

Edite Novais da Mata Machado

FORMAÇÃO DE SANITARISTAS E POLÍTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA EM MINAS GERAIS, 1947-1955

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Ciências Sociais

Orientador: Prof. Carlos Roberto Jamil Cury
Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte
Faculdade de Educação da UFMG
1990

Ac 28576
U. F. M. G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA



171309005

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

INV 05

RECEBUEMOS A
EXEMPLAR DE
DIA 15 DE ABRIL DE 1990
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS
SOCIAIS - UFMG

ATA DA 151a. (Centésima Quinquagésima Primeira) APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO
NO COLEGIADO DO CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO DA FAE/UFMG.

Aos sete dias do mês de novembro de mil novecentos e noventa, realizou-se na sala no. 307 do prédio da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, mais uma reunião para apresentação da defesa da dissertação "Formação de Sanitaristas e Políticas de Saúde Pública em Minas Gerais, 1919-1955", da aluna EDITE NOVAIS DA MATA MACHADO. A banca examinadora foi composta pelos seguintes professores: Carlos Roberto Jamil Gury - Orientador, Lucília Regina de Souza Machado e Maria das Mercês Gomes Somarriba. Os trabalhos iniciaram-se às quatorze horas e vinte e cinco minutos, com a síntese da dissertação feita pela mestrande. Em seguida os senhores membros da banca examinadora fizeram uma arguição pública à candidata. Após o relato do orientador, a banca foi unânime em aprovar a dissertação de EDITE NOVAIS DA MATA MACHADO, que passa a Mestre em Educação, devendo encaminhar à Secretária do Curso a versão final em 05 (cinco) exemplares. Nada mais havendo a tratar, Neuz Maria de Paula, Secretária do Curso de Mestrado em Educação, lê a presente ata que depois de aprovada será por mim assinada e pelos membros da banca examinadora. Belo Horizonte, 07 de novembro de 1990.

BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA

20/12/90

1715490-01

Carlos Roberto Jamil Gury

CARLOS ROBERTO JAMIL GURY - Orientador

Lucília Regina de Souza Machado

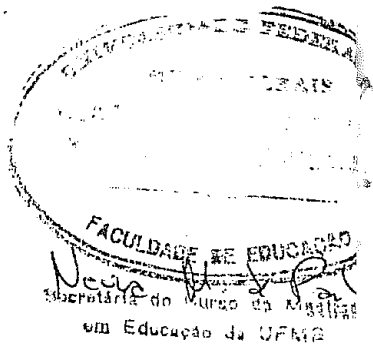
LUCÍLIA REGINA DE SOUZA MACHADO

Maria das Mercês Gomes Somarriba

MARIA DAS MERCÊS GOMES SOMARRIBA - FAFICH

Neuz Maria de Paula

NEUZA MARIA DE PAULA
Secretária do Curso de Mestrado em Educação - FAE/UFMG



Dedico este trabalho à memória
de meu irmão José Carlos

AGRADECIMENTOS

O estímulo e a cooperação de várias pessoas, em diferentes momentos e situações, foram significativos para a conclusão deste trabalho.

De modo especial, dirijo um agradecimento ao Professor Carlos Roberto Jamil Cury, meu interlocutor desde a ACPP (Análise Crítica da Prática Pedagógica), professor em duas outras disciplinas, orientador do Grupo de Trabalho e desta dissertação. Muito aprendi ao partilhar de sua capacidade reflexiva e crítica, ao longo de todo esse percurso. Também agradeço-lhe o apoio e a compreensão, no momento em que tive de interromper o Curso.

A Coordenação do Mestrado, particularmente às Professoras Léa Pinheiro Paixão, Eliane Marta Santos Teixeira Lopes e Magda Becker Soares, que tornaram possível a minha disponibilidade para o desenvolvimento deste trabalho, meu agradecimento.

Ainda na Faculdade de Educação, gostaria de mencionar o apoio que recebi de Lúcia Assis Alves e Neuza Maria de Paula da Secretaria do Mestrado; também de Vânia Regina Peres Drumond que, atenciosamente, instruiu-me quanto à normalização bibliográfica.

Aos Dr. Cid Ferreira Lopes e Dr. Otto Pessoa de Mendonça, devo as importantes informações sobre a origem e o desenvolvimento da Escola de Saúde Pública. Muito me impressionaram, no contato com estes nossos antigos diretores, a integridade e o respeito pela "coisa" pública. Aproveito para ressaltar que grande parte desta dissertação só se tornou possível graças ao acesso a documentos e informes oficiais, que foram doados à Biblioteca da Escola de Saúde pelo Dr. Cid Ferreira Lopes.

Assinalo a especial atenção com que Dr. Armando Ribeiro dos Santos (1909-1990) me concedeu uma entrevista e as relevantes informações que me transmitiu. Seu depoimento sobre o desenvolvimento da organização sanitária no período estudado foi de muita utilidade. Com pesar, recebemos a notícia de seu falecimento, antes do término deste trabalho.

Aos colegas da Secretaria de Estado da Saúde e da Escola de Saúde, com quem em diferentes momentos troquei reflexões sobre este trabalho, todo o meu agradecimento.

A Diretoria da Escola de Saúde, em especial aos diretores Lúcia Vieira Sarapu e Renato Quintino dos Santos, devo a possibilidade de ter podido iniciar e chegar à conclusão do Curso de Mestrado. Além do apoio técnico-administrativo, que não deixei de receber ao longo de todo o tempo, agradeço a leitura dos originais.

A equipe do Projeto Memória da Escola de Saúde, que participou do processo de investigação, minha gratidão. Menciono Maria Virgínia Vieira Pinheiro, Maria Teresa G. de Mendonça e Márcio José T. de Mattos Filho (estagiário), colegas na produção de artigos e relatórios úteis à elaboração final deste texto.

Aos colegas da Biblioteca, da Secretaria e Coordenação de Cursos, do Setor de Avaliação e de Apoio Administrativo e Financeiro e dos demais setores da Escola de Saúde, que de uma forma ou de outra foram envolvidos nesta pesquisa, meu agradecimento.

Agradeço a Maria Josefina Rodrigues Coelho (Fininha) pelo cuidado nos desenhos das tabelas e da estrutura sanitária de 1946. A Neide Alves de Souza e a Maria José de Las Casas Ignácio da Silva, da Biblioteca da Secretaria da Saúde, pelo apoio bibliográfico.

No Arquivo Público Mineiro, ao longo de cerca de nove meses de pesquisa na sala de consulta, sempre encontrei presteza e solicitude.

Finalmente, agradeço a meus irmãos, Maria do Carmo, Marília, Mônica, Virgínia e Bernardo pela ajuda e estímulos constantes. A Virgínia, a minha especial gratidão pela correção atenciosa dos originais.

A meus pais, Yeda e Edgar, a satisfação de dar por terminado este trabalho no momento em que comemoramos as suas (nossas) BODAS DE OURO.

Aos de casa, agradeço o trabalho doméstico dividido: obrigada Benigna, Elena e Mirtes.

Ao Dorival, tanta ajuda, carinho e paciência: sou para sempre grata.

Ao Chico, o meu afeto e o reconhecimento por tudo que partilhamos nesse tempo. E a nossa pequena e adorável Camila, a maior surpresa do percurso, a minha grande emoção.

RESUMO

Esta dissertação apresenta um estudo histórico sobre os programas de formação de médicos sanitaristas desenvolvidos pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, entre 1947 e 1955. Focalizamos a criação da Escola de Saúde Pública na conjuntura 1946/47, suas relações com o governo do Estado, os cursos promovidos e o perfil dos sanitaristas formados naquele período. A partir do reconhecimento dos vínculos entre o processo de formação de sanitaristas e a formulação de políticas de saúde, realizamos uma revisão da história dessas políticas em Minas Gerais, abrangendo: as políticas higienistas do final do século passado e início deste, a saúde pública das décadas de 20 e 30 e as políticas de saúde e assistência dos anos 40 e 50. Privilegiou-se, nessa etapa da investigação, o recurso a fontes primárias (coleção de leis e decretos estaduais, relatórios, documentos impressos, notícias de jornal, discursos e conferências). O quadro evolutivo das políticas e dos programas de saúde regional foi complementado com o estudo das políticas de saúde pública no Brasil, desde o início do século aos anos 50. Foram tomados como referência estudos e análises já desenvolvidos, nas áreas de história da saúde pública, medicina social, políticas e condições sociais no Brasil. Ao final, avaliamos o significado dos programas de formação técnica em saúde, na forma como se desenvolveram em Minas Gerais, ressaltando seus vínculos com a política oficial em dois sentidos. Primeiro, enquanto programa de formação de quadros especializados, serviria de contraponto ao clientelismo político predominante na administração pública. Integrar-se-ia, assim, à proposta de reforma das instituições públicas voltada para a restauração democrática. Isto significaria, em última instância, uma orientação intencionalmente desenvolvida para o fortalecimento do movimento em favor da ampliação dos direitos sociais. Em segundo lugar, avaliamos o significado político do projeto de formação de sanitaristas: ao definir competência técnico-científica como critério de autoridade, postulando a neutralidade dos novos sanitaristas frente às disputas político-partidárias, a proposta oficial implicaria a constituição de um grupamento com interesses próprios e a possibilidade de afirmar-se como força política. Integrados ao executivo estadual, os sanitaristas, como grupamento potencializado, deveriam participar do rearranjo do poder político, no âmbito dos municípios e regiões do estado. Verificou-se, no entanto, que o movimento político desencadeado pela Saúde Pública em Minas Gerais, fortalecido às custas da intensificação dos programas de formação de quadros especializados, não superaria sua base regional. Em nível nacional, o movimento não chegaria a desenvolver-se como em momentos anteriores, dados os limites impostos pelo processo de redemocratização, somados à fragmentação interna da Saúde Pública nacional, que separou o cuidado à saúde da população trabalhadora, da atenção às massas não reconhecidas em seus direitos de cidadania.

RESUME

Cette dissertation présente une étude historique sur les programmes de formation des médecins hygiénistes développés par l'École de Santé publique de Minas Gerais, entre 1947 et 1955. Nous avons concentré l'attention sur la création de l'École de Santé publique dans la conjoncture des années 1946/47, aussi bien que sur ses rapports avec le gouvernement de l'Etat, les cours promus et le profil des hygiénistes diplômés dans cette période. Après reconnaître les liens existants entre le processus de formation des hygiénistes et la formulation des politiques de santé, nous avons procédé à une révision de l'histoire de ces politiques à Minas Gerais, comprenant: les politiques hygiénistes de la fin du siècle dernier et du début de notre siècle, la santé publique des décennies 20 et 30 et les politiques de santé et d'aide sociale des années 40 et 50. On a privilégié, dans cette étape de l'investigation, les recours à des sources (collections des lois et des décrets étatiques, rapports, documents imprimés, nouvelles de la presse, discours et conférences). Le tableau évolutif des politiques et des programmes de santé régionale a été complété par l'étude des politiques de santé publique au Brésil, depuis le début du siècle jusqu'aux années 50. On s'est référé aux études et analyses qui ont déjà été développées dans les domaines de l'histoire de la santé publique, médecine sociale, politiques et conditions sociales au Brésil. A la fin, nous avons évalué le signifié des programmes de formation technique en santé, tel qu'ils se sont développés à Minas Gerais. Nous avons souligné leurs liens avec la politique officielle dans deux sens: d'abord, en tant que programme de formation de cadres spécialisés, il servait de contrepoint au favoritisme politique prédominant dans l'administration publique. Il s'intégrait donc à la proposition de réforme des institutions publiques ayant pour but le rétablissement de la démocratie. Cela signifiait, en dernier ressort, une orientation vers le renforcement du mouvement en faveur de l'élargissement des droits sociaux. Ensuite, nous avons évalué le signifié politique du projet de formation des hygiénistes: en définissant la compétence technico-scientifique comme critère d'autorité et en postulant la neutralité des nouveaux hygiénistes vis-à-vis des disputes entre les partis politiques, la proposition officielle impliquait la constitution d'un groupement ayant des intérêts propres et la possibilité de s'affirmer en tant que force politique. Intégrés au pouvoir exécutif étatique, les hygiénistes, en tant que groupement renforcé, devraient participer à la réorganisation du pouvoir politique au niveau des municipalités et des régions de l'Etat. Pourtant, on a vérifié que le mouvement politique démarré par la Santé publique à Minas Gerais, renforcé aux dépens de l'intensification des programmes de formation des cadres spécialisés, n'a pas surpassé sa base régionale. Au niveau national, le mouvement n'arriverait pas à se développer comme auparavant, en raison des limites imposées par le processus de rétablissement de la démocratie ajoutées au morcellement interne de la Santé publique nationale, qui a séparé les soins des travailleurs de ceux des masses dont les droits de citoyenneté n'étaient pas reconnus.

SUMARIO

RESUMO

RESUME

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO 1. A Formação de Sanitaristas em Minas Gerais, 1947-1955 ..	16
1. Os primeiros sanitaristas: a formação na prática	17
2. Os cursos no Rio de Janeiro e no estrangeiro	23
3. A criação da Escola de Saúde Pública em Minas Gerais	28
4. Atividades da Escola de Saúde Pública no período original	33
5. Perfil dos médicos sanitaristas formados entre 1947 e 1955 pela Escola de Saúde Pública	40
CAPITULO 2. Da Higiene à Saúde Pública em Minas Gerais	60
1. Introdução	61
2. A Política de Higiene em Minas Gerais nas primeiras décadas da República	66
2.1. Vacina Obrigatória	68
2.2. Higiene Pública e Polícia Sanitária	70
2.3. Serviços sanitários desativados	72
2.4. A regulamentação de Saúde Pública	74
2.5. A Campanha do Saneamento rural	79
3. A Saúde Pública e os Serviços Permanentes dos anos 20 e 30 ...	84
4. Saúde e Assistência: a reforma sanitária de 1946 e as políticas de saúde do período 1947 a 1950	94
4.1. Saúde Pública e o Plano de Fomento de Produção	106
4.2. Ensaio de uma nova política sanitária, 1948/1950	116
4.3. A Saúde Pública no cenário político de 1947 a 1950	126

CAPITULO 3. Saúde Pública e Questão Social no Brasil	146
1. Introdução	147
2. Referências teórico-conceituais para o estudo das políticas de Saúde Pública	148
3. Políticas de Saúde no Brasil	165
3.1. A Emergência das Políticas de Saúde Pública, 1890-1915	166
3.2. O Movimento de reforma sanitária, 1915-1930	182
3.2.1. O saneamento dos sertões	183
3.2.2. A criação do Departamento Nacional de Saúde e a reforma de 1920	189
3.3. Formação de uma política nacional, 1930-1945	199
3.4. Saúde Pública e política social, 1945-1960	206
3.4.1. Os limites do processo de redemocratização	208
3.4.2. A questão sanitária na Constituição de 1946	215
3.4.3. O plano SALTE e a prioridade à saúde	217
3.4.4. O modelo sanitarista em debate	220
3.4.5. A formação de sanitaristas e o movimento da Saúde Pública ..	230
CONCLUSÃO	248
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	257

INTRODUÇÃO

Entre os debates recentes sobre a reforma da administração pública no país, especialmente do setor de saúde, ganha relevância, ao lado de questões relativas à reorganização dos serviços, a problemática da seleção e da preparação técnica de pessoal.

Refletindo sobre nossa experiência de trabalho na área pública de saúde do Estado de Minas Gerais, onde vimos participando de atividades de supervisão e treinamento de pessoal, deparamo-nos com a suposição de que o desenvolvimento de programas de treinamento tem em vista objetivos mais amplos do que o de preparar pessoal técnico especializado. Servindo de mediação à implementação de novas propostas sanitárias, o treinamento como elo entre o ideal e o real, acaba por configurar um campo de contradições, onde competência e autoridade, ora caminham harmônicas, ora confrontam-se como opostos.

Compreender o significado pleno desse tipo de mediação -- viabilizada nos programas de formação de pessoal de saúde -- entre diretriz política e ação pública constituiu a nossa motivação principal para a formulação dessa proposta de investigação.

1. Uma primeira aproximação à problemática de estudo

Estudos e debates sobre a questão da preparação técnica de pessoal no setor público de saúde, orientados por análises que partem de uma perspectiva interna ao trabalho institucional, têm apontado, de modo geral, a vinculação existente entre políticas de organização de serviços e as atividades de formação e treinamento de pessoal. Reconhecendo-se a determinação do programa de serviços sobre o de treinamento de pessoal, as propostas pedagógicas buscam integrar serviço-ensino, como se fossem dois campos distintos e isolados, sem levar em conta a sua interdependência, bem como a sua relação com a administração pública, o Estado e a sociedade.

Tal visão que ainda hoje marca as atividades de treinamento de pessoal na área de saúde tem suas raízes na concepção do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) (1), de 1976, que se apoia em estratégias formuladas no âmbito da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Nos meados da década de setenta, os Ministérios da Saúde e da Educação, em convênio com a OPAS, sustentavam que não só era possível, como também necessário, planejar a formação e utilização de pessoal do setor saúde. Daí foi proposto um programa com o objetivo de:

"promover a adequação da formação de pessoal de saúde (quantitativa e qualitativamente) às necessidades e possibilidades dos serviços através de uma progressiva integração das atividades de formação na realidade do Sistema de Serviços de Saúde" (2).

