências de Saúde Pública americanas e da Fundação Rockefeller, como se verá mais adiante.

127 Lefevre, E. – A administração do Estado de São Paulo na República Velha. p. 202 e Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., p. 72.

Apesar de algumas reformulações, mantém-se predominante a perspectiva “pausteriana”, que norteia a nova reforma do Serviço Sanitário estadual e as modificações do Código Sanitário, em 1918. É importante adiantar que, na sua essência, esta será a forma que o Código Sanitário do Estado terá até o fim do período.¹²⁸

A conjuntura, sanitária em que emerge esta reformulação do Serviço Sanitário estadual, caracteriza-se de um lado, como já foi visto, por um agravamento das condições de vida nas cidades e, por outro lado, pela intensificação dos movimentos sociais urbanos. O quadro sanitário que se apresenta neste momento tem como um dos traços mais marcantes o aumento da mortalidade geral, destacando-se a presença da malária e da pandemia de Influenza.

Ressalte-se que nesta época, na Capital Federal, está ocorrendo um surto epidêmico da varíola, que não se alastra pelo Estado de São Paulo devido à ação de bloqueio da polícia sanitária e da intensa campanha de vacinação realizada.¹²⁹

128 Este Código Sanitário de 1918, o 3.º do Estado de São Paulo, apesar de algumas alterações, será aquele que, basicamente, persistirá até meados da década de 1960. A sua base doutrinária não PE alterada substancialmente em relação aos dois anteriores o que ele apresenta do novo é a elaboração de um Código Sanitário Rural, porém dentro das mesmas concepções, e que não se propunha a entrar em vigor junto às fazendas existentes no Estado, portanto, com o nítido cunho ideológico, mas sem praticabilidade em geral. Por exemplo, no final do ato que elabora este Código está explícito que o mesmo só servirá para as futuras fazendas, que venham a ser construídas no Estado, a partir daquela data. Veja-se Decreto 2.918, de 9-4-1918. Leis e Resoluções decretadas pelo Congresso Legislativo do Estado de São Paulo, 1918.

129 A malária continuou a destacar-se na mortalidade geral no Estado, em 1917. Houve nesse ano um aumento de 6.391 óbitos. [...] Grassando a varíola na Capital Federal e vários Estados em comunicação com São Paulo,

Na fase Emílio Ribas, que vai até o começo da década de 1920¹³⁰, pode-se afirmar que o principal alvo das práticas sanitárias eram algumas doenças infecto-contagiosas, dentro do estilo das ações bacteriológicas, e ainda, que é alcançada uma eficácia significativa quanto a estes objetivos¹³¹. O nível de organização que atinge os serviços de Saúde Pública, sob o comando de Emílio Ribas, confere-lhes uma razoável capacidade de responder adequadamente aos surtos epidêmicos dessas doenças transmissíveis, a ponto de Rodolfo Mascarenhas afirmar que: “O Serviço Sanitário demonstrou que sua organização era capaz de evitar qualquer eclosão epidêmica de doença infecto-contagiosa evitável”.¹³²

Enfim, pode-se dizer que é na época de Emílio Ribas que se consolidam as práticas sanitárias, enquanto práticas sociais orientadas para os interesses hegemônicos na

intensificou-se a vacinação[...] e, ainda, “A mortalidade geral do Estado, em 1918, excedeu a do ano anterior em 12.609 óbitos, fato de que foi somente causa a epidemia de gripe”. Lefevre, E. - A administração do Estado de São Paulo na República Velha., pp. 203 204.

130 Já havíamos citado o fato de que Emílio Ribas foi diretor do Serviço Sanitário estadual de 1898 a 1917, sendo que, a partir de 1913, ficou em licença deste cargo. No entanto, a sua substituição por outros diretores não mudou substancialmente as diretrizes, que foram dadas aos serviços de Saúde Pública em São Paulo, até o surgimento da Reforma de 1925.

131 Veja-se como ilustração desta afirmação a evolução da mortalidade proporcional por doenças transmissíveis no Estado de São Paulo:

Períodos	Mortalidade Proporcional (%)
1894-1900	5,13
1901-1910	2,90
1911-1920	2,57

132 Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., p.69.

sociedade da época.

Essas práticas visam e realizam os mesmos objetivos sociais dos grupos hegemônicos paulistas, constituintes do bloco no poder, em nível político e econômico. Diante de uma nítida deterioração das condições de vida e trabalho da massa assalariada urbana e rural, como consequência das características das relações de produção existentes em São Paulo as práticas sanitárias se contrapõem a este quadro sanitário, dando conta dele enquanto questão social, sem interferir nas suas condições determinantes, e contribuindo, decisivamente, para a manutenção das características do modelo de desenvolvimento econômico-social implantado.

Na medida em que interferem efetivamente no quadro sanitário, controlando as doenças transmissíveis, que se constituem em ameaça à estabilidade das condições de reprodução social, possibilitam tanto a garantia de condições básicas para a acumulação do capital, relativas ao exército industrial de trabalhadores, quanto a viabilização de uma política social dirigida aos mesmos trabalhadores.

No entanto, esse processo dá-se sob forma compatível com o estilo de dominação social vigente, de tal modo que, na essência, as práticas sanitárias realizam a reprodução de relações particulares, as que a oligarquia cafeeira mantém com os grupos sociais que lhe são subordinados.

No fim da segunda década, como já foi visto, novas situações sociais, geradas no contexto social paulista, como a ocorrência das greves operárias e a intensificação dos processos complementares de industrialização e urbanização, tiveram desdobramentos importantes para a transformação

da dinâmica das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.

As ações campanhistas, o velho Código Sanitário e a estrutura de serviços até então institucionalizada, começavam a se tornar insuficientes, não respondendo amplamente aos novos anseios e interesses sociais; os serviços de Saúde Pública começavam a perder seu monopólio, a deixarem de ser a principal forma de realização das práticas de saúde, diante da ascensão da assistência médica individual, a partir da década de 1920.

A dinâmica da sociedade paulista, ditada tanto pelas características da estrutura econômica da agroexportação do café, quanto pelas políticas do Estado oligárquico regional, sofrerá significativas alterações no começo do século XX, que irão culminar, após as sucessivas crises sociais da década de 20, na revolução de 1930.

As características cíclicas da agroexportação irão gerar gradativas modificações na estrutura de classes da sociedade brasileira, exigindo tanto reordenamento nas relações inter-oligárquias, como nas relações do bloco oligárquico com os outros grupos sociais, como também um progressivo processo de readequação nas estruturas do Estado. É naquelas regiões, dotadas de maior dinamismo econômico e político, como São Paulo, que se evidencia de uma maneira mais clara este processo.

Quando o complexo cafeeiro ainda não havia gerado um processo de industrialização e urbanização significativo, as crises que se instalavam, em decorrência de suas próprias características, tinham respostas diferentes daquelas que passaram a ser necessárias, a partir do momento em que a

estrutura urbano-industrial tivesse adquirido um significado importante.

Conforme já foi dito anteriormente, São Paulo, na segunda década do século XX, tinha se tornado tanto o Estado mais industrializado do país, quanto aquele onde mais se intensificou o processo de urbanização. Desta forma, um conjunto de novos fatores sociais apareceram no quadro da sociedade paulista. Pode-se afirmar que, a partir de então, além da oligarquia agrária, os grupos da classe média urbana, o operariado e os empresários industriais tinha que ser contemplados no interior do jogo político local.

Entretanto, era também em São Paulo que a oligarquia tinha adquirido o melhor posicionamento, enquanto grupo dirigente, entre os diferentes Estados da nação, o que se constata quando se examinam as relações entre os vários grupos sociais e a oligarquia do café.