Entre as propostas do PPREPS ressalta a que, caracterizando o "Programa como Sistema", define a necessidade de articulação dos

sistemas formador e utilizador de recursos humanos, como alternativa à sua "indevida separação" e como possibilidade de expansão e melhoria da prestação de serviços à população.

O importante a destacar é que dessa concepção resultou uma proposta tecnicista que, até os dias de hoje, encontra sustentação nos órgãos de saúde pública, por seu aparente traço de inovação (atribuído à proposta de integração docente-assistencial) e pela ênfase na utilização de sistemas reais de serviço. Extraímos do documento do PPREPS:

"O processo de articulação plena supõe instituições prestadoras de serviços capazes e a participação do sistema formador (Universidade) em forma complementar e principalmente de assessoria e apoio, na direção e gerência do sistema de serviços. Essa participação constituirá no principal mecanismo de comunicação entre os dois subsistemas e permitirá que os estímulos de inovação surjam da prática na realidade concreta e não de experiências limitadas ou modelos construídos sob uma perspectiva e orientação acadêmica ... A utilização dos sistemas reais de serviço, em toda sua extensão e níveis de complexidade, significará um processo de alimentação e inspiração permanente para o sistema formador na orientação e equacionamento de suas atividades docentes e de investigação e um grande fator de melhoria da qualidade e integralidade dos serviços, que se constituirão em campo e recursos auxiliares para a docência" (3).

De fato, podemos afirmar que os programas de formação e treinamento de pessoal de saúde, em Minas Gerais, formulados a partir das proposições do PPREPS, ganharam espaço de realização concreta na década de 70, porque constituíram resposta pragmática e objetiva à política, correspondente a esse período de expansão de unidades sanitárias e de admissão em massa de pessoal não qualificado, de nível auxiliar. Nos anos posteriores,

tal programação acabaria sendo criticada, questionando-se as supostas "racionalidade, eficiência e produtividade" (4) do enfoque sistêmico nas propostas de treinamento em saúde. A crítica, no entanto, não alcançaria a reformulação completa dessas propostas; mantido o objetivo de integração serviço-ensino, a par da revisão de certos conceitos e métodos pedagógicos (5), perdurou, no seio das instituições de saúde, a crença de que a promoção de "novas" propostas pedagógicas seria o bastante para a superação da ineficiência dos serviços de saúde (6).

Abordando a questão de outra perspectiva, a da análise dos programas de formação e treinamento de pessoal no serviço público em geral, confrontamo-nos com o seu caráter de atividade essencial e mesmo indispensável ao funcionamento desse serviço. Dallari chamou a atenção para o direito de permanência adquirido pelo indivíduo que ingressa no setor público, através de concurso:

"se não fizer nada com ele, vai estagnar, vai cair de produção, enfim não vai acompanhar a evolução das técnicas... é preciso treinar, é preciso oferecer oportunidades, possibilidades... é preciso motivar o funcionário para programas de treinamento, oferecendo a perspectiva de evolução funcional" (7).

A interpretação de que no serviço público o treinamento serve de "motivação" ao funcionário que de outra forma não se comprometeria com o trabalho, a nosso ver, simplifica a problemática do treinamento no serviço público. Primeiro por não captar a dimensão de processo - continuidade na descontinuidade - do serviço público. E em segundo lugar, por tratar a atividade

de treinamento em sua dimensão técnica, de forma isolada, como ação autônoma em si mesma determinada.

Os estudos sobre programas de treinamento na empresa, por outro lado, adotam uma visão mais compreensiva (8) ao considerar o empresário como "o novo educador de nossos tempos", responsável pela definição de "uma filosofia, uma política e uma metodologia de treinamento, a serviço, por certo, de uma pretensão hegemônica" (9). Jorge Roux, em seu estudo, desvendou a proposta ideológica dos programas de treinamento, acentuando a sua dimensão política:

"a idéia de treinamento traz em si uma ideologia, a de que todo indivíduo possuidor de potencialidades e devidamente treinado ascenderá na hierarquia social. A sociedade não apresenta estratos impermeáveis, senão para os incapazes; todos podem ascender segundo sua competência" (10).

Outra abordagem compreensiva e crítica dos programas de treinamento seria a realizada por Fusari, que enfatizou o caráter domesticador dos programas de capacitação de recursos humanos nas sociedades capitalistas. Apesar das propostas explícitas de qualificação profissional, o objetivo da capacitação residiria na adequação do indivíduo ao trabalho. E mais que isso:

"na adaptação do indivíduo ao mundo em que vive, tanto no que se refere ao espaço organizacional em que atua quanto aos valores dominantes condizentes com a própria lógica da acumulação do capital" (11).

Essa perspectiva de análise em torno da temática do treinamento, por seu caráter amplo e geral, orientou-nos quanto ao redimensionamento de nossa problemática de estudo, a formação

técnica em saúde no âmbito do setor público. Para efeito de descrição, enfocamos, nos programas de treinamento e formação de pessoal em saúde, uma dimensão propriamente técnica e uma dimensão política. Técnica e política são aqui tomadas como elementos distintos, mas não autônomos (12). Ao colocar ênfase no momento técnico, vislumbramos a problemática do treinamento e formação em saúde, em sua função de atendimento às necessidades de incorporação de novas tecnologias e adaptação dos indivíduos e grupos a novas funções, de acesso e promoção funcional, de expansão de quadros e carreiras, em geral articuladas a propostas de reorganização de serviços de saúde, especialmente em momentos de mudança de direção política. Mas, como assinala Cury, os treinamentos e cursos de formação técnica educam também por sua função política (13). De modo semelhante ao que ocorre no interior da empresa (14), opera-se o exercício de hegemonia, em que a direção política pretende exercer, sobre o conjunto do serviço, a condução político-ideológica. O treinamento, nesse caso, parece funcionar como mediação a essa pretensão hegemônica. E mediação, na concepção trabalhada por Saviani (15), quer dizer que o treinamento - como instrumento de hegemonia - não se justifica por si mesmo, não bastando portanto estudá-lo em sua dimensão técnica. E preciso buscar seu sentido, sua razão de ser na função política que acaba por desempenhar no interior da organização.

2. O problema redimensionado: sanitaristas, formação técnica e política

Para compreender a proposta política "por trás" dos programas de formação de pessoal no setor público de saúde, optamos por estudar a formação de um de seus segmentos profissionais - os sanitaristas. A escolha não foi arbitrária; de antemão sabíamos que a formação de sanitaristas tem no setor público o seu locus exclusivo. Por outro lado, além de ser formulação exclusiva do setor público de saúde, a formação de sanitaristas, enquanto projeto e programa de ação, vinculou-se historicamente aos movimentos - ora conservadores, ora de transformação - da organização sanitária.

Em estudo recente, Maria Eliana Labra (16) discutiu a origem e os antecedentes imediatos dos primeiros programas de formação de sanitaristas no Brasil, nos anos 20. Apontou a sua vinculação ao movimento sanitarista mundial, especialmente a forma como este se desenvolveu na América Latina, através de uma rede de instituições, denominadas pela autora de "conexão sanitária internacional". Além dos vínculos externos, que têm na Organização Sanitária Pan-Americana e na Fundação Rockefeller maior expressão, foram investigadas as relações entre a emergência dos cursos de sanitaristas e o movimento nacional de reforma sanitária (1920-23), bem como a reforma de ensino de 1925. Entre as conclusões, a função política da especialização em saúde pública ganharia destaque:

"Com esse Curso, se fecha eficazmente o circuito iniciado com as propostas da conexão sanitária internacional nas primeiras décadas do século pois através dos agentes dele egressos, serão inculcadas, reproduzidas e multiplicadas práticas ideológicas e sociais, tidas pelo menos durante os 30 anos seguintes,

como as únicas e universalmente válidas para solucionar os problemas de saúde pública no Brasil" (17).

Em Minas Gerais, ao final dos anos 40, com a criação da Escola de Saúde Pública (Decreto estadual número 1751, de 3-06-1946), iniciou-se a formação, em âmbito regional, dos primeiros médicos sanitaristas, através de cursos de especialização. Captado em sua origem, o programa estadual de formação de sanitaristas, à primeira vista, parecia resultar de proposta técnica, formulada no interior do órgão governamental, num momento de reforma da organização sanitária, como se verá mais adiante. Aprofundando-se a investigação, no entanto, outra dimensão foi realçada: a especialização em saúde pública também entre nós cumpria uma função política. E sua viabilização, naquele momento, tornou-se possível por tratar-se de um projeto político em que se articulou o pensamento técnico para a defesa de um conjunto de interesses. Essa possibilidade de articulação - técnico e político - ocorreu de uma determinada forma e com determinados conteúdos, no final dos anos 40 em Minas Gerais.

3. Metodologia e estrutura do texto

A fim de investigar esse conjunto de determinações - que problematizam a nossa temática - encaminhamo-nos para um estudo histórico, indagando inicialmente sobre os motivos originais de institucionalização da Escola de Saúde Pública: desde quando a necessidade de formação técnica em saúde pública? Em torno dessa indagação desenvolvemos a primeira parte desse trabalho, onde procuramos descrever o objeto de nossa investigação, a formação de sanitaristas em Minas Gerais entre 1947 e 1955.

A delimitação desse período pode ser justificada por duas ordens de considerações. Em primeiro lugar, tomando-se a perspectiva de análise interna à evolução dos cursos na Escola de Saúde Pública, verificou-se que entre 1947, data de sua instalação, e 1955, caracterizou-se a Escola como instância de formação exclusiva de quadros para a Saúde Pública estadual, como se verá no capítulo inicial.

A partir de 1955/56, uma mudança no padrão de cursos revelaria o início de um processo de desvinculação entre formação de recursos humanos e necessidades dos serviços de saúde pública, característica que se acentuaria no começo dos anos 60. Daí termos concentrado nossa análise no momento original de desenvolvimento da Escola de Saúde Pública, antes que fossem redefinidos o programa de especialização básica em saúde pública (que, a partir de 1956, incorporaria outros profissionais além do médico) e os cursos de aperfeiçoamento superior e formação de nível médio e auxiliar (que, como reflexo do desligamento com as políticas de saúde, sofreriam descontinuidade em sua programação).

De outro modo, focalizando a história da formação de sanitaristas em Minas Gerais, de uma perspectiva externa, justifica-se a delimitação do período de investigação pelas mudanças ocorridas na Saúde Pública, nacional e internacional, no Pós-Guerra, além das alterações verificadas no processo de formulação e implementação de políticas sociais, em decorrência da redemocratização da vida política brasileira após 1945.

Para o desenvolvimento da investigação sobre a formação de sanitaristas em Minas Gerais, realizamos inicialmente uma pesquisa documental junto ao arquivo de cursos e à biblioteca da atual Escola de Saúde, bem como no Arquivo Público Mineiro. Além de material sobre cursos desenvolvidos no período 1947-60, colecionamos informações sobre legislação sanitária, estrutura e organização pública de saúde, políticas e programas oficiais nas áreas de higiene e saúde pública, diagnóstico e avaliação da situação sanitária no Estado de Minas Gerais.

Embora tenhamos focalizado o período compreendido entre os anos de 1946 a 1955, a pesquisa arquivística, no que diz respeito à legislação e organização sanitária, cobriu toda a evolução da organização pública de saúde no âmbito do estado, de seus primórdios no final do século passado à criação da Secretaria de Saúde e Assistência na década de 50.

Salvo raras exceções, a inexistência de estudos sobre a história regional do desenvolvimento das políticas de saúde no Período Republicano levou-nos a privilegiar o trabalho a partir de fontes primárias. Daí termos baseado nossa investigação em materiais produzidos pela Imprensa Oficial (Coleção de Leis e Decretos, relatórios, documentos impressos, discursos e conferências), além da consulta intensiva ao Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, entre os anos de 1946 e 1950, e ao Diário da Assembléia, entre 1947 e 1950. Também junto à imprensa civil (Folha de Minas, Estado de Minas, O Diário) colecionamos material a título de complementação às informações obtidas a partir do Minas Gerais.

Tendo em vista o delineamento final da reconstituição da história original dos programas de formação de sanitaristas em Minas Gerais, realizamos ainda entrevistas com dois dos antigos diretores da Escola de Saúde Pública, Cid Ferreira Lopes e Otto Pessoa de Mendonça e com Armando Ribeiro Santos, médico da antiga Diretoria de Saúde Pública e diretor do Departamento Estadual de Saúde, responsável pela finalização do processo de transformação deste órgão em Secretaria de Estado, no governo Milton Campos.

A investigação sobre as origens do programa de formação de sanitaristas, no entanto, não ficou restrita à recuperação da história da Escola de Saúde Pública, seus cursos e atividades. Em um momento seguinte, trabalhamos os vínculos entre os programas de preparação técnica e as políticas de saúde e assistência no Estado de Minas Gerais, buscando recuperar o percurso de formulação dessas políticas, desde o final do século passado. Numa tentativa de explicitar os determinantes mais gerais do processo de formação técnica e das políticas de saúde regionais, tratamos também de estudar a história da Saúde Pública no Brasil. Nessa etapa, além do recurso às fontes primárias, utilizamo-nos de material analítico já produzido nas áreas de Saúde Pública, Medicina Social, Políticas e Condições Sociais no país.

Esse esforço analítico permitiu-nos, ao final, avaliar o significado dos programas oficiais de formação técnica em saúde, tal como se desenvolveram em Minas Gerais, buscando alcançar o seu sentido, seja em sua dimensão técnica, seja em sua dimensão

política.

A seguir, apresentamos sucintamente o resultado desse trabalho, que se divide em três capítulos e conclusão. O primeiro capítulo, intitulado - A formação de sanitaristas em Minas Gerais, 1947 a 1955 - como referimos anteriormente, trata da descrição do objeto de investigação. Começamos por abordar os processos informais de formação de sanitaristas, tratando em seguida da institucionalização de cursos de especialização, ocorrida ainda na década de 1920 no Rio de Janeiro e, nos anos 40, em Minas Gerais. De modo especial, focalizamos nesse capítulo a criação da Escola de Saúde Pública, na conjuntura de 1946/47, vinculada ao governo do estado, seus cursos e atividades, chegando à descrição do perfil dos médicos sanitaristas formados entre 1947 e 1955.

Reconhecendo os vínculos existentes entre o processo geral de formação de sanitaristas e a formulação de políticas públicas, desenvolvemos o segundo capítulo desse trabalho - Da Higiene à Saúde Pública em Minas Gerais. Nosso objetivo foi o de realizar uma revisão da história das políticas de saúde pública em Minas Gerais, abrangendo as políticas higienistas do final do século passado e início deste, a saúde pública das décadas de 20 e 30 e as políticas de saúde e assistência dos anos 40 e 50.

No terceiro capítulo - Saúde Pública e Questão Social no Brasil - tratamos de examinar o quadro evolutivo das políticas de saúde pública no Brasil, desde o início deste século aos anos 50. Nossa intenção: analisar a formação de sanitaristas de uma outra perspectiva; para além de uma análise interna ao movimento da

saúde pública regional, buscamos uma compreensão do objeto à luz do movimento geral de saúde pública no país, tomando-se como referencial o padrão de desenvolvimento da questão social.

Finalmente, na conclusão, procuramos evidenciar o significado dos programas de formação de sanitaristas, bem como apresentar, em linhas gerais, problemas e questões para novas investigações.

NOTAS:

- (1) ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, PPREPS, Brasília, 1976.
- (2) Ibidem, p. 3.
- (3) Ibidem, p. 18 (grifos nossos).
- (4) Sobre a pedagogia tecnicista ver Dermeval Saviani, Escola e Democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política, São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1988, p. 23 a 26.
- (5) O projeto de "Formação em larga escala de pessoal de nível médio e elementar" resultado de convênio entre MS/MEC/MPAS e OPAS, já na década de 1980, inovaria em termos de método pedagógico, deixando no entanto de rever em profundidade a questão da integração serviço-ensino. Ver: 1) MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde & MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Educação, Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Médio e Elementar para o Sistema Operacional de Saúde Pública/SOSP, Belo Horizonte, 1982; 2) SEMINÁRIO DO PROJETO LARGA ESCALA EM MINAS GERAIS, Belo Horizonte, 1984, Relatório do ... , Belo Horizonte, Secretaria de Estado da Saúde, 1984.
- (6) Miguel Arroyo em sua reflexão sobre as dimensões políticas das tendências atuais na administração da educação no Brasil avalia criticamente o significado das propostas de modernização e racionalização do sistema escolar: "O problema (...) não é tornar o sistema escolar mais racional, mas perguntar a que objetivos serve a racionalidade e quem se beneficia em última instância, com tais objetivos. Igualmente o problema não pode ser reduzido à aplicação das ciências sociais à administração escolar, nem à introdução de técnicas administrativas modernas para fazer que a escola seja mais produtiva. O desafio está em encarar com realismo a que tipo de "produtividade" servem as ciências sociais e as técnicas administrativas tidas como modernas". Miguel Gonzalez Arroyo. Administração da educação, poder e participação. Educação e Sociedade, n.2, jan.79, p. 36-46.
- (7) Adilson Abreu Dallari, A Problemática da Seleção de Recursos Humanos para a administração Pública, Educação e Seleção, n. 11, jan./jun. 1985, p:61.
- (8) No sentido de Karel Kosik: "Compreender o fenômeno é atingir a essência. Sem o fenômeno, sem a sua manifestação e revelação, a essência seria inatingível (...) A realidade é a unidade do fenômeno e da essência. Por isso a essência pode ser tão irreal quanto o fenômeno, e o fenômeno tanto quanto a essência, no caso em que se apresentem isolados e, em tal isolamento, sejam considerados como a única ou "autêntica" realidade". In Karel Kosik, Dialética do concreto, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, p.12.
- (9) Jorge Roux, Treinamento, Empresa e Hegemonia, Educação e Sociedade, n. 12, set. 1982, p.45.

- (10) Ibidem, p. 55. Os programas de treinamento em empresas, seja privada ou pública, têm constituído objeto de investigação em diferentes cursos de Mestrado em Educação. Ver: 1) Salgado, Maria Umbelina Caiafa. Os determinantes das funções das unidades de treinamento e siderurgia: estudo realizado em empresas de grande porte. Belo Horizonte: UFMG, 1985. (Dissertação Mestrado); 2) Gomes, José Benjamin. A prática da SUDENE na formação de recursos humanos no Nordeste. João Pessoa: UFPb, 1987. (Dissertação Mestrado)
- (11) José Cerchi Fusari, Capacitação de recursos humanos, problemas e perspectivas, CENAFOR, p.19.
- (12) Sobre a distinção entre prática educativa e prática política ver: 1) Dermeval Saviani, Onze Teses sobre Educação e Política. In Dermeval Saviani, op. cit., p. 91 a 103; 2) Betty Oliveira, Aprendendo a ser educador técnico + político, Educação e Sociedade, n.15, ago. 1983, p. 20-31.
- (13) Carlos Roberto Jamil Cury, Educação e Contradição, elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo, São Paulo, Cortez-Autores Associados, 1985, p.100.
- (14) Jorge Roux, op. cit.
- (15) Dermeval Saviani, Competência Política e Compromisso Técnico ou (o pomo da discórdia e o fruto proibido), Educação e Sociedade, n. 15, ago. 1983, p. 120.
- (16) Maria Eliana Labra, O movimento sanitaria nos anos 20 - Da "conexão sanitária internacional" à especialização em Saúde Pública no Brasil, Rio de Janeiro, EBAP/Fundação Getúlio Vargas, 1985.
- (17) Ibidem, p. 382.

CAPITULO 1

A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS EM MINAS GERAIS, 1947-1955

1. Os primeiros sanitaristas: a formação na prática

Embora o poder público em Minas Gerais tenha desenvolvido sistematicamente ações de alcance coletivo desde as primeiras décadas da República (1), somente nos anos 40 são encontrados registros em defesa da especialização técnica de médicos atuantes no setor público de saúde.

De fato, a Política de Saúde Pública, cuja origem remonta ao período provincial, formalizou-se através do trabalho médico, orientado para práticas de vacinação, hospitalização e controle de epidemias. Com o advento da República, as ações de saneamento são incorporadas às políticas de saúde, ficando a sua realização na dependência de articulação entre poder público estadual e local. Tanto no primeiro quanto no segundo momento, a assistência médica individual não chegou a fazer parte da pauta de atribuições do setor público, sendo desenvolvida por entidades ou associações beneficentes de caráter civil (2).

Mesmo a partir de 1922, com a criação, em vários municípios de Minas Gerais, de Postos de Higiene Municipal como serviços permanentes de saúde pública (3), sob a direção de médicos, não tratou o Estado da preparação técnica desses novos dirigentes. Nesse momento, fatores de ordem moral pareciam importar mais do que o conhecimento especializado, sendo suficiente o adquirido na Escola de Medicina. Entusiasmo e fé patriótica, dedicação ao serviço, abnegação, pertinácia e diligência nos trabalhos são qualidades mencionadas como essenciais ao sucesso do programa de manutenção dos serviços de saúde pública (4). Samuel Libânio, na

direção geral de Higiene do Estado em 1921, traçou o perfil do médico dirigente do serviço permanente de higiene municipal:

"Os chefes de serviço são a alma do novo empreendimento. Só confiaremos o serviço a profissionais que tenham sua atividade a ele unicamente votada; devem eles reunir certo número de requisitos indispensáveis ao êxito cabal da missão que lhes é cometida - cultura, ponderação, habilidade no trato com o povo e acima de tudo iniciativa. Não se deverão cingir à tarefa que lhes for atribuída por dispositivos regulamentares e sim interessar-se por tudo quanto se relacione com a saúde pública local, empenhar-se pela contínua distensão do raio de órbita dos serviços, propugnando, tanto perante os poderes municipais, como perante a administração estadual a adoção de medidas, implantação de normas novas de trabalho, tudo obedecendo a um único escopo - levantar o nível higiênico do município cuja administração sanitária lhes foi confiada" (5).

A prática da assistência sanitária e saúde pública não poderia restringir-se ao usual do trabalho médico: a assistência aos doentes. Mais do que isso, o médico dirigente do serviço de saúde pública teria uma "missão" a cumprir; daí não ser relevante o preparo especializado, nem tampouco a remuneração suficiente. Contava-se, sobremaneira, com a adesão de profissionais vocacionados, com "alta dose de espírito público" (6). Para formação desse profissional, não seria necessária a instituição de cursos de especialização. Diferentemente, para os escreventes microscopistas, os guardas sanitários e as enfermeiras, pessoal que desde o início auxiliava o trabalho médico no Posto de Higiene Municipal, prescreviam-se treinamentos. Sua nomeação era sujeita à aprovação em exame de habilitação, conforme sugere Ernani Agrícola, em 1929, na chefia da Inspeção de Centros de Saúde, Epidemiologia e Profilaxia, da Diretoria de Saúde Pública de Minas Gerais (7).

Ao médico, no entanto, segundo a proposta original de criação dos serviços permanentes de saúde pública, bastava a formação profissional aliada à "consciência da missão a cumprir". Condições para o seu desenvolvimento como sanitarista seriam encontradas no "cadinho da luta diária da saúde pública" (8). Além disso, tempo e autodidatismo ajudariam na constituição dos novos dirigentes dos serviços de saúde pública (9).

Na verdade, tal proposta já contava com adeptos no interior mineiro. Tomando por base os relatórios anuais da Diretoria de Saúde Pública, entre 1922 e 1929, que contêm registros de experiências dos primeiros dirigentes dos serviços permanentes, podemos constatar a ênfase dada à dimensão moral do trabalho sanitário. Por uma aparente contradição, a moralização do trabalho e sua conseqüente idealização vêm acompanhadas, em alguns momentos, de uma visão concreta e crítica da realidade, pelo menos em termos da compreensão das relações existentes entre saúde e condições de vida.

"Enquanto socorriamos toda essa gente examinava eu atentamente os habitantes e o local. Assim visitei as turmas até as margens do Jequitai, examinando os trabalhadores sob os pontos de vista seguintes: se já haviam tido febre; se eram portadores de gametas; se sofriam de verminoses, qual a percentagem de hemoglobina. Observava ao mesmo tempo quais suas condições de vida, de habitação e de trabalho, à procura das necessidades que pediam remédio" (10).

Este, como outros depoimentos, ao descrever a forma do fazer saúde pública nesse momento em Minas Gerais, indicam como a prática do médico - sanitarista de fato, mas ainda não assim reconhecido -

efinida e determinava a sua visão, mais ou menos abrangente, acerca do trabalho sanitário. O apelo ao aspecto moral continha, com certeza, uma afirmação de que o médico deveria comprometer-se com algo mais do que apenas o tratamento da saúde/doença da população; esperava-se certamente do médico uma atuação como "cientista social" que, na lida como especialista, fosse capaz de articular conhecimentos de diferentes campos do saber (como exemplo, geografia, geologia, física, estatística), mostrando as relações entre fatores naturais e sociais. De fato, a forma como se desenvolvera o trabalho sanitário viria reafirmar o caráter social da medicina; sua prática incorporava o estudo das condições ambientais sobre a causação das doenças. O social derivava da ordem natural. E mais que isso, na linha das transformações da medicina social do século XVIII, ao passar da análise dos fatores naturais às condições sociais, a prática médica recapturaria "o objeto último e fundamental da medicina que é o homem, tematizado não só como individualidade mas também como população vivendo em sociedade" (11).

A ampliação do campo do trabalho sanitário, por sua vez, não resolvia os conflitos existentes quanto ao exercício da clínica concomitante ao trabalho sanitário, seja no interior dos serviços permanentes de saúde pública, seja no próprio exercício da clínica particular. A discussão em torno dessa problemática focaliza, no período, aspectos de profissionalização e salário, constrangimentos objetivos, para os quais os pioneiros dos serviços permanentes não encontraram solução adequada. Vejamos, mais uma vez, a opinião de Ernani Agrícola em 1929:

"Sou de modo absolutamente contrário a tolerância que tem havido a esse respeito e se há algum chefe de Posto que clínica sem prejuízo para a eficiência dos serviços de saúde pública, isto constitui exceção. A queixa de que o ordenado é pequeno não procede. A Saúde Pública não obriga o médico a aceitar o ordenado de 1.200.000 com fulltime. Este de regra é que solicita com empenho o lugar, sabendo de antemão que o parágrafo terceiro do artigo 27 do Regulamento de Saúde Pública veda aos chefes de postos o exercício da clínica" (12).

A clínica, segundo o entendimento que prevalecia nesse momento original, não teria lugar no serviço público, nem deveria ser exercida por seus dirigentes, pois representaria uma restrição ao trabalho médico sanitário, tanto em termos de espaço (a atuação circunscrita ao Posto de Higiene), como do próprio conteúdo do trabalho (reduzido à assistência médica ao doente). Essa posição não era apenas defendida pelos médicos mineiros. Raul de Almeida Magalhães, Diretor da Saúde Pública de Minas Gerais, em relatório encaminhado ao Secretário de Segurança e Assistência Pública em 1930, sustenta a sua tese contra a clínica nos Postos de Higiene Municipal, utilizando argumento de J. H. Janney, ex-chefe da Fundação Rockefeller no Brasil. A tese foi defendida no III Congresso Brasileiro de Higiene (São Paulo, 1926):

"O povo desde o começo da campanha intensiva de opilação tem acreditado que a obra sanitária consiste em tratar perfeitamente todas as doenças. Nós como obreiros sanitaristas, devemos mostrar que estamos fazendo medicina preventiva e procurar educar o povo neste sentido. O serviço de dispensário é ostentoso e fácil de executar. Encher diariamente o posto com toda sorte de doentes pedindo exame e medicação para várias doenças exige muito pouco esforço. O dispensário atrai sempre o médico. Seus trabalhos exigem a permanência no posto e o impede de percorrer seu município e realizar trabalhos profiláticos valiosos" (13).

Essa discussão atravessaria os Congressos de Higiene realizados posteriormente, e em 1947, por ocasião de VI Congresso, Manuel J. Ferreira foi preciso em sua colocação:

O bom médico clínico tem um imenso campo de investigação e de estudo nos limites do corpo humano, dentro do qual giram todos os problemas da patogenia e da terapêutica. Quanto mais mergulhar no estudo do indivíduo, tanto mais útil e eficiente poderá tornar-se. O sanitarista tem o seu campo natural de investigação nas massas e grupos humanos e tanto mais se distancie do indivíduo, mais próximo ficará do terreno em que pode ser útil e eficiente. A prática da saúde pública não pode ser feita sem a utilização de clínicos de variadas especialidades, assim como a estes não pode caber a responsabilidade de campanhas ou organizações permanentes de medicina preventiva" (14).

A divisão colocada por Manuel Ferreira entre clínicos e sanitaristas expressava a separação que foi se desenvolvendo na prática do trabalho sanitário, a partir mesmo do momento original de criação dos serviços permanentes de saúde pública. O interessante a resgatar é que, pelo menos em Minas Gerais, enquanto a realidade sócio-sanitária exigia a indistinção clínico/sanitarista, não foi criada a necessidade de formação técnica. Nesse momento, a prática sanitária, ainda não reduzida à sua dimensão médico-profissional, mas impregnada por uma "moral" social, parecia constituir-se como prática formadora.

Desde os anos 20 (15), no entanto, além da formação na prática, já se preparavam sanitaristas através de cursos realizados no Rio de Janeiro e em São Paulo, bem como no estrangeiro (principalmente nos Estados Unidos). Mas tal modalidade de formação atingia um ou outro dirigente e, em muitos casos, aqueles que na prática já tinham se constituído sanitaristas. O

curso, neste sentido, formalizava a sua condição de especialista em Saúde Pública. O fato é que, entre os que trabalhavam nessa área, o mais comum até os anos 40 era a especialização proporcionada "pela tarimba e pelo autodidatismo" (16).

2. Os cursos no Rio de Janeiro e no estrangeiro

A especialização em Saúde Pública iniciou-se no país, ainda nos anos 20, sendo o primeiro curso datado de 1926, realizado no Rio de Janeiro, sob a tutela do Instituto Oswaldo Cruz, como curso anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (17). Nesse mesmo período, criou-se em São Paulo o Instituto de Higiene, vinculado à Faculdade de Medicina, o qual em 1931 foi transformado em Escola de Higiene e Saúde Pública (18). No início dos anos 40, o Governo Federal reconheceu o Curso de Saúde Pública para médicos da Escola de Higiene de São Paulo e deu nova organização ao Curso do Rio de Janeiro, vinculando-o ao Departamento Nacional de Saúde (DNS). O objetivo original do Curso de Saúde Pública - "preparo técnico de candidatos à carreira sanitária e aperfeiçoamento dos que nela já tenham ingressado" (19) - foi então reafirmado, passando-se, pelo menos a nível federal, a cumprir a exigência do certificado de aprovação no Curso como condição indispensável ao ingresso e exercício no quadro permanente de médicos sanitaristas. Além do Curso de Especialização de Saúde Pública, o Departamento Nacional de Saúde passou a organizar, a partir de 1942, cursos de aperfeiçoamento sobre diferentes assuntos sanitários, visando a melhoria de seu

próprio quadro de técnicos, bem como o aperfeiçoamento de dirigentes e funcionários dos serviços estaduais de saúde (20).

Segundo o documento "Atividades dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde, período 1942-1950", do Ministério de Educação e Saúde, participaram dos cursos de aperfeiçoamento do DNS um total de 49 técnicos provenientes de Minas Gerais, a grande maioria médicos, assim distribuídos nos cursos: Organização e Administração Sanitária (8); Nutrição (1); Técnica de Laboratório (9); Malária (6); Higiene Mental e Psiquiatria Clínica (4); Tuberculose (3); Tracoma (4); Doenças Venéreas (3); Organização e Administração Hospitalar (8); Câncer (2); Operação de Estação de Tratamento de Água e Esgoto (1) (21).

Visando facilitar a permanência dos técnicos estaduais no Rio de Janeiro, o Departamento Nacional de Saúde, nesse período, concedia bolsas de estudos e custeava o seu deslocamento. Segundo o documento citado anteriormente, a distribuição anual de bolsas, entre 1942 e 1950, para os técnicos de Minas Gerais foi a seguinte: 1944 (1); 1946 (2); 1947 (9); 1948 (11); 1949 (13); 1950 (13) (22).

É interessante verificar que a maioria dos que se aperfeiçoaram no Rio de Janeiro o fizeram no momento em que já havia se instalado a Escola de Saúde Pública em Minas Gerais, isto é, a partir de 1947. Uma explicação plausível seria a de que a instituição da Escola, entre nós, criou uma demanda por pessoal especializado para o trabalho de docência. Na relação dos alunos, provenientes de Minas Gerais, que frequentaram os Cursos do DNS,

encontramos, por exemplo, Armando Ribeiro Santos, que posteriormente veio a lecionar a disciplina de Administração e Organização Sanitária, tema do curso que fez no Rio de Janeiro.

Outra observação relevante é de que, no período 1942 a 1950, entre os 49 técnicos mineiros que se aperfeiçoaram no Rio de Janeiro, em diferentes cursos da área sanitária, nenhum deles participou do Curso de Especialização em Saúde Pública, o Curso Básico promovido anualmente pelo D.N.S. e orientado para a formação como sanitarista. Até 1946-47, de fato, embora a organização de Saúde Pública do Estado contasse com um quadro de sanitaristas já estruturado, somente com a reforma sanitária de 1946 passou-se a cumprir o dispositivo legal de exigência de aprovação no Curso de Saúde Pública para nomeação como sanitarista. A essa altura, o governo estadual já havia instituído sua própria Escola, que passou a responder pela formação de um novo quadro técnico, atendendo às várias modalidades de especialização médico-sanitária, inclusive a formação básica. As modalidades eram correspondentes às diversas carreiras sanitárias, que constituíram então objeto dos cursos da Escola de Saúde Pública.

Nesse mesmo período, abriu-se a possibilidade de especialização em Saúde Pública nos Estados Unidos da América, com bolsa de estudos, através do Instituto de Assuntos Interamericanos (agência do governo americano), com o qual o governo brasileiro assinou um contrato em 1942. Entre os objetivos desse contrato, que versava sobre saúde e saneamento, estabelecia-se "o preparo de profissionais para trabalhos de saúde pública, compreendendo o

aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiras de saúde pública e o treinamento de outros técnicos" (23). Segundo nota do Boletim da Oficina Sanitária Panamericana, de 475 bolsas de estudos em saúde pública, destinadas à América Latina, concedidas pelo Instituto de Assuntos Interamericanos para cursos nos Estados Unidos, 145 correspondiam ao Brasil, entre julho de 1944 e dezembro de 1947 (24). Analisando a contribuição do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) e do Instituto de Assuntos Interamericanos ao programa de formação de técnicos no Brasil, Moraes e Silva anotam que até 1947, 117 médicos foram contemplados com bolsas de estudos de diferentes tipos ("fellowship", "travel grant" e "grant-in-aid") nos Estados Unidos (25).