A não ser em algumas situações históricas¹³³, excetuando-se os trabalhadores das indústrias e das fazendas, todos os outros grupos sociais gravitavam em torno do Estado oligárquico, ou como classe de apoio ou como integrante

133 O tensionamento é a mais importante exceção. Entretanto, mesmo assim, o horizonte deste movimento não se colocava em plano diferente do das oligarquias, a ponto de se poder dizer que: “A atitude dos tenentes em relação às massas populares é antes de tudo apresentada como uma ação tutelar, justificada pela impotência das massas de se rebelarem eficazmente contra o poder estabelecido: só o exército teria condições desejáveis para abater este poder. Ao lado dessa preocupação de tutela em vista da eficácia, a ação tutelar se impõe também para prevenir as consequências desastrosas nas relações sociais, que uma intervenção na vida Política, in O Brasil Republicano, História Geral da Civilização Brasileira, DIFEL, São Paulo, 1977, Volume 09, p. 15.

efetivo do bloco do poder. Ainda quando se opunham a esta dominação, o faziam nos limites político-ideológicos definidos pela oligarquia.

À medida que os grupos sociais urbanos se faziam mais presentes, enquanto força política no interior da dinâmica das classes sociais na região de São Paulo, passava a ser necessário satisfazer alguns de seus interesses, mesmo que isto implicasse em novas formas de realização da dominação oligárquica. Na década de 1920, o Estado oligárquico é obrigado a ceder aos trabalhadores a conquista de alguns direitos previdenciários e trabalhistas, apesar de isto não se dar da forma pretendida pelos operários urbanos, e nem ser do agrado de certas frações das classes dominantes.¹³⁴

No contexto geral do país, como já se disse acima, a década de 20 é marcada por um conjunto de crises políticas, que irão desembocar em um processo de ruptura do Estado oligárquico em 1930.¹³⁵ O período que sucede à

134 “A questão social” recebia destaque, nas esferas públicas. Os congressistas se manifestavam sobre a urgência de ser votada uma lei referente ao trabalho. O Dr. Altino Arantes, presidente do Estado de São Paulo, telegrafara para o Rio, sobre a matéria. Carlos de Campos declarava que “antes mesmo da greve”, já trazia, ao viajar para a Capital, a incumbência do Governo Paulista de solicitar uma lei do congresso “que substanciasse as conclusões aprovadas pela Conferência de Paz”: a jornada de 8 horas e a regulamentação do trabalho das mulheres e crianças nas fábricas”. (Beiguelman, P. – Os companheiros de São Paulo., p. 101), Nesta ocasião estava ocorrendo a segunda greve, que se generalizou pelo Estado, a de 1919. Tanto a absorção da reivindicação a respeito do trabalho das crianças, expressa no Código Sanitário de 1918, não respondeu amplamente aos anseios operários, pois, limitou o trabalho infantil somente até a idade de 12 anos, quanto a delimitação da jornada de trabalho em 8 horas encontrou oposição aberta dos industriais paulistas.

135 Fausto, B. - A Revolução de 30, in Brasil em Perspectiva, DIFEL, São Paulo, 1968, PP. 253-284.

Primeira Guerra Mundial, particularmente, caracteriza-se por uma intensa modificação na dinâmica social da sociedade oligárquica em geral, apesar de ser esta fase aquela em que se dá o auge da agroexportação cafeeira e uma queda no processo de capitalização industrial.¹³⁶

Não se deve perder de vista, no entanto, o fato de que os processos de modificação e de modernização da sociedade brasileira obedeceram ao padrão autocrático-burguês, as elites dirigentes e dominantes se antecipando aos possíveis momentos de ruptura social, impondo mecanismos transformadores, que articulavam a estrutura tradicional no interior da organização moderna, viabilizando a associação entre o arcaico e o novo, isto é, o desigual combinado. Desta maneira, a década de 1920 apresenta, como característica básica, o fato de nela se condensar um conjunto de conflitos, que foram lentamente se gestando no interior da sociedade oligárquica paulista, que de agroexportadora/urbano-comercial passa a agroexportadora/urbano-industrial. Estes conflitos são responsáveis pelas transformações ocorridas na época, dentre as quais assinala-se a maior centralização das ações estatais.¹³⁷

É nesse contexto que irá se situar o novo processo de transformação das práticas sanitárias paulistas, a partir da terceira década do século XX, no qual essa questão estrutural

136 Oliveira, F, - *A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil.*, PP. 408-411.

137 Esta centralização se expressa pela perspectiva implantada nas emendas constitucionais de 1926 e no início da legislação social. Para melhor entendimento veja-se Viana. L. W. - *Leis do Trabalho e Burguesia Industrial: A Tentativa do Liberalismo Fordista nos anos 20*, in *Liberalismo e Sindicato no Brasil*, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976, PP. 63-85.

assume papel mais fundamental do que as propriamente sanitárias, como surgem alguns historiadores.¹³⁸ No geral, as condições sanitárias da população não haviam sofrido nenhuma inflexão significativa, a ponto de justificar o processo de modificação, que se instituirá a partir da reforma de 1925.

Apesar do fato de que, ainda neste período, estivessem ocorrendo vários episódios epidêmicos de peste, varíola, tifo exantemático e de outras doenças transmissíveis, este quadro sanitário não apresentava mais aquelas repercussões do início do século, devido ao aparato sanitário que se organizara no Estado, capaz de deter na sua área de origem os diversos focos epidêmicos. A situação sanitária, de certa forma, poder-se-ia dizer que se encontrava sob controle, isto é, o modo de ação das políticas campanhistas era suficiente para garantir as condições mínimas de sobrevivência da força de trabalho.

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

Este processo não se observa só em São Paulo, já que no plano federal, em 1923, sob a orientação de Carlos Chagas, verifica-se uma reforma administrativa nos Serviços de Saúde Pública.¹³⁹ Neste mesmo ano ocorre o Iº Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, presidido, também, por

138 Blount, J. A. - A administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918, Ramos - A Integração Sanitária: Doutrina e Prática, Macarenhas, R.S - Contribuição para o estudo da administração estadual de São Paulo, Lefevre, E. - A administração do estado de São Paulo na República Velha.

139 Rodrigues, B. A. - Fundamentos de Administração Sanitária, Tipografia do senado Federal, Brasília, 2º Edição, 1979, p.31.

Carlos Chagas.¹⁴⁰ Um dos fatos mais significativos deste encontro foi a defesa quase que unânime, por parte dos sanitaristas, da necessidade de se incorporar a perspectiva médico-sanitária americana ao processo de reformulação dos serviços da Saúde Pública brasileira.¹⁴¹

Nesse Congresso é bem ilustrativa a participação de Geraldo Horácio de Paula Souza. Como representante paulista da Fundação Rockefeller, apregoa a necessidade de se modificarem os princípios da Saúde Pública brasileira, tomando-se como exemplo as ações da referida Fundação no Estado de São Paulo, através da organização de postos municipais permanentes, que deveriam funcionar como um serviço integral de Saúde Pública.¹⁴²

Este médico sanitariaista traz de sua formação na Universidade “Johns Hopkins” a perspectiva de que a Saúde Pública moderna, segundo preceitos formulados por C. Winslow, deve estar firmada tanto na Administração Pública cientificamente fundamentada, quanto na Educação Sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias.

Quando assumiu o Serviço Sanitário estadual,

140 Luz, M. T. – Medicina e Ordem Política Brasileira., P. 174.

141 “No dia 1.º de outubro de 1923, ..., Carlos Chagas, falando a cerca de 200 congressistas, apontava para o seu sentido prático, em oposição às frases de sensação, em que se exalta o nacionalismo extravagante”. Luz, Op. cit., p. 176.

142 “Sempre presente nas questões levantadas sobre as transformações recentes nos serviços de saúde pública, Fundação Rockefeller faziasse presente também no plenário através de seus representantes. Foi o representante de São Paulo (Geraldo Horácio de Paula Souza) que mais detalhadamente discutiu sua situação e seu significado para a saúde pública no Brasil.” Ibidem, p. 178.

Geraldo Horácio de Paula Souza elaborou um relatório, no qual deixa bem claro os princípios que procura introduzir para nortear o processo de reformulação das práticas sanitárias em São Paulo. Neste relatório afirma: “(...) que qualquer reforma necessita de estudo minudente dos diferentes serviços da repartição (...) antes de ocorrer a necessidade de modernizar a repartição; a necessidade de integrar o serviço com a Faculdade de Medicina para correspondência técnica e atualidade científica; que deve se evitar o empirismo e favorecer a formação dos funcionários, inclusive no estrangeiro; que os serviços novos devem ser instituídos em pequena escala e só quando houver orçamento para tanto; a absorção dos postos da “Rockefeller Foundation” mas sem hostilizá-la; a unidade de direção no combate às endemias; condensação e reorganização dos laboratórios; necessidades de criar novo Hospital de Isolamento e um curso de enfermeiras; instituir um Conselho Sanitário; melhor dotação orçamentária para a Saúde Pública; reação enérgica contra a varíola e a febre tifoide.”¹⁴³.

Geraldo Horácio de Paula Souza combate enfaticamente a desinfecção terminal, advogando para a Saúde Pública uma medicina social, de ação promotora e protetora da saúde, na qual pretende-se que a atuação criadora de uma consciência sanitária nos indivíduos, aliada ao saneamento ambiental, é que irá possibilitar a plena saúde.

De acordo com este sanitarista, a Saúde Pública se exerce por ações permanentes de Educação Sanitárias, preferentemente realizadas em unidades locais, que se

143 Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., p. 88.

constituirão nos Centros de Saúde; de médico à visitadora com o objetivo de promover e proteger a saúde, utilizando-se, também, dos métodos profiláticos fornecidos pela medicina e pela Engenharia Sanitária.¹⁴⁴

É bem significativa a realização, em 1926, do III Congresso Brasileiro de Higiene no Estado de São Paulo, sob sua promoção, no qual o tema mais enfatizado foi aquele sobre a “Formação de Hábitos sadios nas crianças (...)”¹⁴⁵ no qual se detecta a perspectiva de que a reforma sanitária ocorre, através da incorporação de um determinado conhecimento científico ao nível da organização dos serviços de saúde.

Ideologicamente, esta transformação no interior das práticas sanitárias caracteriza-se por um deslocamento da influência da escola francesa, que é substituída pela escola americana. Da perspectiva bacteriológica, na qual a polícia sanitária e o campanhismo eram os instrumentos básicos, as práticas sanitárias começam a se transformar em práticas médico-sanitárias.

144 Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo, p. 92-3.

145 “No terceiro Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo, Capital, de 4 a 12-11-1926, dos 12 temas de discussões indicados, aquele que vai apresentar o maior número de trabalhos e teses será a “formação de hábitos sadios nas crianças, estudo psicológico, pedagógico e higiênico”. O relator geral deste tema - Dr. J. P. Fontenelle - apresentou ao fim dos trabalhos um “parecer” onde destaca que: “se o fim da higiene é combater a doença e melhorar as condições de saúde, o ensino de higiene é como que apenas o ensino da gramática, para a conquista do falar corretamente, enquanto que a execução de atos vantajosos à saúde (...) é que corresponde à prática de linguagem, facilitada e automatizada. Para a saúde como para a linguagem, primeiramente o hábito, depois a instrução”. Luz, M. T. - Medicina e Ordem Política Brasileira., p. 181.

É interessante ressaltar que, apesar da incorporação dessas novas perspectivas, não ocorre uma ruptura na estrutura do Serviço Sanitário estadual como um todo. Sob o predomínio da nova política de Saúde Pública, assentada nas práticas médico-sanitárias, coexistem as ações campanhistas e de polícia sanitária. É na reforma de 1925 que se pode melhor evidenciar a conjunção de todas essas tendências, que marcarão essa nova etapa dos serviços de Saúde Pública.

Nessa reforma, além de serem incorporadas várias modificações básicas ao Código Sanitário de 1918¹⁴⁶, reestrutura-se o Serviço Sanitário estadual, que agora passa a contar com novas repartições, como a Inspeção de Educação Sanitária e do Centro de Saúde, através das quais se tenta incorporar as ações de Educação Sanitária às unidades locais e permanentes de Saúde Pública.¹⁴⁷

No entanto, dos cinco Centros de Saúde propostos para a Capital do Estado, só se consegue implantar uma única unidade, o Centro de Saúde Modelo do Instituto de Higiene.¹⁴⁸

146 Estas modificações tinham o sentido de restringir ao máximo as ações da polícia sanitária e ampliar aqueles referentes à educação sanitária. Como uma das provas mais enfáticas cita-se a extinção da desinfecção terminal. Mascarenhas, R. S. Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., pp. 97-100.

147 O sentido desta Reforma será melhor discutido na próxima parte deste capítulo, no entanto, para se verificar o seu projeto de forma mais global, ver Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., pp. 89-93.

148 O projeto da Reforma de 25 foi regulamentado pelo Decreto 3.876 de 11-7-1925, pelo Governo estadual, porém em dezembro do mesmo ano foram reduzidas as proporções do referido projeto. Por exemplo, a diminuição do número de Centros de Saúde a serem implantados na Capital do Estado. (Ver em Lefevre, E. - A administração do Estado de São Paulo na República Velha., p. 212). No âmbito da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, verifica-

Desta forma, é apenas parcial a incorporação imediata das propostas modernizadoras ao nível dos serviços de Saúde Pública.

Na realidade, todo o seu projeto original é implantado parcialmente, e o Serviço Sanitário estadual incorpora este conjunto de novas propostas de ação, sem contudo desmontar a máquina da polícia sanitária construída durante as três décadas anteriores.

O Serviço Sanitário estadual alia às anteriores ações coercitivas, ações sanitárias de estilo “fordista”, isto é, que visavam interferir na dinâmica sanitária, através de ações educativas (consensuais), em consonância com as novas necessidades do Estado oligárquico instauradas no período.

Todo esse processo se efetiva em um momento em que se reformula a ação estatal em nível federal, que passa a centralizar e atuar de um modo mais efetivo sobre a estrutura econômica, anteriormente sob a égide dos grupos privados e, eventualmente, dos Estados regionais.

Para tornar mais claro este processo, é interessante comparar a proposta de reformada para o Serviço Sanitário

se em debate em torno do projeto e que acabou implicando nos cortes referidos acima. “Levantou-se na Câmara dos deputados [...] contra esse tipo moderno de unidades sanitárias [...] (o) [...] deputado Gama Rodrigues [...]” querer-se agora da educação sanitária por meio de conferências feitas por médicos, acadêmicos e... os educadores... Este serão professores que, depois de um curso... praticado no Instituto de Higiene irão fazer - não fazer bem - o que, porque não sendo médicos, não tendo uma educação especializada, pouco ou muito pouco poderão fazer”. “Vê a Câmara que (dispensará)... uma despesa extraordinariamente grande para um serviço absolutamente teórico”, in Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., pp. 4-95.

estadual de 1917 com a de 1925, tanto porque nos momentos de mudanças das instituições é que se tem melhor oportunidade de detectar as contradições e conflitos sociais que elas refletem, quanto porque a de 1917 foi a última reforma significativa da fase “pasteuriana”, e a de 1925 foi a primeira da “médico-sanitário”. Portanto, no estudo das emergências das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, a compreensão da fase, que vai de 1922 a 1930, será completada através das conjunturas sanitárias, nas quais emergem as reformas de 1917 a 1925, em cuja fase de procurar, através da explicitação dos aspectos comuns e divergentes, identificar o processo único, mais geral, de determinação da política de Saúde Pública, realizada em todo o período da República Velha.