Outras agências, como a Fundação Rockefeller (Divisão de Higiene Internacional), nesse mesmo período, assim como em momentos anteriores, possibilitaram através de financiamento de bolsas de estudos, a especialização técnica em escolas norte-americanas (26). Deve ser ressaltado que essa Fundação colaborou em diferentes momentos com o estabelecimento de Escolas de Saúde Pública nas Américas, tendo o Instituto de Higiene de São Paulo resultado dessa cooperação (27).

De fato, especialmente ao final da Segunda Guerra Mundial, por motivos de ordem política e econômica, implementou-se a cooperação internacional na área da saúde pública, sendo que nas Américas esta foi desenvolvida como ação programática de governo, sob a orientação dos Estados Unidos (28). E o ponto fundamental

deste programa consistiu na formação e especialização técnica do pessoal de saúde. Diversos artigos publicados no Boletim da Oficina Sanitária Panamericana apontam nessa direção, enfatizando a importância da Saúde Pública "que pode converter-se em núcleo de atividade internacional, estimulando a unidade em outros e mais difíceis terrenos" (29).

Em relação ao Estado de Minas Gerais, é sabido que alguns dos dirigentes da Saúde Pública, do período estudado, passaram por escolas norte-americanas, incorporando em seu retorno muitas experiências conhecidas e vivenciadas naquele país. Baeta Viana, Secretário de Saúde e Assistência, no período de junho de 1948 a janeiro de 1950, em mais de uma oportunidade mencionou a experiência americana como sugestiva a um ou outro ponto de mudança na Saúde Pública mineira. A título de exemplo, na "Exposição de Motivos" do "Projeto que organiza o Serviço Médico Escolar no Estado de Minas Gerais", o Secretário indagou sobre "qual a idéia que fazemos nós do grau de saúde da criança mineira, nos termos da investigação levada a efeito nos Estados Unidos", depois de apresentar detalhadamente os resultados dessa investigação. Afirmou:

"Que nos sirva de estímulo a atitude desassombrada dos americanos. A coragem com que aquele povo do norte se pronuncia sobre os problemas vitais da nacionalidade, no interesse de revelar em números exatos a extensão da sua infelicidade, assombra a fraqueza daqueles que receiam encarar o problema tenebroso da nossa realidade, como se eles fossem os responsáveis diretos pela existência atual de todas as nossas calamidades. As opiniões otimistas ou terroristas sobre nosso verdadeiro estado de coisas, não reproduzem mais que impressões personalíssimas, conversa fiada, enquanto não se representam em números estatísticos a extensão de nossa realidade, pouco lisonjeira. Só os números informam

soberanamente" (30).

Cid Ferreira Lopes, diretor da Escola de Saúde Pública, responsável por sua implantação e funcionamento até os anos 60, também toma da organização americana referências para o modelo de Escola por ele defendido. A articulação Escola - Organização Sanitária faz parte de inúmeras propostas discutidas desde o início dos anos 40, nos Estados Unidos, seja em reuniões da Associação Americana de Saúde Pública, seja em Encontros de Professores de Higiene (31). Como afirmou Cid Ferreira Lopes:

"Sobre o tipo de escola de saúde pública que mais nos convém (...) temos certa preferência pelo tipo de escola estreitamente articulada com repartição sanitária, por termos a impressão de que, a par de um cunho mais prático que se possa imprimir aos cursos, pode-se melhor acompanhar as necessidades dos diversos serviços e especialidades, a fim de orientar a organização e a realização de diferentes cursos e modificar quando indicado, normas, teorias e processos de trabalhos sanitários, que a prática tenha recomendado. A nossa preferência ainda se explica por se tratar de organização mais simples e menos dispendiosa, como que de emergência mesmo, atendendo mais de pronto a situação premente de falta de técnicos em que nos encontramos" (32).

3. A criação da Escola de Saúde Pública em Minas Gerais

Em 1946, em pleno processo de reordenamento político-institucional, resultado da redemocratização brasileira, o Governo do Estado de Minas Gerais, ainda sob a Intervenção Federal remanescente do período da ditadura estadonovista, promoveu um extenso movimento de reforma dos serviços de saúde pública.

Em abril de 1946, a antiga Diretoria de Saúde Pública foi desmembrada da Secretaria de Educação e Saúde Pública e transformada em Departamento autônomo. Este, designado Departamento Estadual de Saúde, passou em junho de 1946, sob a gestão de Alvino de Paula, por um amplo processo de reorganização. Redefiniu-se o campo de atribuições do novo Departamento, relativamente à Diretoria de Saúde Pública, inaugurando-se um novo modelo de atuação em Saúde Pública no Estado de Minas Gerais. Foram suprimidas as antigas competências da Saúde Pública de polícia sanitária, fiscalização de gêneros alimentícios, produtos farmacêuticos e do trabalho operário em fábricas e oficinas, bem como a inspeção médica dos imigrantes, discriminados na Lei n. 961 de 1927. O Departamento Estadual de Saúde orientou-se para a organização de serviços de assistência médico-social, visando o atendimento ao doente (33).

Além dessa importante inovação, que marcará a nova denominação, em 1948, do Departamento transformado em Secretaria de Saúde e Assistência, o Governo Estadual, a partir da Reforma Alvino de Paula, também incorporou entre seus objetivos "a formação e aperfeiçoamento de técnicos sanitários" (34). E para possibilitar o cumprimento dessa nova atribuição, o decreto que promoveu a reorganização do Departamento Estadual de Saúde instituiu ainda a Escola de Saúde Pública, vinculada ao Instituto de Higiene.

Sobrevindo uma mudança na Interventoria, tendo João Tavares Corrêa Beraldo sido substituído por Júlio Ferreira de Carvalho em agosto de 1946, novas alterações no Departamento Estadual de Saúde foram propostas, desta vez por seu novo diretor, João

Afonso Moreira. Em novembro de 1946, apesar de inúmeras críticas às modificações pretendidas, manifestas nos debates travados no âmbito do Conselho Administrativo do Estado, publicou-se o decreto-lei n. 1907 de 13 de novembro, que alterava alguns dispositivos da Reforma Alvino de Paula. No que se refere à Escola de Saúde Pública, o novo decreto, conhecido como Reforma João Moreira, estabeleceu o seu desligamento do Instituto de Higiene, e a sua constituição como divisão autônoma, diretamente subordinada à Diretoria Geral do Departamento.

No curto período entre uma reforma e outra, a Escola de Saúde Pública não chegou a implantar-se efetivamente, tendo apenas havido a nomeação de seu primeiro diretor, Oscar Versiani Caldeira. Em novembro, após a reforma, foi nomeado como novo diretor Cid Ferreira Lopes, em posição equiparada às demais chefias das divisões técnicas do Departamento Estadual de Saúde e em cargo tornado efetivo pela Reforma João Moreira.

Criada em função da necessidade de formação de técnicos de saúde pública, programa inexistente no Estado de Minas Gerais até então, a Escola de Saúde Pública instalou-se em fevereiro de 1947, com o início do Curso de Malariologia. Em março deste mesmo ano, inaugurou-se o primeiro Curso de Saúde Pública. Como bem salientou Cid Ferreira Lopes, não havia no Estado técnicos especializados, mas apenas médicos clínicos que, de modo parcial, dedicavam-se à saúde pública (35). A instituição de uma Escola de Saúde Pública constituía pois uma "providência inadiável" (36), capaz de suprir a reconhecida necessidade de formação de pessoal

com conhecimentos especializados na matéria, habilitado para a execução da Política de Saúde, especialmente após o processo de reorganização introduzido pela Reforma Alvino de Paula.

Já em 1947, no primeiro ano de funcionamento da Escola de Saúde Pública, em atendimento às necessidades do Departamento Estadual de Saúde, foram organizados oito cursos, destinados à especialização de médicos em Malariologia, Saúde Pública, Doenças Tropicais, Dermato-Venereologia e Leprologia, bem como à capacitação de pessoal auxiliar (guarda sanitário e escrevente microscopista). A realização de todas essas atividades, antes mesmo de se estabelecer a sua sede com instalações próprias e adequadas, daria a medida do "acerto" (37) da Reforma Alvino de Paula, utilizando-se expressão de Cid Ferreira Lopes em relação à criação da Escola de Saúde Pública, entre as proposições da reforma de 1946.

Inaugurados os Cursos de Especialização e o de Saúde Pública, desenvolvidos em instalações do Instituto Ezequiel Dias, Faculdade de Medicina, Santa Casa e posteriormente na própria Secretaria de Saúde e Assistência, a Escola de Saúde Pública, através de sua direção, iniciou gestões junto a instâncias federais para a construção de sua sede própria. Somente em 1959 inaugurou-se a nova sede, graças a convênio com o Ministério da Saúde, cujo projeto inicial previa apenas a implantação de um Centro de Saúde e Treinamento em Belo Horizonte. Modificações introduzidas na planta original possibilitaram, no entanto, a construção da nova sede, comportando o Centro de Saúde e a Escola de Saúde Pública (38).

O funcionamento da Escola de Saúde Pública, nesse período, esteve marcado por uma dinâmica organização de cursos, ano após ano, abrangendo formação básica em Saúde Pública para médicos e, a partir de 1956, também para dentistas e médicos-veterinários, além de Cursos de Especialização em Leprologia, Tisiologia, Doenças Tropicais e Psiquiatria e Higiene Mental, entre outros, para médicos. Também realizaram-se cursos para pessoal de nível médio e elementar, especialmente voltados para a preparação de educadoras e visitadoras sanitárias e a habilitação de escreventes microscopistas e guardas sanitários.

Em 1959, publicou-se o Regulamento Geral da Escola de Saúde Pública (Decreto-Lei n. 5634 de 27 de agosto de 1959), depois de um período de mais de dez anos de organização de cursos. Seu funcionamento, como ressaltou documento oficial, "se fez por meio de Portarias, a fim de permitir a necessária flexibilidade para melhor se estudar a organização dos cursos e a estruturação do estabelecimento" (39). Com este Regulamento, a Escola de Saúde Pública pôde atender às exigências das leis de ensino no país, chegando em 1961, depois de prolongado processo no Conselho Federal de Educação (40), a ter seus cursos reconhecidos oficialmente (Decreto Federal n. 49846 de 7 de janeiro de 1961). Foi também equiparada à Escola Nacional de Saúde Pública (Decreto Federal n. 49309 de 21 de novembro de 1960). Apoiando-se no Regulamento Geral, o reconhecimento se fez sobre Cursos de Saúde Pública e de Doutorado, embora a Escola de Saúde Pública não tenha chegado a desenvolver esta última modalidade de curso.

4. Atividades da Escola de Saúde Pública no período original

Segundo a reconstituição histórica, levada a efeito pelo Projeto "Memória da Escola de Saúde Pública" (41), entre 1947 e o final dos anos 50, a Escola de Saúde Pública perseguiu o seu objetivo original de preparação técnica de pessoal para a carreira sanitária. A partir dos anos 60, parece efetuar-se uma mudança no padrão de cursos, descaracterizando-se a Escola como instância de formação em Saúde Pública. Desse modo, a descrição de suas atividades deve abranger os Cursos de Saúde Pública, Cursos de Aperfeiçoamento e Cursos Auxiliares, realizados entre 1947 e 1960, aqui considerado como período original.

Os Cursos de Saúde Pública (Tabela I), chamados "básicos", destinavam-se, a princípio, exclusivamente a médicos. Seu objetivo: a formação de sanitaristas como elementos técnicos voltados para o desempenho de atividades de saúde pública, principalmente em unidades sanitárias da capital e do interior. A programação dos cursos atendia inicialmente às exigências de um plano de carreira do Departamento Estadual de Saúde, que tinha na Escola de Saúde Pública um ponto de apoio efetivo. Por outro lado, tal programação consistia também em um esforço da própria Escola para habilitar-se, oficialmente, como centro formador de pessoal técnico na área da saúde pública, reconhecido nacionalmente e mesmo fora do país. Entre 1947 e 1960, os cursos ocorreram regularmente a cada ano, tendo passado por um período de crise. Segundo denúncia do diretor da Escola em 1955, a

contratação indiscriminada de médicos e pessoal auxiliar sem habilitação adequada, somada à inexistência de vagas para a carreira de sanitaria, resultaria no desinteresse pelos cursos da Escola (42). Assim, a tendência à redução do número de alunos diplomados, segundo evidencia a Tabela I, acentuada entre 1954 e 1955, somente seria revertida a partir de 1956 com algumas medidas de ordem emergencial. Entre elas, estava a ampliação da clientela que já não seria exclusivamente de médicos, mas também de dentistas, farmacêuticos e médicos veterinários, além de "médicos avulsos", no dizer de alguns editais de inscrição. Essa medida equivaleria ao reconhecimento implícito de que a Escola deixara de formar quadros exclusivos da Secretaria de Saúde, mantendo no entanto seu objetivo mais amplo de formação de técnicos de saúde pública.

Os Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento (Tabela II), por sua vez, atenderiam à necessidade de preparação de pessoal especializado para o atendimento na rede assistencial pública, dentro dos programas de controle das doenças transmissíveis e das grandes endemias regionais, bem como das doenças mentais. Enquanto modalidade de treinamento, estes cursos constituíram preocupação das autoridades sanitárias muito antes da criação da Escola. De fato, o Curso de Especialização em Leprologia fora iniciado nos anos 30, quando um decreto estadual indicou para os trabalhos em hanseníase somente médicos e acadêmicos com formação especializada em cursos realizados pela Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (43). O Curso de Leprologia, promovido em 1947 pela recém-criada Escola de Saúde Pública,

daria continuidade à especialização pela via universitária. Tanto este curso quanto os demais tinham como base conceitual mais ampla e como referência o curso de Saúde Pública; o corpo docente era recrutado entre as maiores autoridades nos diversos conteúdos, tanto no estado como no país. Com os cursos de especialização pretendia-se, além do mais, atender a necessidades de outras organizações, seja das prefeituras municipais, através da realização de treinamentos específicos, seja de alunos de outros estados ou mesmo do exterior, como foi o caso de peruanos que frequentaram o Curso de Leprologia (44).

Entre os objetivos dos Cursos Auxiliares (Tabela III), também promovidos pela Escola de Saúde Pública, estaria a formação de pessoal de nível médio e elementar para o desempenho de ações específicas de saúde pública nos vários programas então desenvolvidos pelo Departamento Estadual e, posteriormente pela Secretaria de Saúde, tais como Hanseníase, Tuberculose e Materno-Infantil, principalmente em Postos de Saúde no interior do Estado. Segundo evidencia a Tabela III, entre 1947 e 1960, a Escola preparou educadoras e visitadoras sanitárias, bem como dietistas, dentro do programa de formação de nível médio, atendendo às propostas oficiais de educação sanitária e controle das doenças transmissíveis. Na linha da formação de pessoal de nível elementar, a Escola formou guardas sanitários e escreventes microscopistas, como auxiliares dos programas de saúde pública do estado e de certos municípios (45)

Uma característica comum a todos esses cursos oferecidos pela Escola de Saúde Pública seria a sua coerência com as ações

desenvolvidas pela organização sanitária estadual. De fato, a preparação de pessoal técnico de nível superior, médio ou elementar, atenderia às necessidades de expansão de serviços para o interior do estado e de implementação dos programas de controle das grandes endemias regionais.

A composição curricular desses cursos já constituiria uma evidência dos vínculos entre a Escola e as necessidades do serviço de saúde pública. Refletindo a fragmentação por que passava a organização sanitária nesse momento, os currículos também se apresentariam fragmentados. Ao observador de hoje não há, entre as disciplinas dos cursos, nenhuma delas que focalizasse o contexto ou que colocasse a noção de "público". Mesmo o curso básico, a Especialização em Saúde Pública, voltava-se para o estudo tópico dos programas oficiais: Doenças Transmissíveis, Higiene Mental, Higiene Infantil, Higiene Industrial, Saneamento urbano e rural, Leprologia, Tisiologia, além de noções básicas de bacteriologia, microbiologia e parasitologia. Ao que parece, apenas duas disciplinas possibilitariam a introdução de novos conceitos e métodos, numa perspectiva de integração e contextualização do trabalho sanitário: bioestatística e epidemiologia. Especialmente no caso do ensino da bioestatística, o reconhecimento de sua importância no redimensionamento da prática em Saúde Pública causaria, entre os alunos, forte impressão; sendo novidade, consideravam-na disciplina difícil, gerando "pavor" em muitos deles (46). Por outro lado, a divulgação pela imprensa do novo curso repercutiria favoravelmente no meio médico, trazendo prestígio para a Escola

de Saúde Pública (47). Otto Pessoa de Mendonça, diretor da Escola em 1967, em discurso na abertura do período letivo, relembrou a sua experiência no Curso de Saúde Pública ao final dos anos 40, ressaltando a importância da bioestatística:

"A nossa geração não havia recebido, no curso secundário ou superior, ensino de disciplina ou método que encaminhasse o raciocínio ou o trabalho científico ou que permitisse àqueles que, como eu, não nutriam amor à clínica geral, à cirurgia ou às especialidades, a abertura de novos horizontes dentro da profissão médica. Aquele terrível mês de aulas de Bioestatística, de seis horas por dia, me trouxe uma ferramenta de pensar que permitiu emergirem no meu entendimento potencialidades vocacionais que eu próprio desconhecia e que me despertaram o interesse, que já desesperava, pela Medicina no campo social. Alunos que passaram pela Escola aprenderam e aplicaram novos conceitos e métodos no exercício da Saúde Pública e mesmo da Medicina tradicional, assim como no ensino. Levaram ao ensino da Medicina, Odontologia e Farmácia modificações profundas, que prepararam o campo para a introdução de metodologia moderna" (48).