Parte III – As reformas de 1917 e 1925, os Projetos Sanitários e a Conjuntura Social no Estado de São Paulo.

Uma breve análise do projeto proponente da reforma do Serviço Sanitário estadual, apresentado ao Legislativo paulista e aprovado em julho de 1925¹⁴⁹, permite afirmar que o item referente à organização da Inspeção de Educação Sanitária e Centro de Saúde ocupa um lugar estratégico no interior dos vários pontos assinalados como centrais, para execução das modificações defendidas por Geraldo Horácio de Paula Souza, para o conjunto dos serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo.

149 Veja-se nota 96, supra.

Tal destaque é reconhecido pelo próprio autor do projeto, que procura justificá-lo, a partir da argumentação de que um dos pilares fundamentais da Saúde Pública moderna era a unificação das ações sanitárias em postos locais, onde se praticaria, permanentemente, a Educação Sanitária.

O posicionamento estratégico, acima referido, da Inspetoria de Educação Sanitária e Centro de Saúde no interior da Reforma de 1925 tem um duplo significado, pois, tanto ela era assumida como o elemento mais inovador para a reformulação das práticas sanitárias junto à sociedade como um todo, quanto era entendida como um instrumento de modificação interna da instituição, para adequá-los aos objetivos mais recentes da Saúde Pública moderna.

Geraldo Horácio de Paula Souza acreditava que o conhecimento científico, elaborado na perspectiva médico-sanitária, impunha e proporcionava os instrumentos necessários para a reformulação dos projetos anteriores, efetivados pela perspectiva bacteriológica, chegando a afirmar que as elaborações mais recentes da “ciência Saúde Pública” são mais verdadeiras¹⁵⁰ que as anteriores e que isto impõe um processo de modernização para a sociedade em geral.

Estas proposições podem ser melhor explicitadas a partir da análise, no projeto de Reforma de 1925, do conteúdo atribuído àquela Inspetoria, para que possa aquilatar o quanto nela se encontram, de fato, elementos diferenciadores do projeto básico das reformas anteriores, em particular da de

150 No sentido de que sabem mais sobre a verdade do objeto de estudo desta ciência. Vide início do Capítulo I deste trabalho.

1917¹⁵¹, ao mesmo tempo em que se possibilite discutir qual o sentido mais geral deste projeto no interior da sociedade oligárquica paulista.

No projeto da Reforma de 1925, afirma-se que: “(...) A Educação Sanitária de fará de modo a impressionar e convencer os educandos a implantarem hábitos de higiene (...) [e] (...) visará de modo especial a higiene individual, a pré-natal, a infantil e a da idade escolar (...) para imprimir ou desenvolver hábitos de higiene”¹⁵², com o objetivo de promover e proteger a saúde, procurando a introdução de uma nova concepção sobre causação das doenças e da saúde

151 Tanto a Reforma de 1917, quanto a de 1925, assumem as mesmas finalidades, que foram definidas, pela de 1911, para o Serviço Sanitário estadual, ou seja:

I - O estudo científico de todas as questões relativas à saúde pública.

II - O exame da natureza, etiologia, tratamento ou profilaxia das moléstias transmissíveis, que apareceram ou se desenvolverem em qualquer ponto do Estado, bem como quaisquer pesquisas científicas que interessarem à saúde pública.

III - O exame das condições mesológicas em geral.

IV - O estudo da flora sob o ponto de vista terapêutico.

V - A execução de quaisquer providências de natureza agressiva e defensiva, como as que tenham por fim a higiene domiciliária, a polícia sanitária das escolas.

VI - A profilaxia geral e especial das moléstias transmissíveis.

VII - A organização da estatística demógrafo-sanitária do Estado.

VIII - A confecção de vacinas, soros, culturas atenuadas.

IX - A fiscalização do exercício da medicina.

X - O exame das armas de leite.

XI - O exame dos lactentes filhos de indigentes.

XII - A fiscalização dos gêneros alimentícios.

XIII - A fiscalização das obras de saneamento.

XIV - A difusão de princípios gerais de higiene pública, Mascarenhas, R.S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., p.60.

152 Ibidem, p. 92.

em relação à perspectiva bacteriológica, que é ainda a base principal das concepções que fundamentam as práticas sanitárias de até então.

O projeto vincula a realização das ações de Educação Sanitária à figura institucional dos Centros de Saúde, que serão o lugar fundamental, na sociedade, onde se realizarão as ações sanitárias educativas, ou se onde se irradiará, para o todo social, o conjunto daquelas ações promotoras e/ou protetoras da saúde e que terão que se configurar em permanentes, dada a sua natureza. Isto era assumido diferentemente pela perspectiva bacteriológica, na qual as ações sanitárias permanentes incidiam sobre o meio ambiente e eram complementadas pelas ações eventuais campanhistas, nos casos de surtos epidêmicos, o que se traduziu na organização institucional de órgãos, que atuavam reativamente diante da detecção do surgimento de um desequilíbrio entre o homem e o meio ambiente agressor. No máximo, quando se detectava um problema que era tido como mais resistente às ações de higienização do meio, organizavam-se alguns postos (como os da malária) que, após a sua ação de eliminação do fator ambiental agressor, eram desativados.¹⁵³ Entretanto, como na perspectiva médico-sanitária o principal fator de causação da doença, o indivíduo, era tido como permanente em todas as fases da dinâmica da saúde e da doença, ela se baseava na organização institucional de Unidades Sanitárias de ação permanente sobre o indivíduo (os Centro de Saúde e a Educação Sanitária), mas sem abandonar a organização

153 “Terminaram-se, em 1918, os trabalhos de profilaxia contra o impaludismo, em Vila Americana, Rebouças, Nova Odessa, Santa Bárbara e Cosmópolis. Intensificou-se combate contra a ancilostomose. Lefevre, E. “ A administração do Estado de São Paulo na República Velha., p. 206.

institucional anterior, que passava a ser secundarizada, em importância, e subordinada, em princípio no conjunto das práticas sanitárias.

A proposta básica para os Centros de Saúde expressava o seguinte:

“(...) Os Centros de Saúde visarão atrair a população com os seguintes objetivos:

a) de dispensar aos doentes tratamento medicamentoso, nos casos restritamente previstos no regimento interno do serviço.

b) de uniformizar o tratamento adequado de Doenças Transmissíveis.

c) de criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias (...) (...) A Educação Sanitária será ministrada ao indivíduo isoladamente ou em grupos (...) e professada nos Centro de Saúde (...) [e] (...) em visitas domiciliares (...) e sempre que operar fora do serviço do Centro, fará propaganda intensiva das vantagens da população em frequentá-los (...)”.¹⁵⁴

Neste projeto pode-se constatar o que se disse acima, isto é, de que nele a saúde é um alvo a ser atingido através do processo de inculcação, nos indivíduos, de uma consciência sanitária, que se traduz pela obtenção e aquisição de normas de higiene individual, que inclusive serão as fontes das “ações saudáveis” sobre o próprio meio externo. Porém, como este processo de inculcação deve ser permanente, deverão ser criadas instituições, cujas ações também serão permanentes, e que irradiarão a saúde (o que é bem expresso

154 Mascarenhas, R.S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., p.92.

pela dominação de Centros de Saúde).