Outra característica marcante do período seria a projeção na imprensa das atividades desenvolvidas pela Escola de Saúde Pública. Além do Diário Oficial do estado, que diariamente fornecia informações sobre seus cursos (abertura de inscrições, programação de cursos, professores convidados, relação de alunos diplomados e sua classificação, etc.), outros periódicos, com frequência, reservavam espaço para a divulgação das realizações da Escola de Saúde Pública. Em janeiro de 1947, a Folha de Minas publicou um editorial sobre a Escola, qualificando-a como órgão básico do Departamento Estadual de Saúde:

"É um órgão básico por conseguinte funciona como célula mater da Saúde Pública, dando-lhe os elementos especializados, sem os quais não lhe seria possível uma ação eficiente dada a complexidade dos problemas que

entram hoje na órbita da administração sanitária" (49).

Também seria destaque na imprensa a forma de funcionamento da Escola de Saúde Pública, calcada "no rigor e na disciplina", conforme palavras de Cid Ferreira Lopes. No encerramento do Curso de Malariologia, em junho de 1947, assim se expressaria o diretor da Escola, segundo nota publicada nos jornais:

"Cumpre dizer Senhores que na Escola há rigor e disciplina, não se tratando de uma instituição de mera formalidade para se ter, no fim de cada curso, uma solenidade como esta. Não, absolutamente. Há reprovação e a frequência é obrigatória. O nosso lema é aprovar quem sabe. Precisamos, mormente no princípio, agir com rigor e honestidade, para adquirirmos o conceito que muito nos valerá amanhã" (50).

De fato, a Escola de Saúde Pública, desde o primeiro ano de seu funcionamento, se tornaria conhecida pelo rigor em termos da seleção de candidatos, frequência obrigatória, avaliação escrita e oral por disciplina, reprovação e classificação dos alunos aprovados. A par desse sistema de funcionamento, a Escola atrairia um quadro de professores renomados, tendo contado com a colaboração de diversas organizações de ensino e saúde, que temporariamente cediam seus profissionais para participarem nos cursos. Tanto o básico, como o de aperfeiçoamento e alguns cursos auxiliares, contaram com o apoio das Faculdades de Medicina da Universidade de Minas Gerais e de São Paulo, da Organização Panamericana da Saúde, do Instituto Oswaldo Cruz, do Serviço Especial de Saúde Pública e do próprio Departamento Nacional de Saúde.

Como relataria a imprensa, para lecionar no primeiro curso de

Saúde Pública, a Escola pôde assegurar a participação de professores e técnicos do Departamento Nacional de Saúde, entre os quais se destacavam: Barros Barreto e Ernani Agrícola, encarregados da cadeira de Epidemiologia; Lincoln de Freitas que lecionaria Estatística Sanitária; Bandeira de Melo para a cadeira de Higiene Industrial e Barca Pellon para a de Organização Sanitária (51). Também professores e especialistas mineiros se integrariam a esse primeiro curso, entre eles: João Afonso Moreira e Oscar Versiani Caldeira (Diagnóstico Clínico das Doenças Transmissíveis); Valdemar Versiani e Abson Hermeto (Microbiologia, Teoria); Osvino Pena Sobrinho (Parasitologia Prática), Amílcar Viana Martins (Parasitologia Teórica); Lívio Renault (Microbiologia Prática) (52). Já para o Curso de Doenças Tropicais, iniciado em setembro de 1947, a Escola convidaria os professores Oliveira Castro e Emanuel Dias do Instituto Oswaldo Cruz e Samuel Pessoa e Dácio Amaral da Faculdade de Medicina de São Paulo (53). A imprensa fazia menção à escolha de "técnicos e especialistas de renome" (54) para integrar o corpo de professores da Escola de Saúde Pública, ressaltando o empenho desta instituição no êxito do Curso de Doenças Tropicais, cujo fim seria a "formação de técnicos indispensáveis às campanhas contra as endemias regionais que atormentam as nossas populações" (55).

Com efeito, a programação da Escola de Saúde Pública nos primeiros anos de seu funcionamento serviria à mobilização da opinião pública pela retomada das campanhas contra as endemias regionais, tendo a vinda de especialistas de outros estados muito

contribuído nesse sentido. Estando na capital mineira, a convite da Escola de Saúde Pública, vários dos professores seriam chamados a dar conferências (56) e participar de eventos locais, passando a Escola a "irradiar ciência e cultura, aprimorando o meio médico e modificando os conceitos de Saúde Pública em Minas" (57).

Também os alunos especializados pela Escola, outro fato assinalado pela imprensa, seriam prontamente incorporados ao serviço público, através de nomeações que, no caso da Especialização em Malariologia, "obedeceram estritamente à ordem de classificação obtida pelos titulares nos exames finais do Curso" (58). Todo esse conjunto de circunstâncias favoreceria o desenvolvimento da Escola de Saúde Pública, que se consolidaria como centro de formação técnica em saúde no Estado de Minas Gerais já nos primeiros anos da década de 1950. O curso de formação de médicos sanitaristas, cujo perfil analisamos a seguir, assumiria papel central no reconhecimento da Escola em âmbito estadual e nacional.

5. Perfil dos médicos sanitaristas formados entre 1947 e 1955 pela Escola de Saúde Pública

A Escola de Saúde Pública promoveu entre 1947 e 1955, 11 cursos de Saúde Pública, tendo formado nesse período um total de 260 médicos sanitaristas (Tabela IV). Duas modalidades de cursos foram experimentadas: a primeira, um curso básico que se desenvolvia ao longo de um ano, chegando a somar 1100 horas/aula;

a segunda, curso intensivo, com duração de meio semestre letivo, totalizando 400 horas/aula. Do curso intensivo participaram médicos recém-formados e acadêmicos da Faculdade de Medicina (sexto ano), que a partir do chamado do Secretário de Saúde, Baeta Viana, interessaram-se pela especialização em Saúde Pública, realizada concomitantemente ao término do Curso de Medicina. Foram organizados quatro cursos intensivos, dois deles iniciados em 1949 e dois em 1950. Estes cursos responderam pela formação de 161 sanitaristas, o que corresponde a 62% dos diplomados no período 1947/55 (Tabela IV).

A proposta destes Cursos de preparação mais rápida dos novos dirigentes dos serviços de saúde, defendida por Baeta Viana, respondia à política de expansão de unidades sanitárias, então implementada, como se verá mais adiante. Por outro lado, a proposta conflitava com o programa que vinha sendo desenvolvido pela Escola de Saúde Pública. Em mais de uma oportunidade, Cid Ferreira Lopes, na direção da Escola entre 1947 e 1960, ressaltou a necessidade de um curso com duração de um ano (quatro períodos de três meses) para a especialização em Saúde Pública, de modo a cobrir aulas teóricas e práticas, aí incluídos trabalhos de laboratório e técnica sanitária (59). Tanto assim que, em 1951, após a saída do Secretário Baeta Viana, os cursos retornaram ao seu programa original, enfrentando a Escola, a partir daí, dificuldades quanto à formação de turmas.

Entre 1951 e 1955, houve uma redução sistemática do número de médicos por turma, sendo que em 1954 apenas quatro médicos diplomaram-se. Ocorre que, como salienta Cid Ferreira Lopes, não

havia então possibilidade de aproveitamento dos médicos como sanitaristas no Quadro do Funcionalismo Público, pois "a estruturação de nossas carreiras técnicas foi feita em bases muito acanhadas, muito aquém das necessidades mínimas de nossos problemas médico-sociais" (60). O número de cargos de médicos sanitaristas, estabelecido em 1948, quando o programa de expansão de unidades sanitárias estava em seu início e o Estado contava com apenas 67 Unidades de Saúde, ainda em 1954 não havia sido aumentado, embora o número de Unidades já tivesse ultrapassado a casa dos 300. Além disso, como não se faziam promoções regularmente, havia um acúmulo de sanitaristas no cargo inicial, impossibilitando o acesso dos novos diplomados à carreira, o que gerava a formação de um contingente dos chamados "excedentes", à espera de efetivação. Esse conjunto de circunstâncias acabou praticamente inviabilizando o programa de formação de sanitaristas, que previa, além da especialização de médicos ainda não vinculados ao serviço público (os recém-formados), a preparação técnica dos que já trabalhavam em Centros de Saúde, como chefes ou médicos, com vistas a que cada unidade tivesse, em sua direção, um sanitarista.

O exame dos dados sobre função dos médicos especializados em Saúde Pública (Tabela IV) pode confirmar essa hipótese. Considerando que o não registro de informação sobre esse item supõe a não existência de vínculo do aluno com o setor (não preenchendo pois as funções de funcionário do Departamento Estadual de Saúde, chefe ou médico de Centro de Saúde), no momento em que se inicia o curso, verificamos que apenas nos anos de 1949

e 1950 a especialização em Saúde Pública esteve voltada para uma clientela "estranha" ao Quadro, possivelmente os médicos recém-formados pela Escola de Medicina. Outra informação sugestiva: enquanto o primeiro curso contou com a participação de um expressivo número de funcionários do Departamento, relativamente aos demais segmentos, a partir de 1951, o esforço da Escola dirigiu-se a fazer cumprir o dispositivo legal, exigindo a realização do Curso de Saúde Pública por parte das chefias dos Centros de Saúde. Mas esse esforço afinal resultou em muito pouco, pois um total de apenas 30 médicos ocupantes deste cargo chegaram, entre 1947 e 1955, a completar a especialização. O mesmo se dá com os médicos de Centro de Saúde, dos quais somente 27 especializaram-se, assim mesmo a maioria deles nos anos de 1948 e 1949, momento em que mudanças nas Políticas de Saúde, como o redimensionamento do quadro e da carreira de sanitarista, foram implementadas. Ao total, 260 médicos nesse período completaram a especialização em Saúde Pública, o que indica que mesmo se todo esse contingente fosse aproveitado nas chefias de unidades sanitárias, ainda haveria déficit de sanitaristas, já que em 1955 o número de serviços em funcionamento ultrapassava 300.

Os dados sobre idade confirmam as considerações anteriores, indicando a tentativa da Escola de Saúde Pública de formar quadros jovens, tendência acentuada em 1950, nos dois cursos intensivos, quando a idade mediana (61) ficou em 27 anos, correspondente à clientela recém-egressa da Escola de Medicina. Ao final do período, em 1955, encontramos a mais elevada mediana, o que também está de acordo com as observações anteriores, tendo

em vista que a essa altura o programa de formação de sanitaristas possivelmente já não empolgava mais os médicos jovens.

Por último, constatamos que ao longo de todo o período compreendido entre 1947 e 1955, há um grande número de diplomados em Saúde Pública que retornam à Escola para aperfeiçoamento em outras matérias, seja Leprologia, Tisiologia, Psiquiatria ou Doenças Tropicais, segundo indicam as fichas de alunos do Arquivo de Cursos da Escola de Saúde de Minas Gerais.

Como última observação, anotamos que, à primeira vista, o programa de formação de sanitaristas em Minas Gerais, tomado pela sua expressão numérica, parece não ter se constituído como atividade relevante do setor público estadual. No entanto, uma análise qualitativa dos vínculos deste programa com a política sanitária no período, objeto do capítulo seguinte, mostra seu importante significado frente ao reordenamento do quadro político sanitário, a partir de 1947.

TABELA I

- CURSO DE SAÚDE PÚBLICA (1) - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
(Curso Básico) (2) Período 1947/1960

ANO	CURSO	CH. docu- mentada (3)	CLIENTELA	CONTEUDO CURRICULAR	ALUNOS DIPLOMADOS
1947	1o regular (com exame de seleção)	1100hs	médicos	estatística-parasitol. bacteriol.-microbiol. -DT- higiene indust.- epidemiol.-saneamento urbano e rural-higie- ne mental-higiene infantil-nutrição- organização sanitária	20
1948	2o regular	897hs	médicos	o mesmo	21
1949	1o intensivo	400hs	médicos	excl.:higiene mental	33
	2o intensivo	400hs	médicos	o mesmo	29
	3o intensivo	400hs	médicos	o mesmo	49
1950	4o intensivo	400hs	médicos	incl.:higiene materna	50
1951	3o regular	1010hs	médicos	o mesmo	19
1952	4o regular	570hs	médicos	incl.:leprol.-tisiol. venereol-med.tropical	13
1953	5o regular	467hs	médicos	o mesmo	14
1954	6o regular	686hs	médicos	o mesmo	04
1955	7o regular	686hs	médicos	o mesmo	08
1956	8o regular	460hs	médicos-dentistas méd.veterinários farmacêuticos	incl.:higiene mental	13
1957	9o regular	462hs	médicos-dentistas méd.veterinários	o mesmo	22
1958	10o regular	462hs	médicos-dentistas méd.veterinários	o mesmo	14
1959	11o regular	462hs	méd.farmacêuticos dentistas - méd.veterinários	o mesmo	14
1960	12o regular	473hs	médicos	incl.:imunologia téc- nica de Saúde Pública	10
TOTAL DE ALUNOS DIPLOMADOS					333

- (1) Os cursos de Saúde Pública destinavam-se à "formação de médicos sanitaristas, com a duração de um ano letivo universitário, em regime de tempo integral". O seu diploma constituía "título indispensável para ingresso na carreira de médico-sanitarista da Secretaria de Saúde de Minas Gerais - (Boletim Informativo/59).

- (2) O curso de Saúde Pública era considerado "básico e principal" pois do seu conteúdo provinham a grande maioria dos cursos de Especialização e Aperfeiçoamento.

- (3) As discrepâncias na carga horária devem-se à ausência de documentação comprobatória, principalmente de estágios e aulas práticas que eram parte relevante das atividades dos cursos.

TABELA II

- CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO (1) - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
Período 1947/1953

ANO	CURSO	CH. docu- mentada	CLIENTELA	CONTEUDO CURRICULAR	ALUNOS DIPLOMADOS
1947	Malariologia (c/exame de seleção)	360hs	médicos ou acadê- micos de medicina	protozool. - entomol. - epidemiol. - profilaxia clínica terapêutica - engenharia sanitária - organização e adm. sanitária	12
	Doenças Tropicais	344hs	médicos	parasitol. - entomol. bacteriol. - microbiol. anatomia patológica - clínica de doenças tropicais - organização sanitária aplicada	13
	Dermato - venereologia	134hs	médicos ou acadê- micos de medicina	venereol. - dermatol. - organização sanitária aplicada - terapêutica e epidemiologia	14
	Lepreologia 1	215hs	médicos ou acadê- micos de medicina	bacteriol. - hematol. propeleütica - dermatol. anatomia patológica - epidemiologia e profi- laxia - organização e administração clínica	05
1948	Doenças Tropicais	364hs	médicos ou acadê- micos de medicina	o mesmo	07
	Lepreologia 2	144hs	médicos ou acadê- micos de medicina	o mesmo	17
1949	0	0	0	0	0
1950	Lepreologia 3	128hs	médicos ou acadê- micos de medicina	o mesmo	07
1951	Lepreologia 4	104hs	médicos ou acadê- micos de medicina	o mesmo	11
1952	Lepreologia 5	143hs	médicos ou acadê- micos de medicina	o mesmo	06
1953	0	0	0	0	0

TABELA II
 - CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO (1) - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
 Período 1954/1960

	Leprologia 6	35hs	médicos	o mesmo	06
1954	Tisiologia 1	- (2)	médicos	microbiol.-epidemiol. profilaxia - anatomia patológica-propedêu- tica radiológica- es- tatística -histologia	
1955	Tisiologia 2	---	médicos	o mesmo	07
	Higiene Industrial 1	44hs	médicos	higiene industrial	21
1956	Leprologia 7	---	médicos	incl. bioestatística	05
	Higiene Industrial 2	44hs	médicos	higiene industrial	07
1957	Tisiologia 3	---	médicos	o mesmo	05
1958	Higiene Industrial 3	44hs	médicos	higiene industrial	04
	Higiene Industrial 4	44hs	médicos	higiene industrial	11
1959	Psiquiatria e Higiene Mental	338hs	médicos	semiótica e patologia mentais - clínica e terapêutica psiquiá- trica - higiene e profilaxia mentais - assistência psiquiá- trica	14
	Tisiologia 4	---	médicos	o mesmo	06
	Gastroenterite (3)	50hs	médicos	etiologia-bioestatística epidemiol. e profila- xia-clínica terapêu- tica - saneamento	26
	Leprologia 8	---	médicos	o mesmo	08
1960	Tisiologia 5	---	médicos	o mesmo	03
TOTAL DE ALUNOS DIPLOMADOS					211

- (1) Os cursos de Especialização e Aperfeiçoamento destinavam-se a "aprofundar conhecimentos necessários a finalidades profissionais ou científicas" relativas ao setor saúde, tanto no âmbito estadual como municipal e federal. (Boletim Informativo/59).
- (2) O sinal indica ausência de documentação necessária à apuração da carga horária de vários cursos. Por outro lado a discrepância na carga horária dos cursos de Higiene Industrial (44hs/3 meses) e do curso de Beprologia 6, ano 1954 (85hs/3 meses), deve-se, igualmente, a documentação incompleta.
- (3) Curso de aperfeiçoamento solicitado pela Prefeitura de Belo Horizonte e organizado pela Escola de Saúde Pública.