A análise da Reforma de 1917 serve para evidenciar essas características para as quais se aponta acima. Quando foi realizado o texto básico de reformulação do Serviço Sanitário estadual de 1917, preservou-se a base essencial das ações sanitárias na linha bacteriológica, centrada fundamentalmente em instituições executoras de ações permanentes, que tinham como principal objetivo a higiene dos fatores ambientais, como por exemplo, o Desinfectório Central¹⁵⁵ e naquelas instituições - como os postos de combate à malária e os serviços de Inspeção do Serviço de Profilaxia Geral¹⁵⁶ - que tinham como principal objetivo a reação imediata, o desencadeamento das ações sanitárias, frente ao surgimento de fatores desequilibradores do estado sanitário da população, e que seriam “desativadas” quando estes fatores estivessem sob controle.

Além dessas instituições, que davam o perfil dos serviços sanitários nessa época, pode-se verificar que se iniciava uma experiência diferente junto aos Postos de combate à ancilostomose, que se moldavam ao estilo de ação médico-sanitária¹⁵⁷, e junto ao Serviço de Proteção à Primeira

155 Mascarenhas, R.S. - Contribuição para o estudo da administração de São Paulo., p.71.

156 “Inspeção do Serviço de Profilaxia Geral: órgão criado pela legislação em estudo, teve as seguintes funções:

A - As medidas de saneamento que se tornarem necessária no Estado, principalmente sob o ponto de vista da profilaxia contra o impaludismo e a ancilostomose.

B - A fiscalização na Capital das cocheiras, estábulos, cavalariças, [...]” - Ibidem, p.72.

157 Estes postos foram montados a partir da ação da Fundação Rockefeller em 1916 e, posteriormente, incorporados pelo Serviço Sanitário

Infância. Este Serviço surgiu no começo do século¹⁵⁸ com o objetivo de ter uma ação de polícia sanitária junto às amas de leite. Nos meados da década de 1910, com a intensa piora das condições de vida da população da capital, houve uma ampliação deste Serviço, que passou a atuar junto às nutrizes e aos recém-nascidos de populações “carentes”, sendo que em 1918 ele começa a executar ações sanitárias, que apontam na direção da perspectiva médico-sanitária.

Vale a pena lembrar que ambas as perspectivas, a bacteriológica e a médico-sanitária, veem a saúde como o estado de ausência de doenças, mas concebem diferentemente quais são os elementos que compõem a(s) causa(s) desta situação, e a partir disto propõem caminhos distintos para interferir no processo saúde/doença, tendo em vista a promoção e proteção da saúde da coletividade (como coleção de indivíduos). Na visão bacteriológica a determinação da doença é identificada com a presença de um agente etiológico - os microorganismos - que desequilibra o estado de saúde e nela (visão bacteriológica) o meio externo ambiental é tido como aquele que facilita ou dificulta a proliferação dos microorganismos e a contaminação do hospedeiro. Na visão médico-sanitária, o hospedeiro é o responsável principal pela situação favorável à atuação do agente etiológico, através de seu grau de consciência/inconsciência sanitária. Se, além disso,

estadual. Estudos preliminares foram feitos para uma campanha contra a ascilostomose, instalando-se um posto experimental em Guarulhos. Um acordo foi feito o Governo no Estado e, em novembro de 1918, foi iniciada uma campanha intensa, em São Paulo, contra a ancilostomose, através de postos instalados em cada município, subvencionados pela “Rockefeller Foundation” e o Governo estadual. Mascarenhas, R.S Contribuição para o estudo da administração de São Paulo. p. 73.

158 Veja-se nota 69, supra.

se retomar a discussão sobre as diferentes concepções do social (coletivo), que foi esboçada na parte inicial do capítulo I deste trabalho, pode-se dizer que, ambas se propõem a atuar sobre aquilo que consideram como causas determinantes das questões sanitárias, de uma maneira indiferente, em relação aos distintivos grupos sociais, enquanto perspectivas orientadoras para a organização dos serviços incorporam elementos distintivos dos agrupamentos “populacionais”, e de um modo particular, conforme a perspectiva que se tenha do social. Desta forma, assumem as diferenças impostas pelas relações sociais, mas negando-as, e retraduzindo-as em atributos particulares do meio ou dos indivíduos, detectáveis pela “ciência sanitária”.

No entanto, fazem isto de formas distintas:

1. Na perspectiva bacteriológica, as ações sanitárias visam vigiar e controlar o meio externo, no sentido de garantir a sua higiene, e realizam esta função utilizando-se basicamente de instrumentos coercitivos (polícia sanitária, campanha sanitária).
2. Na médico-sanitária, já que as ações sanitárias visam a consciência do indivíduo, seriam apenas revestidas de um caráter impositivo, mas com um cunho predominantemente educativo/consensual.

Na primeira, o indivíduo é elemento importante, na medida em que seria um componente do meio externo que estaria favorecendo a propagação do agente etiológico, e portanto, as ações sanitárias, coercitivamente, “livrariam” os indivíduos saudáveis do contato com o agente e “livraria” os indivíduos doentes dos agentes etiológicos (considerando-

os como meio de cultura de microorganismo), identificando o seu grupo alvo com aqueles indivíduos da sociedade, que estivessem portando alguma moléstia transmissível ou que fossem mais vulneráveis a estas, o que acabava sendo identificadas na população pobre, de miseráveis e indigentes. “Coincidentemente” esta população era formada pelos grupos sociais urbanos, vinculados ao exército de trabalhadores, tanto os ativos como os de reserva.

Na segunda, o indivíduo é importante porque é o responsável pela ação, em última instância, do agente etiológico. Nela, a “consciência individual” era o elemento chave, inclusive para explicar a situação social (o indivíduo é pobre porque não tem uma personalidade e/ou uma consciência), tornando-se o principal motor da ascensão social e da reforma social. As ações sanitárias visariam manter uma vigilância sobre o meio externo, mas fundamentalmente formar uma “consciência individual” naqueles indivíduos, que são tidos como os portadores de uma “não-consciência sanitária”. A população alvo destas ações, que seria a dos grupos sociais tidos como não portadores dos hábitos de higiene cientificamente elaborados, e que “coincidentemente” era aquele na qual incidiam mais as moléstias transmissíveis e a miséria, identifica-se com os mesmos grupos sociais urbanos.

Portanto, já que as duas propostas de ação das práticas sanitárias levavam a ações incidentes, principalmente, sobre a população que compõe o exército de trabalhadores, cabe entender porque, em dois momentos diferentes, formas de compreensão e organização das mesmas práticas orientadas por princípios distintos foram implementadas.

Alguns autores explicam essas reformas do Serviço Sanitário estadual, a partir do aumento da incidência de determinadas doenças infecto-contagiosas ou do aumento populacional. Assim é que John Allen Blount afirma que a Reforma de 1917 tinha como perspectiva o controle de endemias rurais;¹⁵⁹ Eugenio Lefevre sugere que o crescimento da população urbana obrigou a Reforma de 1925;¹⁶⁰ Rodolfo Mascarenhas interpreta como diferença básica delas a incorporação, pela de 1925, daquilo que ele considera como sendo a prática científica da administração pública.¹⁶¹

Por mais que possam verificar relações diretas entre estes fatos, é difícil associá-los em termos de causa e efeito. A estes autores escapa a visão de que o Serviço Sanitário estadual se constitui como parte da aparelhagem do Estado oligárquico paulista, que, como produto/produzidor de relações sociais específicas, responde a uma dinâmica social contraditória, na qual o jogo dos interesses econômicos e político-ideológicos dos grupos sociais (subalternos e/ou dominados) é que imprime o sentido da organização e a forma de efetivação do conjunto das práticas sociais, dentre as quais destacam-se aqui as práticas sanitárias.