TABELA III

- CURSOS PARA FORMAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
Período 1947/1950

ANO	CURSO	CH.docu- mentada	CLIENTELA	CONTEUDO CURRICULAR	ALUNOS DIPLOMADOS
1947	Guarda Sanitário 1	45hs	guardas e fiscais já em exercício e candidatos a vagas existentes	noções de epidemiologia e higiene Policia Sanitária	39
	Guarda Sanitário 2	45hs	(a mesma)	o mesmo	9
	Escrevente Microscopista	120hs	funcionários	laboratório e administração geral	15
1948	Guarda Sanitário 3	45hs	(a mesma)	o mesmo	16
1949	Educadora Sanitária 1	718hs	preferência para profa. primária	bioestatística-higiene escolar e pré-escolar-microbiol.-higiene geral- patologia - bioquímica - higiene infantil - primeiros socorros - doenças transmissíveis-higiene pré natal- arte de enfermagem - ética - estágio	10
	Educadora Sanitária 2	718hs	(a mesma) Ponte Nova	o mesmo	10
	Educadora Sanitária 3	396hs	(a mesma) Pouso Alegre	o mesmo	4
1950	Educadora Sanitária 4	-	(a mesma) Leopoldina	_____	6
	Educadora Sanitária 5	-	(a mesma) Alfenas	_____	9

TABELA III

- CURSOS PARA FORMAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
Período 1951

ANO	CH.docu- mentada	CLIENTELA	CONTEUDO CURRICULAR	ALUNOS DIPLOMADOS
	Educadora Sanitária 6 1174hs	(a mesma) Leopoldina	Acrescido: terapêutica anatomia / fisiologia nutrição / orientação	8
	Educadora Sanitária 7 -	(a mesma) Formiga	—	6
	Guarda Sanitário 4 45hs	Convênio Prefeitura B.H.	o mesmo	21
1951	Guarda Sanitário 5 102hs	Unidades de Saúde do interior do Estado de M.G.	Acrescido: Educação Sanitária	11
	Guarda Sanitário 6 102hs	Convênio Prefeitura B.H.	o mesmo	14
	Guarda Sanitário 7 45hs	Unidades de Saúde do interior do Estado de M.G.	o mesmo exceto: Educação Sanitária	9
	Escrevente Microscopista 2 120hs	funcionários e pretendentes	administração geral - noções de epidemiol. e higiene-técnicas de laboratório - estágio	2

TABELA III

- CURSOS PARA FORMAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
Período 1952

ANO	CURSO	CH.docu- mentada	CLIENTELA	CONTEUDO CURRICULAR	ALUNOS DIPLOMADOS
	Guarda Sanitário 8	45hs	Convênio Prefeitura B.H.	o mesmo	12
	Elementos de Nutrição e Higiene da Alimentação 1	110hs	-	_____	40
1952	Elementos de Nutrição e Higiene da Alimentação 1	10hs	-	_____	31
	Visitadora Sanitária 1	720hs	preferência para profa.primária	Ed.Sanitária-anatomia -fisiologia-patologia geral- doenças trans- missíveis-enf.em doen- ças transmissíveis - técnica de enf.higie- ne mental-higiene ge- ral-ética e história da enf. - primeiros socorros - nutrição e dietética-serviço so- cial-leprol.-higiene pré natal-parasitol.- microbiologia-higiene infantil- higiene pré- escolar e escolar - psicologia educacional	19

TABELA III

- CURSOS PARA FORMAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
Período 1953/1954

ANO	CURSO	CH.docu- mentada	CLIENTELA	CONTEUDO CURRICULAR	ALUNOS DIPLOMADOS
1953	Visitadora Sanitária 2	720hs	(a mesma)	o mesmo acresc: venereologia	15
	Curso de Dietista 1	519hs	-	anatomia/fisiologia - química - dietética bromatologia-nutrição normal - dietética geral-conservação dos alimentos-técnica die- tética-alimentação e saúde pública-patol.- dietoterapia- pueri- cultura e dietética infantil	9
	Escrevente Microscopista 3	120hs	(a mesma)	o mesmo	17
	Escrevente Microscopista 4	120hs	(a mesma)	o mesmo	12
	Visitadora Sanitária 3	720hs	(a mesma)	o mesmo	11
1954	Guarda Sanitário 9	45hs	Convênio Prefeitura B.H.	o mesmo	13
	Guarda Sanitário 10	45hs	(a mesma)	o mesmo	11
	Curso de Dietista 2	489hs	-	o mesmo	5
	Escrevente Microscopista 5	120hs	(a mesma)	o mesmo	11

TABELA III

- CURSOS PARA FORMAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA -
Período 1955/1960

ANO	CURSOS	CH. docu- mentada	CLIENTELA	CONTEUDO CURRICULAR	ALUNOS DIPLOMADOS
1955	Escrevente Microscopista 6	120hs	(a mesma)	o mesmo	12
	Visitadora Sanitária 4	767hs	(a mesma)	o mesmo	11
1956	Escrevente Microscopista 7	156hs	-	Acrescido: profilaxia e higiene-saneamento- microbiol e parasitol	28
	Visitadora Sanitária 5	767hs	(a mesma)	o mesmo	15
1957	Visitadora Sanitária 6	1206hs	(a mesma)	o mesmo	15
1958	Visitadora Sanitária 7	720hs	(a mesma)	o mesmo	16
1959	Visitadora Sanitária 8	735hs	(a mesma)	o mesmo	16
1960	Visitadora Sanitária 9	637hs	(a mesma)	o mesmo	17
TOTAL FINAL DE ALUNOS DIPLOMADOS					535

TABELA IV

PERFIL DOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EM SAUDE PUBLICA PELA ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DE MINAS GERAIS - ESMIG

CURSO		ALUNOS No	PARTICIPANTES EM OUTROS CURSOS DA ESP	FUNÇÃO				IDADE (Mediana)
No	ANO			Funcionário Dpto. Est. Saúde	Chefe C.S	Medico C.S	S/Informacao	
01	1.947	20	02	12	03	01	04	32
02	1.948	21	06	06	02	09	04	34
03	1.949 (1)	33	10	02	--	--	31	30
04	1.949 (2)	29	03	--	06	12	11	37 (3)
05	1.950 (4)	49	09	01	--	--	48	27 (5)
06	1.950 (6)	50	16	03	--	--	46	27 (7)
07	1.951	19	04	02	07	03	07	39 (8)
08	1.952	13	07	--	04	01	08	32 (9)
09	1.953	14	04	--	06	--	08	34
10	1.954	04	04	01	01	--	02	31
11	1.955	08	02	--	01	--	07	44
TOTAL		260	67	27	30	27	176	

Fonte: Arquivo de cursos da ESMIG/FUNED

- (1) 1o Curso Intensivo 1949.
- (2) 2o Curso Intensivo 1949.
- (3) Não se tem informação sobre a idade de 01 aluno.
- (4) 3o Curso Intensivo 1950.
- (5) Não se tem informação sobre a idade de 05 alunos.
- (6) 4o Curso Intensivo 1950.
- (7) Não se tem informação sobre a idade de 42 alunos.
- (8) Não se tem informação sobre a idade de 02 alunos.
- (9) Não se tem informação sobre a idade de 01 aluno.

NOTAS:

- (1) Paulo Sérgio Carneiro de Miranda, O Modelo Sanitarista, Belo Horizonte, 1980, mimeografado.
- (2) Paulo Sérgio Carneiro de Miranda, O Sanitarismo nas primeiras décadas do período republicano, Belo Horizonte, 1980, mimeografado.
- (3) Diretoria de Hygiene do Estado de Minas Gerais, Relatório apresentado ao Sr. Dr. Afonso Pena Jr., Secretário dos Negócios do Interior do Estado de Minas Gerais, pelo Dr. Samuel Libanio, Director Geral de Hygiene, 1921, Imprensa Oficial de Minas, Belo Horizonte, 1922.
- (4) Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Relatório apresentado ao Sr. Secretário de Segurança e Assistência Pública, relativo ao ano de 1929, pelo Dr. Raul d'Almeida Magalhães, Director de Saúde Pública, Belo Horizonte, Imprensa Oficial de Minas Gerais, 1930.
- (5) Diretoria de Hygiene, 1922, op. cit.
- (6) J. Baeta Viana, discurso na solenidade de entrega de certificados aos novos médicos sanitaristas do curso intensivo de Saúde Pública, agosto de 1949, Minas Gerais, 20-08-1949, p. 11-12.
- (7) Ernani Agrícola, Relatório da Diretoria de Saúde Pública, 1930, op. cit.
- (8) Cid Ferreira Lopes, A necessidade de técnicos de Saúde Pública, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.
- (9) Ibidem, p. 118.
- (10) Eder Jansen de Melo, Relatório da Diretoria de Hygiene do Estado de Minas Gerais, 1922, op. cit. p. 136.
- (11) Sobre a medicina social constituída a partir do século XVIII, ver Roberto Machado e outros. Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro, Graal, 1978, p.250.
- (12) Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1930, op. cit.
- (13) Ibidem, p. 86.
- (14) Manuel J. Ferreira, discurso na sessão de instalação, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.
- (15) Em 1924, no II Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belo Horizonte, foi apresentada por Carlos Sá a tese sobre "Formação de Especialistas Sanitários no Brasil", considerada pioneira para a época. O tema somente será retomado com destaque no VI Congresso Brasileiro de Higiene em 1947.
- (16) Cid Ferreira Lopes, Atividades da Escola de Saúde Pública, Arquivos de Saúde Pública (SSA-MG), 2 (3), out. 1955.
- (17) Maria Eliana Labra, O movimento sanitaria no anos 20 - Da "conexão sanitária internacional" à especialização em Saúde Pública no Brasil, Rio de Janeiro, EBAP/Fundação

Getúlio Vargas, 1985, mimeografado.

- (18) Geraldo H. Paula Souza e Francisco B. Vieira, Formação de Técnicos para os Serviços de Saúde Pública, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.
- (19) Ministério da Educação e Saúde/Departamento Nacional de Saúde - Cursos, Atividades dos Cursos do DNS, período 1942-1950, Rio de Janeiro, 1950.
- (20) Ibidem, p. 5.
- (21) Ibidem.
- (22) Ibidem.
- (23) Nelson L. de Araújo de Moraes e Orlando J. Silva, Contribuição do Serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericanos à formação de técnicos, Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, 1947.
- (24) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 27, julio 1948, n. 7.
- (25) Nelson L. de Araújo de Moraes e Orlando J. Silva, op. cit.
- (26) Domingos F. Ramos, Esbozo de Coordinacion de las Escuelas Sanitarias en las Americas, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 23, mayo 1944, n. 12.
- (27) Geraldo H. Paula Souza, op. cit.
- (28) Após a II Grande Guerra, os Estados Unidos da América tornaram-se um dos pólos do equilíbrio mundial. Sergio Pistone (in Norberto Bobbio e outros, Dicionário de Política), ao abordar a questão das "Relações Internacionais", distingue dois modelos de configuração das relações de força entre os Estados: multipolar e bipolar. O modelo de equilíbrio bipolar encontra a sua realização mais completa no sistema mundial que se formou após o termo da Segunda Guerra Mundial. Diferentemente do sistema multipolar, em que os atores principais são relativamente numerosos, e constituem forças não excessivamente desiguais, no caso do sistema bipolar "só dois atores dominam de tal modo os seus rivais que se transformam em centros de coalizões, sendo os atores secundários obrigados a tomar posição em relação aos dois "blocos", aderindo a um ou a outro, a menos que tenham a possibilidade, graças em parte a sua posição geopolítica, mas, sobretudo, ao acordo formal ou tácito das superpotências, de se manterem neutrais". Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino, Dicionário de Política, Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1986, p. 1092, 1093, 1094.
- (29) Raymond E. Fosdick, La Salud Pública como problema internacional, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana ano 23, dec. 1944, n. 12.
- (30) Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Minas Gerais, Serviço Médico Escolar em Minas Gerais, Belo Horizonte, 1950, p.12-13.
- (31) Domingos Ramos, op. cit.; T. Parran, Las Escuelas de Hygiene y la Salud Nacional, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 23, abril 1944, n. 4.
- (32) Cid Ferreira Lopes, A necessidade de técnicos de Saúde

- Pública, op. cit.
- (33) Coleção de Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, Decreto-Lei Estadual n. 1751 de 3 de junho de 1946.
 - (34) Ibidem.
 - (35) Entrevista do Dr. Cid Ferreira Lopes concedida à autora em 25-08-1987 (primeira parte).
 - (36) Ibidem.
 - (37) Ibidem.
 - (38) Ibidem.
 - (39) Secretaria de Saúde e Assistência, Boletim Informativo da Escola de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1959.
 - (40) Entrevista do Dr. Cid Ferreira Lopes.
 - (41) Escola de Saúde de Minas Gerais/Fundação Ezequiel Dias, Projeto Memória da ESMIG, Relatório de Pesquisa, dezembro de 1988.
 - (42) Cid Ferreira Lopes, discurso na solenidade de entrega de diploma dos médicos sanitaristas e da primeira turma de médicos fisiólogos de 1954 paraninfados pelo Sr. Governador Clóvis Salgado em 10-08-1955, mimeo, s/d.
 - (43) Coleção de Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, Decreto Estadual n. 11.289 de 05-04-1934.
 - (44) Escola de Saúde de Minas Gerais/Fundação Ezequiel Dias, Projeto Memória da ESMIG, Relatório de Pesquisa, dezembro de 1988.
 - (45) Ibidem.
 - (46) Otto Pessoa de Mendonça, Discurso na solenidade de abertura do período letivo de 1967, mimeo, s/d.
 - (47) O Diário Oficial do Estado de Minas Gerais de 27-5-1947, p. 9, noticiou: "O Curso de Estatística Sanitária na Escola de Saúde Pública tem despertado largo interesse e é elevado o número de médicos da capital, que sem estarem matriculados na Escola, frequentam as suas aulas, levados pela importância do assunto e pela autoridade do professor".
 - (48) Otto Pessoa de Mendonça, op. cit.
 - (49) Folha de Minas, 28-01-1947, p. 3.
 - (50) Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 08-06-1947, p.6.
 - (51) Idem, 01-04-1947, p. 10.
 - (52) Idem, 08-04-1947, p. 7.
 - (53) Idem, 03-08-1947, p. 4.
 - (54) Folha de Minas, 05-08-1947, p. 5.
 - (55) Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 17-09-1947, p.7.
 - (56) Samuel Pessoa, estando em Belo Horizonte em novembro de 1947, além das aulas no Curso de Doenças Tropicais, proferiu palestra sobre "Alimentação e Endemias Rurais" em reunião da Sociedade de Medicina Tropical. Diário Oficial de Minas Gerais, 06-11-1947, p. 10.
 - (57) Otto Pessoa de Mendonça, op. cit.
 - (58) Editorial da Folha de Minas de 22-07-1947, p. 3.
 - (59) Cid Ferreira Lopes, A necessidade de técnicos de Saúde Pública, op. cit.; entrevista à autora em 13-10-1987 (segunda parte).
 - (60) Cid Ferreira Lopes, discurso na solenidade de entrega de diploma dos médicos sanitaristas e da primeira turma de médicos fisiólogos de 1954, paraninfados pelo Sr.

Governador Clóvis Salgado em 10-08-1955, mimeo, s/d.

- (61) Utilizou-se a mediana ao invés de média aritmética como medida sintetizadora do conjunto de idades, por ser esta a medida de tendência central adequada quando existe grande variabilidade nos dados.

CAPITULO 2

DA HIGIENE A SAUDE PUBLICA EM MINAS GERAIS

1. Introdução

O processo de formação de médicos sanitaristas nem sempre esteve restrito à especialização técnica em escolas ou cursos isolados, muito embora esta prática seja antiga no país, como vimos no capítulo anterior. Atores importantes na programação da Saúde Pública, os sanitaristas desenvolveram, na história de sua constituição, uma identidade com o poder público: a construção de sua imagem, sua identificação pessoal e social passam por um reconhecimento de si e de seus semelhantes mediatizado pela prática no setor público (1). Compreender, pois, o processo global de sua formação, enquanto grupo técnico e político, supõe uma revisão da história das políticas públicas no campo da saúde, o que será objeto deste capítulo.

Para efeito de descrição da evolução histórica das políticas de saúde em Minas Gerais, utilizamos a seguinte classificação:

- 1) políticas de Higiene das primeiras décadas da República;
- 2) políticas de Saúde Pública, anos 20 e 30;
- 3) políticas de Saúde e Assistência dos anos 40.