As reformas de 1917 e 1925 se dão em momentos da vida social paulista, nos quais se percebe uma nítida transformação no papel econômico e político-ideológico dos diferentes grupos sociais que a compunham.

159 Blount, J. A. - A administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918, PP. 44 e 45.

160 Lefevre, E. - A administração do Estado de São Paulo na República Velha., p. 211.

161 Mascarenhas, R. S. - Contribuição para o estudo da administração de São., p. 88.

A década de 1910 está sob o impacto da industrialização intensa e do aumento do movimento operário, e a de 1920 assiste ao auge econômico do café, apesar de toda a instabilidade política que marca os seus primeiros anos.

As informações obtidas em jornais da época mostram uma grande quantidade de greves operárias, cujas pautas de reivindicação continham, de uma forma ou de outras, pontos que indicavam as péssimas condições de vida e trabalho deste setor da população.¹⁶² Na greve de 1917, por exemplo, dentre as várias reivindicações, pode-se constatar a presença de lutas por uma melhor fiscalização dos gêneros alimentícios (tanto nos preços quanto na qualidade) e por uma legislação sobre o trabalho da mulher e da criança.

A década de 1910 tinha sido um período duro para as grandes massas de trabalhadores urbanos, no país como um todo, e em São Paulo particular. No começo da década houve um aumento da exportação do café, que permitiu, devido às questões cambiais, uma importação de muitos bens de capital, como máquinas para a indústria têxtil¹⁶³, o que irá se refletir em um aumento do processo de industrialização. Com a Primeira Guerra Mundial há um bloqueio das importações e exportações, a indústria diminui seu ritmo de crescimento¹⁶⁴, mas apresenta um aumento da produção substitutiva dos produtos importados. Surge um período de aumento do desemprego e uma fuga das cidades nos meados da década.

162 Beiguelman, P. - Os companheiros de São Paulo., pp. 63-111.

163 Dean, W. - A Industrialização durante a República Velha, in O Brasil Republicano, História Geral da Civilização Brasileira, DIFEL, São Paulo, 1975, volume 8, PP. 265-266.

164 Idem.

As fábricas e as grandes cidades mais industrializadas passam a ser lugar de protesto da classe trabalhadora industrial, o que pode ser constatado na imprensa local, que relata o clima de agitação no meio do operariado¹⁶⁵, que intensifica suas lutas por melhores condições de pagamento dos salários e pela diminuição da jornada de trabalho. O Estado de São Paulo será no período de 1917 a 1919, palco das maiores greves operárias de sua história no período da República Velha, greves que se generalizaram pelo Estado e que deixaram sua profunda marca junto aos vários setores sociais, principalmente os grupos dirigentes e os industriais, que passam a incorporar as reivindicações do operariado, no interior da Política Social do Estado oligárquico e a atuar junto ao setor urbano de um modo diferente.

Assim, após a greve de 1917, verifica-se a incorporação ao Código Sanitário do Estado de São Paulo de uma legislação sobre o trabalho do menor, muito mais restritiva¹⁶⁶ que a anterior, de 1911¹⁶⁷, ao mesmo tempo em que ocorre uma repressão violenta às organizações sindicais de orientação anarquista, associadas a um apoio franco aos chamados “sindicatos amarelos”.¹⁶⁸

165 Ver o estudo de Beiguelman, P. – Os companheiros de São Paulo., PP. 63-111.

166 “Nas fábricas, oficinas e quaisquer outros estabelecimentos industriais, bem como nas construções, é proibido o trabalho as pessoas menores de 12 anos. Entre 12 e 15 anos, pode o menor, mediante consentimento de seus representantes legais, ser admitido a trabalhar por tempo que não exceda de cinco horas diárias por dia, em serviços modernos, que não lhe prejudiquem a saúde ou embarquem a instrução escolar”. Mascarenhas, R.S. Contribuição para o estudo da administração de São. p. 77.

167 “ “Não serão admitidos como operários os menores de 10 anos, podendo os de 10 e 12 anos executarem serviços leves”. Ibidem, p. 63

168 Eram assim chamados alguns sindicatos que tinham, normalmente, uma

A relação entre os Estados oligárquicos e as classes sociais sofre um processo de transformação, comportando propostas, que visavam, além das ações coercitivas dos aparelhos de Estado, ações do tipo consensual, que tinham em perspectiva ganhar a adesão dos grupos sociais em geral ao projeto de sociedade das classes hegemônicas.

Desta forma, assiste-se ao nascimento de várias propostas modificadoras para a ação do Estado, em relação aos grupos sociais urbanos, entre as quais se identificam aquelas que propõem um novo estilo de ação para as práticas sanitárias. Entretanto, devido ao caráter autocrático burguês do Estado, constata-se uma convivência entre o tradicional e o moderno, confirmando o que Florestan Fernandes¹⁶⁹ diz sobre a aliança permanente entre as classes dominantes contra a classe antagônica (a trabalhadora), e assim as frações burguesas mais modernas readequam seus projetos à existência e à permanência dos setores tradicionais.

A forma de incorporar a dinâmica social, por parte da perspectiva bacteriológica, propiciava uma adequação efetiva entre os interesses das oligarquias rurais e industriais, que dominavam a sociedade paulista. Isto se evidencia quando tal perspectiva assume a forma de uma dada organização dos serviços de Saúde Pública, que permite a absorção das reivindicações dos setores dominantes, no que se refere a um maior controle sobre os fatores de mortalidade e morbidade da população trabalhadora, ao mesmo tempo em que absorve também anseios desta população. Entretanto,

estreita relação com os grupos dirigentes, para diferenciá-los daqueles que pertenciam às correntes anarquistas ou comunistas, e que eram conhecidos como sindicatos vermelhos.

169 Fernandes, F. – A Revolução Burguesa no Brasil.

enquanto propostas de ação do próprio aparelho de Estado, que decorrem de uma interpretação específica, e que se traduzem em ações particulares sobre os fatores tidos como causadores do estado sanitário, que não explicitem as reais condições sociais determinantes daquela situação sanitária, proporcionam ao mesmo tempo a ocultação dessas condições.

Com isso, legitima-se uma explicação, na qual as relações sócias da sociedade agroexportadoras são isentadas de responsabilidade, na compreensão das causas das doenças e definem-se como problemas sanitários apenas alguns aspectos do “modo de andar a vida” dos diferentes grupos populacionais, que permitam a conformação do meio urbano e da força de trabalho aos interesses do capital. São elementos nucleares na efetivação destas práticas sanitárias os médicos, enquanto portadores da necessária autoridade e da capacitação normativa dos aparelhos de estado.

Enquanto as questões cruciais para a sociedade oligárquica paulista estavam situadas na “implantação” e no desenvolvimento das relações de produção capitalistas da agroexportação, mesmo que como seu verso de moeda surgissem as indústrias, às práticas sanitárias cabia ser um elemento a mais no processo de reprodução daquelas relações de produção dadas. Isto se configurava na atuação sobre a população em geral, no sentido de permitir a reprodução da força de trabalho e a utilização dos meios de produção capitalistas nas áreas urbanas pelo capital agroexportador, sob forma de uma prática coercitiva que “espelhasse” e consolidasse o processo de dominação da oligarquia cafeeira.

À medida que às relações de produção, próprias do capitalismo agroexportador, se acresce um desenvolvimento significativo das relações de produção do capitalismo industrial, que traz para o processo de urbanização o aparecimento de novas forças sociais e econômicas e, à medida que o processo de acumulação do capital agrário implica em uma ação estatal diferente, impõe-se e inicia-se a modificação das práticas sanitárias.

Apesar de ser poder mostrar que, na década de 1920, o movimento operário está muito menos combativo que na anterior¹⁷⁰, verifica-se uma mudança de estilo na atuação do Estado oligárquico quanto a este grupo, pois como já se viu, da simples repressão às manifestações operárias ou de suas organizações, inicia-se uma fase, na qual a classe dirigente se propõe a “organizar” o movimento operário, como que atuando preventiva e antecipadamente. As práticas sanitárias, e os serviços de saúde em que se concretizam, não estão fora desse processo, mas, ao contrário, dele fazem parte orgânica.

A incorporação da perspectiva médico-sanitária, na Reforma de 1925, vai espalhar este processo de transformação das práticas sanitárias, no trato das questões de saúde coletiva. Tenta superar o caráter autoritário anterior, propondo à diluição desse mesmo caráter nas ações educativas, que procurarão obter o consenso dos indivíduos para a perspectiva de que eles são os responsáveis pelo estado sanitário da coletividade e de que a adoção de um determinado tipo de comportamento implicará na sua

170 Na década de 1920 ocorreram muito menos graves que na década anterior e, além disto, nenhuma delas se generalizou como as de 1917 e 1919. Para maiores detalhes veja-se Viana, L.W – Liberalismo e Sindicato no Brasil., p. 62.

ascensão social.

Nesta altura, seria interessante comentar a ideia, defendida pela maioria dos estudiosos de Saúde Pública, e parcialmente referida no início deste trabalho, de que os médicos sanitaristas (assim como todos os técnicos que trabalham nesta área) seriam homens da ciência, que, a partir das instituições, enquanto órgãos neutros e a serviço da coletividade indiscriminadamente, irradiaram o seu saber e proporcionariam os instrumentos para a mudança da realidade social, em direção ao progresso e ao bem-estar da humanidade, para que se possam identificar as relações que estes técnicos estabelecem com as diferentes classes sociais.

Durante o desenvolvimento deste estudo, procurou-se mostrar que, tanto o saber que permeia o campo das práticas sanitárias quanto às instituições que se efetivam, apresentam relações com a dinâmica das classes sociais. Buscou-se evidenciar, também, que o lugar social de efetivação destas práticas - o Estado - é determinado pelo processo de dominação/subordinação, que se concretiza no confronto entre as classes sociais das sociedades capitalistas e, de acordo com a hegemonia que se instaura, no interior das classes dominantes, a partir de uma fração de classe (ou mesmo de uma classe social), que detenha a direção deste bloco, segundo os interesses dos grupos economicamente predominantes.

Portanto, está colocada a possibilidade de conclusão de que aqueles técnicos da Saúde Pública trabalham a partir de um conhecimento, que é instaurado segundo interesses de classes sociais específicas e como funcionários de um Estado,

que não se situa acima dos grupos sociais, mas antes de tudo, expressa e reproduz a dinâmica das classes sociais, segundo uma dominação em particular. Além disso, é possível sustentar a ideia de que o lugar onde se efetivam as práticas sanitárias - o Estado - não possibilita indistintamente a expressão de quaisquer interesses ao nível das mesmas, restringindo-as aos vinculados às classes sociais, que compõem o bloco no poder.

Bibliografia

ALVES, M. A Saúde Pública em Questão, in **Saúde em Debate**, revista do CEBES, nº 4, São Paulo, 1977.

Anais da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, São Paulo, Câmara dos Deputados, 1890-1930.

Anais do Senado do Estado de São Paulo, São Paulo, Senado Estadual, 1890-1930.

Anuário Demográfico, São Paulo, seção de Estatística Demógrafo-sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1884-1930.

AROUCA, A.S. – **O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva** - Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975.

AROUCA, A. S. - A História Natural das Doenças, in **Saúde em Debate**, revista do CEBES, nº 1, São Paulo, 1976.

BANDEIRA, M. – **Presença dos Estados Unidos no Brasil**, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1978.

BEIGUELMAN, P. – **Os companheiros de São Paulo**, Editora Símbolo, São Paulo, 1977.

BLOUNT, J.A. - A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918, in **Revista de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas**, volume 12, nº 4, Rio de Janeiro, 1972.

Boletim de Estatística Demógrafo-Sanitária, São Paulo, Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1894-1917.

BORGES VIEIRA, F. – Primeiros Tempos de Administração Sanitária Paulista e seus Antecedentes, in **Arquivos de Higiene e Saúde Pública**, Ano VIII, n 17, São Paulo, 1943.

BRAGA, J.C.S. e PAULA, S.G. – **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social**, CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1981.

BRASIL, V. - Emílio Ribas, in **Arquivos de Higiene**, São Paulo, 1 (1): 7-12, 1936.

CAMPELLO DE SOUZA, M.C. – O Processo Político-Partidário na República Velha, in **Brasil em Perspectiva**, DIFEL, São Paulo, 1968.

CANGUILEM, G. – **O Normal e o Patológico**, Editora Forense - Universitária, Rio de Janeiro, 1978.

CARDOSO, F.H.- **O Modelo Político Brasileiro**, DIFEL, São Paulo, 1973.

CARDOSO, F.H. – Dos Governos Militares e Prudente-Campos Sales, in O Brasil Republicano, in **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo III, volume 8, DIFEL, São Paulo, 1975.

CARDOSO, F.H. – **Autoritarismo e Democratização**, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1975.

CARONE, E. – **A Primeira República**, DIFEL, São Paulo, 1969.

CARONE, E. – **A República Velha: Instituições e Classes Sociais**, DIFEL, São Paulo, 1975.

CARVALHO, H.V. e SEGRE, M. – **Medicina Social e do Trabalho**, Editora McGraw-Hill do Brasil, São Paulo, 1977.

CUPERTINO, F. – **População e Saúde Pública no Brasil**, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1976.

DEAN, W. - A Industrialização durante a República Velha, in O Brasil Republicano, in História Geral da Civilização Brasileira, Tomo III, volume 9, DIFEL, São Paulo, 1975.

DOBB, M. – **A Evolução do Capitalismo**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1973, 3º Edição.

DONNANGELO, M.C.F. – **Medicina e Sociedade**, Livraria Pioneira, São Paulo, 1975.

DONNANGELO, M.C.F. – **Saúde e Sociedade**, Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1976.

DONNANGELO, M.C.F. - A Pesquisa da Área de Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70, in **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil** (organizada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO), Rio de Janeiro, 1983.

DUTILH NOVAES, H.M. – **A Puericultura em Questão**. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo Dissertação de Mestrado), São Paulo, 1979.

FALEIROS, V.P. – **A Política Social do Estado Capitalista**, Editora Cortez, São Paulo, 1982.

FAUSTO, B.- A Revolução de 30, in **Brasil em Perspectiva**, DIFEL, São Paulo, 1968.

FAUSTO, B. - Expansão do Café e Política Cafeeira, in O Brasil Republicano, in **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo III, volume 8, DIFEL, São Paulo, 1975.

FAUSTO, B. - As crises dos Anos Vinte e a Revolução de 1930, in O Brasil Republicano, in **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo III, volume 9, DIFEL, São Paulo, 1977.

FERNANDES, F. – **A Revolução Burguesa no Brasil**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1975.

FERREIRA, C. - O Dr. Emílio Ribas: Um Benemérito Servidor do Estado, **Arquivos de Higiene**, São Paulo, 1 (1): 15-9, 1936.

FOOT, F. e LEONARDI, V. – **História da Indústria e do Trabalho no Brasil**, Editora Global, São Paulo, 1982.

FOUCAULT, M. – **O Nascimento a Clínica**, Editora Forense - Universitária, Rio de Janeiro, 1977.

FOUCAULT, M. – **Origens da Medicina Social**, Publicação de PESES/PEPES, Rio de Janeiro, 1980.