O primeiro período pode ser identificado como de "transição" entre uma política higienista, voltada predominantemente para ações sobre o meio ambiente, e a inauguração de uma política de saúde individual e coletiva. Caracteriza-se por:

- a) crescente centralização, passando o governo estadual a responder progressivamente pela formulação e implementação das políticas sanitárias. O município

perde a capacidade de desenvolver atividades originariamente sob sua responsabilidade, como saneamento, controle sanitário e assistência pública;

- b) instituição de um conjunto de normas sanitárias, com o objetivo de regular as condições gerais de vida e trabalho das populações trabalhadoras das cidades e, posteriormente, dos campos. Tais normas refletiam uma certa concepção de saúde que relaciona a causação de doenças a motivos de ordem moral (porque individual) e social (porquanto os homens vivem em sociedade);
- c) desenvolvimento de um modelo de atuação fundado em campanhas erradicativas, sob o comando de uma autoridade sanitária, responsável pela aplicação e cumprimento dos dispositivos sanitários. Eram incorporados à prática sanitária os princípios da moderna bacteriologia e parasitologia.

As políticas de Saúde Pública, desenvolvidas entre os anos 20 e 30, assim como as de Saúde e Assistência, dos anos 40, podem ser identificadas como o momento "moderno" da Saúde Pública, que se caracteriza por:

- a) valorização da saúde em termos políticos, no sentido de que sua preservação constituiria direito individual do cidadão; em termos econômicos, no sentido da necessidade de melhoria das condições sanitárias das cidades (controle das epidemias enquanto ameaça à ordem urbana) e do campo (controle das doenças debilitantes, como

forma de aumentar a produtividade do trabalhador agrícola);

- b) reformulação do modelo de atuação, incorporando-se a noção de permanência de serviços. Instituíam-se em diversas regiões e municípios do Estado, Postos de Higiene e Centros de Saúde, como núcleos de ação educativa e de prevenção de doenças. Em relação ao momento original, redefine-se o campo de atuação da Saúde Pública, que se volta para o indivíduo (objeto da ação educativa) e para a doença (tomada em sua dimensão biológica). Ao mesmo tempo, ampliou-se a ação em termos espaciais, estendendo-se por todo o estado a nova forma de organização de serviços;
- c) agravamento do quadro sanitário em relação ao período anterior, tendo-se registrado melhoria apenas no tocante ao controle de varíola e de febre amarela. Além do registro de doenças como malária, bouba, tuberculose, lepra, infecções do grupo tífico, desinteria e doenças venéreas, acrescenta-se como problema a exigir providências da Saúde Pública a doença de chagas e a esquistosomose;
- d) diferenciação em dois momentos: I) momento de expansão, em que a organização sanitária se amplia sob o controle do governo estadual, desenvolvendo-se em regiões de maior crescimento econômico, como expressão de interesses dominantes de setores dinâmicos da economia;

II) momento de retração, em que se reduz a organização de serviços permanentes da Saúde Pública, reforçando-se, por outro lado, o seu componente de controle e fiscalização. O corte entre os dois momentos se dá com a Revolução de 30, o que, à semelhança do que ocorreu em todo o país, pode ser debitado, entre outros motivos, aos vínculos das propostas sanitárias com a velha ordem republicana.

Nos anos 40, o impulso modernizador da Saúde Pública se caracterizaria por:

- a) intensificação de campanhas de controle das endemias rurais (especialmente a malária), com a finalidade de criar condições sanitárias imprescindíveis à integração de certas regiões do estado (como o Norte de Minas) ao processo de desenvolvimento econômico-social, o que respondia a interesses políticos de caráter regionalista;
- b) reformulação do modelo de atenção, com a incorporação da assistência médica gratuita, integrando-se a Saúde Pública entre as ações oficiais que visavam o desenvolvimento social e econômico do estado;
- c) incorporação do planejamento "técnico" à área de saúde, ressaltando-se a necessidade de diagnóstico, definição de prioridades e desenho de programas, com a finalidade de racionalizar a aplicação de recursos em saúde;

- d) retomada da expansão de serviços sanitários, em dois sentidos: o primeiro, através da implantação de Centros e Postos de Saúde no interior, descentralizando-se a execução. Desta forma, o governo estadual e o municipal partilhariam da implementação das ações públicas em saúde. Em outra direção, estabeleceu-se como norma a transferência de recursos para a iniciativa particular, visando o desenvolvimento da assistência hospitalar não mais como atribuição exclusiva do setor público, mas aberta à participação privada. A Saúde Pública, como os diferentes setores governamentais, abria-se ao processo de liberalização. As demandas por redução da intervenção do Estado na economia, após 45, alcançavam a área social do governo e progressivamente associavam-se à luta pela redemocratização do país;
- e) movimento de crítica ao autoritarismo do Estado Novo e suas consequências em termos de descontinuidade das políticas sanitárias. A Saúde Pública despontou como instância técnica e política orientada para o restabelecimento do estado de direito;
- f) desenvolvimento da saúde como área técnica, com campo de conhecimento próprio, a exigir formação especializada mesmo por parte dos médicos, profissionais tradicionalmente vinculados à saúde pública;
- g) formação de um novo quadro de autoridades em saúde tendo

sua competência fundada não mais em aspectos coercitivos (a exemplo da polícia sanitária que atuava em períodos anteriores) mas no conhecimento das modernas técnicas sanitárias.

A consulta a fontes primárias - legislação, imprensa oficial ou não, relatórios e depoimentos - foram fundamentais para a construção do quadro evolutivo das políticas de saúde pública em Minas Gerais. Baseamo-nos, ainda, em entrevistas e artigos publicados em revistas especializadas. Em cada momento examinado, indagamos sobre os atores que teriam respondido pela execução das propostas políticas, procurando captar as práticas sobre as quais se construiu a identidade dos médicos sanitaristas. Dado que nosso estudo focaliza em especial a formação de sanitaristas desenvolvida pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, entre 1946 e 1950, este período foi privilegiado em termos da pesquisa em fonte primária.

Com o objetivo de completar o retrato elucidativo da saúde pública nos diferentes períodos, valemo-nos de falas e discursos oficiais. Deixamos, no entanto, de avaliar todo o seu conteúdo, já que a análise do discurso sobre a questão sanitária transcende o nosso objetivo. Registramos, desde já, uma certa característica deste discurso - a ausência de indicações de causas sociais e políticas na compreensão da situação da saúde pública em Minas Gerais. Ele se apresenta, no mais das vezes, como "discurso técnico".

2 - A Política de Higiene em Minas Gerais nas primeiras décadas

da República

É fato reconhecido que mesmo tendo o poder público em Minas Gerais desenvolvido, desde o período provincial, algum tipo de ação de alcance coletivo orientada para a melhoria da saúde da população, como mencionado no capítulo anterior, somente nos primeiros anos da República é que foram organizadas estruturas especializadas para a formulação e execução de políticas de saúde. É a instituição de um tal tipo de estrutura - a organização sanitária - criou possibilidades de uma atuação do poder público, não restrita a certos municípios, como em períodos anteriores (2). Pelo menos em termos formais, a legislação sanitária promulgada a partir de 1891 abrangeria todos os municípios de Minas Gerais, relativizando assim o peso político ou econômico deste ou daquele.

Uma breve revisão dos textos constitucionais, de 1824 e 1891, por outro lado, denota a inexistência de qualquer preceito relativo à saúde e assistência pública. Uma aproximação à defesa da saúde pública nesse período encontra-se na garantia de "socorros públicos" pela Constituição de 1824, acrescentando-se, em 1891, que a "União prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, a solicitar" (3). A Constituição Mineira, promulgada ainda em 1891, mantinha a mesma orientação, atribuindo ao Congresso Legislativo a competência de legislar "sobre socorros públicos e casas de caridade, excepto as pertencentes à municipalidade" (4). O Estado, como a União, era responsável pela prestação de auxílios aos municípios que os requisitassem, em

caso de calamidade pública (5).

Além disso, previu-se também em caso de flagelo, a associação de municípios para auxílio mútuo, "como dever de solidariedade humana e mais ainda de concidadãos, habitantes do mesmo Estado, quase sempre da mesma região, da mesma zona, ligados pela contiguidade de território e por interesses econômicos" (6).

Interessa ressaltar a constatação de "calamidade pública", dada a ocorrência de epidemia referida em alguns casos como "peste". Equiparadas às "grandes desgraças públicas" eram citadas "fome, secas prolongadas, inundações extensas" (7). Segundo expressão de Orestes Diniz, sabemos que as epidemias eram "recebidas como castigos ou males inevitáveis, (...) numa época em que Pasteur ainda não havia revolucionado a Ciência com a descoberta dos micróbios" (8). A intervenção do poder público restringia-se à mobilização de recursos para o atendimento do município atingido, nada mais devendo ser feito porquanto a sua origem era atribuída a fatores de ordem natural.

2.1- Vacina Obrigatória

A primeira providência referente à saúde pública, resultado de lei ordinária, tratou da instituição da obrigatoriedade da vacinação antivariólica e da criação do Instituto Vacínico na Capital, antes mesmo da organização do serviço sanitário do estado de Minas Gerais (9). Segundo o texto da Lei n. 12 de 13-11-1891, para cada município seriam nomeados, pelo diretor do Instituto Vacínico, delegados vacinadores (que não

necessariamente, mas de preferência seriam médicos) com a incumbência de fazerem cumprir a medida legal e investidos de autoridade para imputar multas às pessoas que se recusassem a seu cumprimento. Ênfase era colocada na aplicação desta lei nos municípios em que "reine a epidemia de varíola ou dela haja ameaças". Mesmo com a determinação de criação do Instituto Vacínico (Artigo 10. do Capítulo I), a possibilidade de seu não funcionamento foi mencionada, apontando-se como alternativa a contratação " com qualquer profissional, do fornecimento de linfa vacínica a fim de que seja atendida a urgente necessidade de vacinação e revacinação atual" (Artigo 18). De fato o exame das medidas legais posteriores confirmou que o Instituto não chegou a ser instalado, havendo a partir de 1906 menção ao Instituto de Manguinhos (cuja Filial em Belo Horizonte foi inaugurada em 1907) (10), como o estabelecimento que o estado contrataria para o fornecimento de soros e vacinas. A importância desta Lei, no entanto, deve ser avaliada, por retratar a intervenção pública nascente voltada para meio tipicamente urbano (população alvo da vacinação: escolar, dos níveis primário, secundário e superior, ocupantes de cargos ou empregos públicos, corpo policial do estado), e em momento de "urgente necessidade": a epidemia de varíola (11), tendência já acentuada no país, a essa época, como outros estudos indicam (12). A peculiaridade desse tipo de intervenção é sua suposta abrangência a todos os municípios mineiros e a instituição de uma autoridade competente para o trato da saúde pública, o delegado vacinador. Este, como veremos a seguir, não recebia remuneração alguma pelos serviços prestados à população, embora fosse considerado funcionário do estado.

Já em 1893, encontramos referência à Inspetoria de Higiene do Estado de Minas Gerais que, tendo se desligado da administração federal (13), passa a ser subordinada à Secretaria do Interior, respondendo pela execução, entre outras, das seguintes atividades: autorização para liberação de recursos para casas de caridade; envio de circulares referentes à obrigatoriedade de vacinas; remessa de linfas vacínicas aos municípios; aconselhamento de medidas preventivas, em caso de epidemias (14). Este tipo de atuação denota a precária situação da organização sanitária do estado que, nesse momento, ainda dependia da instituição legal de um serviço, com definição de estrutura especializada, características e competências próprias.

2.2 - Higiene Pública e Polícia Sanitária

Somente em 1895, promulgou-se a Lei n. 144 de 23-7-1895, organizando o serviço sanitário do estado, subordinado à Secretaria do Interior e dirigido por: um Conselho de Saúde Pública, como órgão consultivo; uma Diretoria de Higiene, encarregada da execução do regulamento sanitário (15); delegacias de higiene e vacinação nos municípios, subordinadas à Diretoria de Higiene; engenheiros, comissários de higiene (16) e desinfetadores contratados pelo governo.

A partir desta Lei, instituiu-se em Minas Gerais, como atribuição da Diretoria de Higiene, a polícia sanitária, à qual se prescrevia a inspeção de "escolas, fábricas, oficinas, hospitais, hospícios, prisões, estabelecimentos de caridade e de

beneficência, quartéis, asilos, maternidades e quaisquer habitações coletivas, públicas ou particulares" (17), como também "de todos os grandes trabalhos de utilidade pública, dos cemitérios e de todas as construções e obras que possam comprometer os interesses da saúde pública" (18).

Visando "a melhoria das condições sanitárias das populações industriais e agrícolas" (19) e "a prevenção e combate das moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis" (20), constituía também atribuição da Diretoria de Higiene "o saneamento das localidades e habitações" e "a organização, direção e distribuição dos socorros e assistência médica" (21). No interior, a Diretoria contaria com um delegado de higiene e um delegado vacinador, devendo as funções serem acumuladas quando o funcionário fosse médico. Na Capital, além da atuação da própria Diretoria, foi estruturado um Serviço Geral de Profilaxia, com estação central para desenvolver trabalhos de desinfecção, remoção de doentes e cadáveres de moléstias contagiosas e isolamento de doentes removidos (22). Foram também propostos a organização de estações sanitárias de desinfecção em três comarcas do interior (23), postos sanitários nas hospedarias de imigrantes e a criação de hospitais de isolamento (24).

Tal proposta de atuação inaugurava um novo tipo de intervenção pública em Minas Gerais: motivado pelo "perigo" das moléstias contagiosas, o Estado se colocaria em defesa da higienização das condições gerais de vida e de trabalho de populações "industriais e agrícolas" e "de imigrantes" (ou seja população trabalhadora), investindo a polícia sanitária no controle de uma

multiplicidade de situações, locais e organizações. Desse modo, pretendia o Estado, com o apoio científico e técnico dos médicos, revestidos de autoridade e competência, ampliar o campo de controle (do sanitário ao social), restringindo, por sua vez, a problemática social a uma questão técnica, potencialmente solucionável por especialistas (25).

2.3 - Serviços sanitários desativados

Formulada de forma consistente, esta proposta de intervenção, no entanto, parece não ter ultrapassado os limites de sua intencionalidade. Dadas as dificuldades financeiras por que passava o Estado de Minas Gerais, ao final do século passado, em razão da crise na lavoura cafeeira, o governo se viu na contingência de "fazer severas economias, reduzindo as despesas públicas, seja cortando nos extraordinários, adiáveis ou dispensáveis, com o fim de criar elementos necessários a amortização da dívida flutuante" (26), como afirmou Silviano Brandão, Presidente do Estado, na Mensagem de 1899. Desta feita, o recém-organizado serviço sanitário acabou sendo desativado, dispensando-se todo o pessoal das repartições de Higiene e Profilaxia Sanitária. Segundo avaliação oficial, a forma como este serviço se achava organizado "não correspondia ao fim para que tinha sido criado, onerando entretanto consideravelmente o tesouro público" (27). Na mesma Mensagem ao Congresso Mineiro, Silviano Brandão ressaltou que, nos municípios, o governo estadual trataria de conservar os delegados de Higiene e Vacinação, "funcionários não remunerados, que em todos os tempos

tem prestado o seu serviço" (28). O alcance prático desta última medida é de difícil avaliação, uma vez que os municípios, nesse período, encontravam-se na dependência de empréstimos do tesouro estadual, para levar adiante qualquer ação de saúde ou saneamento (29).

Somente em 1906, foi retomada a preocupação com a organização do serviço sanitário do estado, tendo sido promulgada a Lei n. 452 em 9 de outubro deste ano, assinada já em Belo Horizonte, no Congresso Legislativo, por seu Presidente, o Cônego Francisco Xavier d'Almeida Rolim (30). Constando de apenas nove artigos, o texto desta lei determina a reorganização da Higiene Pública nos termos previstos na legislação anterior de 1895 e autoriza o governo a criar o Código Sanitário do Estado, regulamentação necessária à implementação das medidas sanitárias, publicado posteriormente em 1910 (31).

Embora tendo desativado a Diretoria de Higiene, entre 1899 e 1906, e ainda sem o amparo de regulamentação específica, o Estado, nos primeiros anos deste século, não deixou de desenvolver algum tipo de ação de saúde pública. Como foi assinalado no Relatório da Secretaria do Interior de 1910 (32), houve necessidade de crédito suplementar, dado que as despesas excederam as previsões do orçamento desta Secretaria no que se refere aos recursos destinados a "Socorros Públicos" (incluem-se aí recursos para prevenção ou interrupção de surtos epidêmicos, principalmente de varíola; para compra de vacinas, de carro para transporte de doentes; para despesas com vítimas de desabamento, funerais de médicos; para obras em hospitais e outros itens).

Além destes recursos, foram consignados, no orçamento da Secretaria do Interior, créditos para "Assistência a alienados", "Assistência a Hospitais" e "Hospitalização e Asilos" (33).

Por outro lado, com o fechamento da Diretoria de Higiene do Estado, a Prefeitura de Belo Horizonte tratou de implementar em 1900 a organização de uma Seção de Higiene, que a partir de então assumiria todas as funções da Higiene Pública no âmbito da Capital (34).