GONÇALVES, R.B.M. - **Medicina e História**. Raízes Sociais de Trabalho Médico. Departamento de Medicina Preventiva da FACULDADE DE Medicina da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado), São Paulo, 1979.

GORENDER, J. – **A Burguesia Brasileira**, Editora Brasiliense, São Paulo, 1981.

GRAMSCI, A. – **Maquível, a Política e o Estado Moderno**, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1968.

ILLICH, I. – **A Exposição da Saúde**, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.

LEFEVRE, E. – **A Administração do Estado de São Paulo na República Velha**, Typografia Cupolo, São Paulo, 1937.

LINHARES, H. – **Contribuição à História das Lutas Operárias no Brasil**, Editora Alfa-Omega, São Paulo, 1977.

LOVE, J. – **Autonomia e Interdependência: São Paulo e a Federação 1889-1937**, in O Brasil Republicano, in História Geral da Civilização Brasileira, Tomo III, volume 8, DIFEL, São Paulo, 1975.

LOPES, J.B. – **Desenvolvimento e Mudança Social**, Editora Nacional, São Paulo, 1972.

LUZ, M.T. – **As Instituições Médicas no Brasil**, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1972.

LUZ, M.T. – **Medicina e Ordem Política Brasileira**, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1982.

MACCIOCHI, M.A. – **A favor de Gramsci**, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976.

MALHEIROS, R. – **A Cidade de São Paulo**, Contribuição para o Estudo Epidemiológico das Principais Moléstias Infecciosas, Editora Vanorden, São Paulo, 1926.

MARX, K. – **O Capital, Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, 1968 (Livro I).

MASCARENHAS, R.S. – **Contribuição para o Estudo da**

Administração Estadual de São Paulo, Disciplina de Administração Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Tese de Livre-Docência), São Paulo, 1949.

MASCARENHAS, R.S. – **História da Saúde Pública no Estado de São Paulo**, in Revista de Saúde Pública, São Paulo, 7; 433-46, 1973.

NETTO, A.R. - O Caminho para Formação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, in **Arquivos de Higiene e Saúde Pública**, Ano VII, nº 14, São Paulo, 1942.

OLIVEIRA, F. - A Emergência do Modo de Produção de Mercadorias: Uma Interpretação Teórica da Economia da República Velha no Brasil, in O Brasil Republicano, in **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo III, volume 8, DIFEL, São Paulo, 1975.

OLIVEIRA, F. – **A Economia da Dependência Imperfeita**, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1977.

PAULA SOUZA, G.H. – **Relatório Apresentado ao Secretário do Interior Sobre o Serviço Sanitário**, São Paulo, 1922.

PAULA SOUZA, G.H. e BORGES VIEIRA, F. - Centro de Saúde, in **Boletim da Faculdade de Higiene e Saúde Pública**, nº 59, São Paulo, 1944.

PEREIRA, L. - Capitalismo e Saúde, Apêndice, in **Saúde e Sociedade** (Donnangelo, M.C.F. e Pereira, L.), Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1976.

PEREIRA, L. - **Anotações Sobre o Capitalismo**, Livraria Pioneira, São Paulo, 1979.

PESSOA, S. – **Ensaio Médico-Sociais**, CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1978.

PICALUGA, I.F. e COSTA, N.R. - História e Saúde, trabalho apresentado na **XXIX Reunião Anual de S.B.P.C.**, São Paulo, 1977.

PINHEIRO, P.S. - Classes Médicas Urbanas: Formação, natureza Intervenção na Vida Política, in O Brasil Republicano, in **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo III, volume 9, DIFEL, São Paulo, 1977.

PINHERO, P.S. - O Proletariado Industrial da República Velha in O Brasil Republicano, in **História Geral da Civilização Brasileira**, Tomo III, volume 9, DIFEL, São Paulo, 1977.

POULANTZAS, N. – **As Classes Sociais no Capitalismo de Hoje**, Zahar Editora, Rio de Janeiro, 1975.

POULANTZAS, N. – **Poder Político e Classes Sociais no Estado Capitalista**, Livraria Martins Fontes, São Paulo, 1977.

POULANTZAS, N. – **O Estado, O Poder, O Socialismo**, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1981.

PRADO Jr., C. – **Evolução Política do Brasil do Brasil e Outros Estudos**, Editora Brasiliense, São Paulo, 1961, 3ª Edição.

RAMOS, R. – **A Integração Sanitária: Doutrina e Prática**, Disciplina de Administração Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Tese de Livre-Docência), São Paulo, 1972.

REICHSTUL, H.P. e GOLSDENSTEIN, L. – **Sessenta Anos de Economia**, trabalho divulgado pelo Centro Acadêmico de Ciências Humanas da Universidade de Campinas,

mimeografado, 1982.

RIBAS, E. – **A Higiene no Estado de São Paulo**, Typografia Brasil de Rothschild, São Paulo, 1909.

RIBAS, E. – **Campanhas Sanitárias: Febre Amarela**, Prociência, São Paulo, 1922.

RIBEIRO, A.C.T. - Elementos Conceituais Desenvolvidos pela Pesquisa: Campanhas Sanitárias e Sua Institucionalização, trabalho apresentado na **XXXIX Reunião Anual da S.B.P.C.**, São Paulo, 1977.

RIBEIRO, A.C.T., PICALUGA, I.F. e COSTA, N.R. Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização, trabalho apresentado na **XXIXª Reunião Anual da S.B.P.C.**, São Paulo, 1977.

RODRIGUES, B.A. – **Fundamentos de Administração Sanitária**, Centro Gráfico do Senado Federal, Brasília, 1979, 2ª Edição.

RODRIGUES, E. – **Socialismo e Sindicalismo no Brasil**, Editora Laemmert, Rio de Janeiro, 1969.

ROSEN, G. – **Da polícia Médica à Medicina Social**, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1980.

SAES, D. - O Conceito de Estado Burguês: Direito, Burocratismo e Representação Popular, in **Cadernos do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas**, Campinas, 1982.

SANTOS, M.J. - Aspectos Demográficos, Apêndice B, in **Política do Governo e Crescimento da Economia Brasileira** (Vilela, A. e Suzigan, W.), IPEA, Rio de Janeiro, 1973.

SCHRAIBER, L.B. – **Contribuição ao Estudo da Educação Médica**. Departamento de Medicina Preventiva na Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado), São Paulo, 1980.

SILVA, L.O. - A Luta pela Regulação do Trabalho na Primeira República, in **Revista Cara Cara**, Centro de Estudos Everardo Dias, Editora Vozes, Ano I, nº 2, Rio de Janeiro, 1978.

SINGER, P., CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E.M. – **Prevenir e Curar**, Editora Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1978.

SINGER, P. **Economia Política da Urbanização**, Editora Brasiliense, São Paulo, 1980, 7ª Edição.

SUCUPIRA, A.C.S.L. e RAMALHO, J.R. - O Papel da Imigração na Formação do Proletariado Nacional, in **Legenda**, Revista da Faculdade Notre Dame, Ano II, nº 3, Rio de Janeiro, 1978.

SUCUPIRA, A.C.S.L. – **Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras**. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado), São Paulo, 1981.

VIANA, L.W. – **Liberalismo e Sindicato no Brasil**, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976.

WAITZKIN, H. – **Uma Visão Marxista sobre Atendimento Médico**. Editora Aventa, São Paulo, 1980.



Coleção Completa dos Clássicos da Saúde Coletiva:

- * As Instituições Médicas no Brasil – Madel Luz
- * A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças – Madel Luz
- * Saúde Pública como Política – Emerson Merhy
- * O Capitalismo e a Saúde Pública – Emerson Merhy

editora



rede unida

www.redeunida.org.br