Em 1907, com a inauguração em Belo Horizonte da Filial do Instituto Manguinhos, sob a direção de Ezequiel Dias, iniciou-se no estado uma intensa atividade de produção de conhecimentos sobre etiologia e profilaxia das doenças contagiosas e endêmicas, em conformidade com os novos conceitos e métodos já experimentados por Oswaldo Cruz e sua equipe no Rio de Janeiro. No que diz respeito à ação sanitária estatal, no entanto, o que se verificou foi uma grande dificuldade, por parte da Diretoria de Higiene, de incorporação dos conhecimentos gerados pela Filial de Manguinhos, mais tarde designada Instituto Ezequiel Dias (35). Tanto assim que o Regulamento Sanitário publicado em 1910, ao tratar da organização do serviço de "profilaxia das moléstias infectuosas", ainda dá grande ênfase à necessidade de isolamento e desinfecção (36), medidas cuja importância já fora relativizada com os novos conhecimentos da bacteriologia.

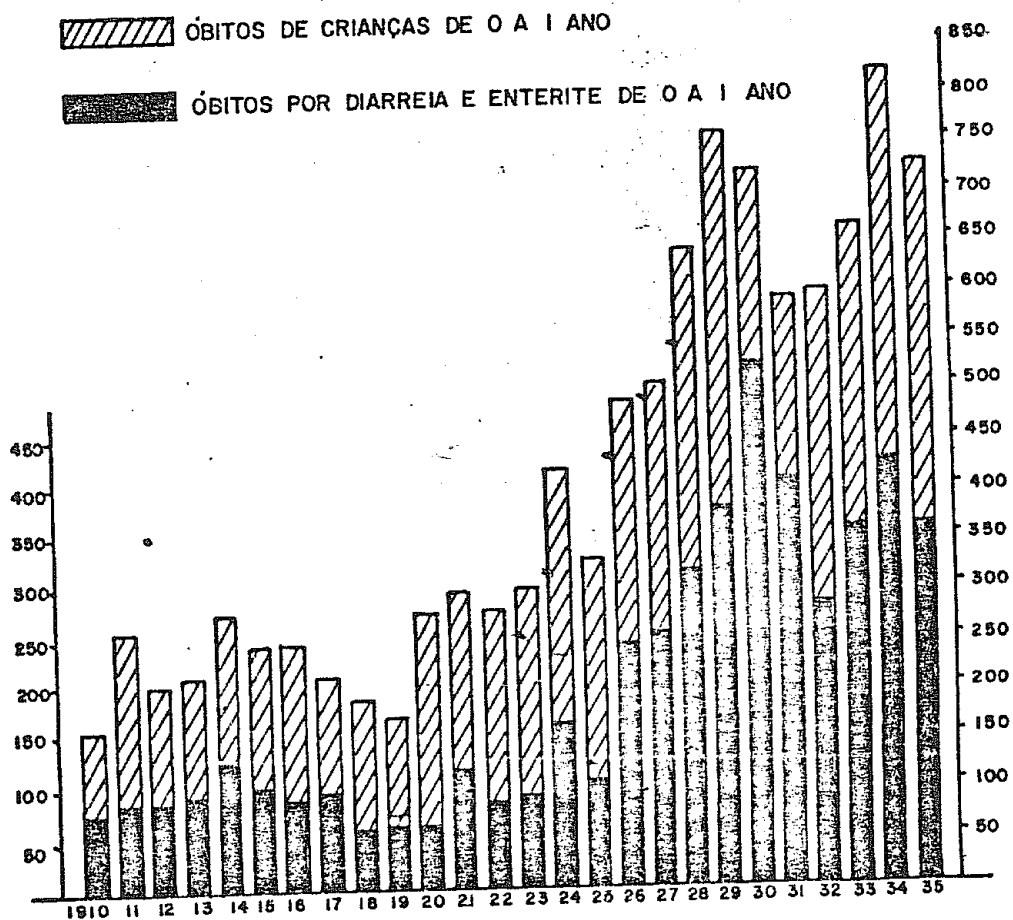
2.4 - A regulamentação da Saúde Pública

Examinando-se o Regulamento Sanitário de 1910, em sua totalidade,

dois aspectos se destacam: primeiro, seu tom autoritário, traço de origem, pois explicitado desde a definição da necessidade de regulamentação da ação sanitária. Escolhida pelo poder público como forma privilegiada de ação, a prática do regulamento constituiria daí em diante a única possibilidade imediata de enfrentamento das doenças infecto-contagiosas disseminadas em geral por todo o estado. Os registros estatísticos da Capital podem servir de síntese da situação geral, como demonstra o Relatório da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais de 1935, através das tabelas apresentadas logo a seguir. Dentro dessa ordem, adotou-se como tecnologia de ação profilática a notificação compulsória, o isolamento e a desinfecção obrigatórios, a vigilância médica exercida pela autoridade sanitária, além da vacinação, facultativa em alguns casos e obrigatória no caso da varíola. Este conjunto de termos por si só já demonstra o tom autoritário da proposta regulamentadora. Entretanto, é na operacionalização de cada uma dessas medidas que o regulamento assumiria sua dimensão coercitiva. Exemplificando, entre as normas de vigilância médica, foram feitas restrições a mudança de domicílio dos portadores de doenças contagiosas, sendo essas pessoas obrigadas a se comunicar com a autoridade sanitária para fornecer "indicações precisas de seu novo destino" (37).

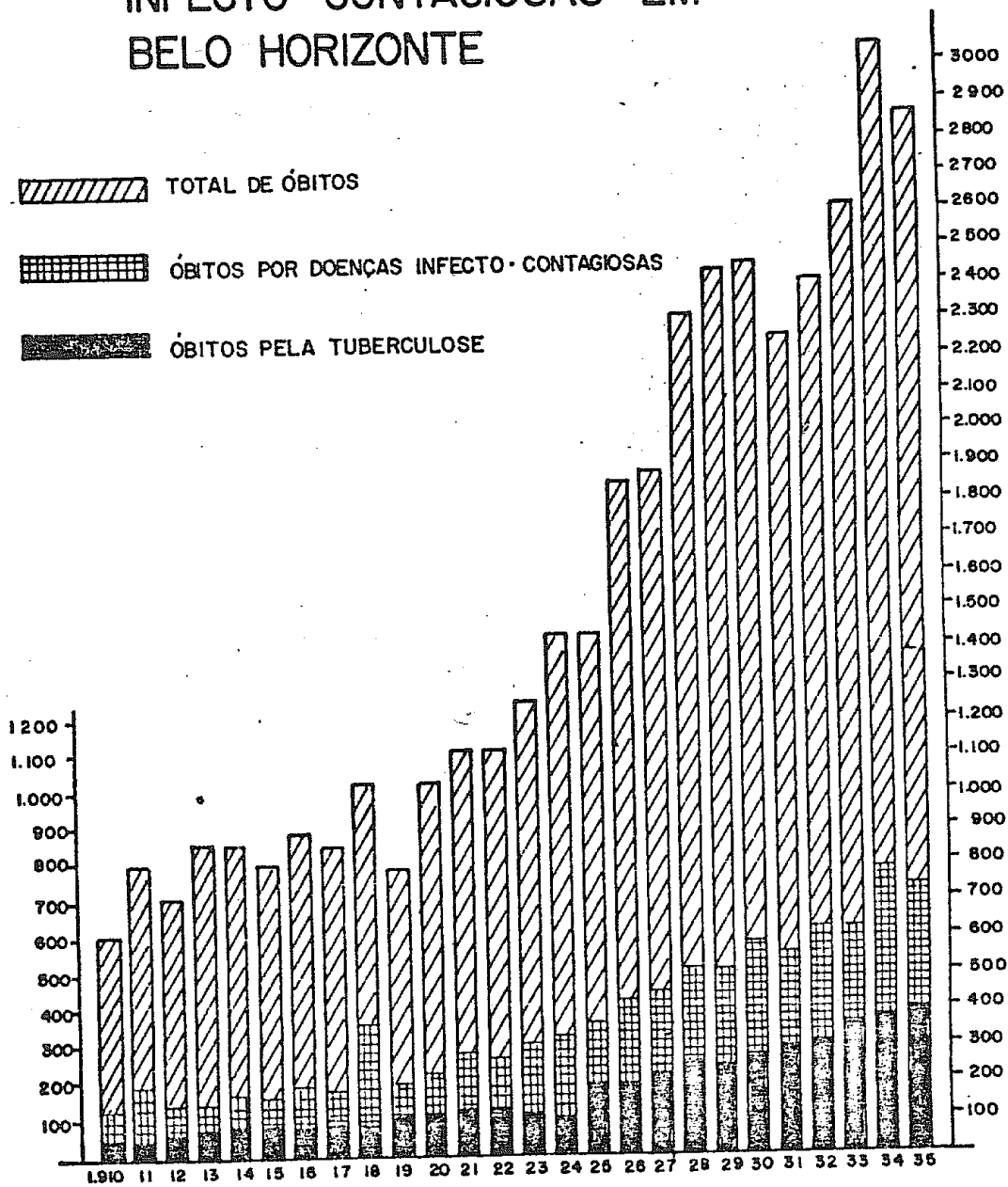
Outra característica apresentada pelo Regulamento Sanitário de 1910 refere-se à ambiguidade quanto à divisão do serviço estadual e municipal, ficando "o primeiro a cargo do Estado e o segundo a cargo do município", conforme se lê em seu artigo primeiro. Entre as antigas atribuições da Diretoria de Higiene, aquelas que se

MORTALIDADE INFANTIL EM BELO HORIZONTE 1.910 - 1.935



Fonte: Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Relatório apresentado
 ao Snr. Secretário da Educação e Saúde Pública pelo Dr. Mário Álvares da Silva
 Campos, Diretor de Saúde Pública - 1.935

MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS EM BELO HORIZONTE



Fonte: Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Relatório apresentado
 ao Snr. Secretário da Educação e Saúde Pública pelo Dr. Mário Álvares da Silva
 Campos, Diretor de Saúde Pública - 1.935

referiam a saneamento, socorros, assistência pública e policia sanitária passaram a ser de responsabilidade do município. Ficavam a cargo do Estado providências de caráter geral como o estudo de questões relativas à saúde pública, incluindo "estudo clínico, bacteriológico, profilático e terapêutico das moléstias infectuosas" e "estudo de todas as epizootias". Também constituíam atribuições do Estado: "preparo de vacinas e soros; organização de um instituto para tratamento e profilaxia da raiva; organização de serviço de vacinação e revacinação antivariólica; organização de estatística demógrafo-sanitária do Estado" (38).

No que diz respeito à policia sanitária, mencionou-se que o serviço municipal seria complementar ao estadual, cabendo a sua execução ao delegado de higiene municipal, figura originária quando da organização do serviço sanitário em 1895. Considerado funcionário do Estado, mas de fato pertencente ao poder municipal, o delegado se encarregaria da aplicação "quando o município se ache ameaçado ou tenha sido invadido por qualquer flagelo epidêmico ... dos meios preventivos, presidindo o serviço de isolamento, de desinfecção, de vigilância sanitária, de transporte dos doentes e de fornecimento de desinfetantes" (39).

O fato é que mesmo tendo colocado a divisão entre Estado e município, a estrutura de organização do serviço sanitário parece manter-se como em sua origem, sendo a Diretoria de Higiene o órgão central e as delegacias de higiene e vacinação, órgãos locais. Da capacidade de atuação destas últimas, dependeria a efetividade da ação do serviço estadual. Por este motivo, o

Estado se propôs a gratificar o Delegado de Higiene municipal, desde que se enquadrasse nas seguintes condições, como estabelecia o regulamento de 1910: "no fim do ano apresentar maior soma de trabalhos, demonstrar mais zelo e dedicação pela higiene e saúde pública do município e se salientar pela superioridade científica do relatório anual" (40). Além de uma gratificação de três contos de réis, o governo também concederia o direito à impressão gratuita de seu relatório na Imprensa Oficial, conforme o mesmo regulamento (41).

2.5 - A Campanha do Saneamento rural

Na prática, o Regulamento Sanitário de 1910 acabou sendo superado. O governo estadual, ao final dos anos 10, voltou-se para uma ação de combate às chamadas endemias rurais, especialmente a ancilostomose, considerada já nessa época, juntamente com a malária e a doença de Chagas, "endemias facilmente combatíveis, de processos profiláticos definitivamente estabelecidos, que não poderão dispensar por mais tempo a intervenção enérgica da higiene pública" (42). Com esse fim, instituiu-se o serviço de profilaxia rural no Estado de Minas Gerais (43). O poder público mineiro, através da Diretoria de Higiene, sob o comando de Samuel Libânio, integrou-se ao movimento nacionalista em prol do saneamento do sertão brasileiro (44). O diretor de higiene de Minas Gerais salientou em seu relatório anual de 1918:

"Em boa hora entendeu o Governo de Minas já "ser tempo de sairmos dessa empatia com que de braços cruzados, assistíamos ao estiolar da nossa raça nos produtos

degeneres das populações do interior", iniciando a benemérita campanha do nosso saneamento rural, mercê da qual levaremos a definitiva redenção sanitária à nossa população do trabalho. Em 18 de junho de 1918, foi promulgado o decreto número 5010 que criou o serviço de Profilaxia Rural do Estado de Minas Gerais e publicado na mesma data o respectivo regulamento estabelecendo seguras regras para o combate às endemias que dificultam o trabalho nos campos e concorrem para a inferioridade orgânica do homem" (45).

No mesmo ano, o governo estadual firmou contrato com a Fundação Rockefeller, representada pelo Dr. Lewis Hacket, do Conselho Sanitário Internacional desta Fundação, para realizar uma inspeção geral no estado a fim de determinar a extensão e a intensidade da ancilostomose e os seus efeitos sobre a saúde da população (46). Além do levantamento realizado pela Comissão Rockefeller (47), a Diretoria de Higiene, por sua vez, constituiu "uma comissão científica com o fim de completar aqueles estudos armando-se assim os necessários elementos para orientar os trabalhos de saneamento rural" (48). Tanto a primeira quanto a segunda comissão verificaram a existência da ancilostomose em todo o estado, em proporção tal que excedia "as previsões mais pessimistas", no dizer de Samuel Libânio (49).

Em decorrência, tratou-se de implementar o plano geral de saneamento que, inicialmente, além da profilaxia da ancilostomose, malária, doença de Chagas e lepra, visava, através da instalação de postos de profilaxia, o tratamento de sífilis, leishmaniose e tracoma. A organização de campanhas de vacinação antivariólica e antitífica, que nesse momento já apresentava resultados positivos no que concerne ao controle de surtos epidêmicos, também constituiria atribuição dos postos de

profilaxia rural (50).

Colocada a impossibilidade físico-financeira de enfrentar o problema da profilaxia rural em todo o Estado de Minas Gerais, e dado os resultados da inspeção sanitária realizada pelas comissões técnicas anteriormente referidas, optou o governo estadual pela adoção de critérios para implantação dos serviços de profilaxia rural. As necessidades regionais seriam avaliadas tomando-se em consideração o índice endêmico, a densidade da população e seu valor econômico. Em consequência, a profilaxia rural implantou-se "em primeiro lugar e de preferência nas zonas mais ricas e populosas do Estado que apresentavam índice endêmico elevado relativamente às três principais endemias rurais: impaludismo, uncinariose e doença de Chagas" (51). Esta observação consta do Relatório da Diretoria de Higiene de 1917 e, posteriormente, do texto do Regulamento Sanitário Rural do Estado de Minas Gerais (artigo quarto), publicado em 18 de junho de 1918.

O município escolhido para o início dos trabalhos de profilaxia rural foi Leopoldina, na Zona da Mata, região importante do ponto de vista econômico, seja pela sua produção agrícola, seja por sua crescente participação no valor da produção industrial de Minas Gerais, nesse período (52). Com o apoio da Comissão Rockefeller, inaugurou-se ali o primeiro posto de saneamento rural, em 19 de agosto de 1918 (53). Outros postos foram em seguida instalados: na região sul, em Santa Rita do Sapucaí; no Norte, em Pirapora. A escolha desses locais atendia, do mesmo modo, indicações de ordem econômica. De acordo com a definição de critérios mencionada

anteriormente, a densidade da população e o valor econômico da região constituíam os fatores de maior relevância para a aplicação das medidas de saneamento.

De fato, a partir do Regulamento Sanitário Rural do Estado de Minas Gerais de 1918, com a instalação dos serviços de profilaxia através dos Postos de Saneamento, uma nova forma de organização sanitária começou a ser desenvolvida no estado. Em primeiro lugar, formalizou-se a idéia de uma organização regional ou distrital: os postos sediados em Leopoldina, Santa Rita do Sapucaí e Pirapora nucleavam distritos sanitários e não somente constituíam-se como serviços municipais. Ao criar a estrutura do poder regional, o governo estadual, embora na aparência dividisse responsabilidades, de fato tomava a seu cargo o controle da totalidade das ações sanitárias, operando-se dessa forma um crescimento de seu poder frente ao municipal, em matéria de Higiene Pública. Outra característica que se destacava da nova organização: os serviços deveriam ser executados por comissões técnicas, cuja composição e tamanho seriam definidos de acordo com as necessidades regionais. O Estado, por sua vez, remuneraria o pessoal, em geral médicos e guardas sanitários, reconhecidos então como funcionários "em comissão". O trabalho exigia um constante deslocamento, devendo as comissões promover, em cada localidade, o tratamento dos doentes, a execução de medidas profiláticas a seu alcance e, fundamentalmente, a educação higiênica do povo. Segundo Samuel Libânio esta era "a parte mais afanosa de nossa campanha". Mais adiante:

"Extirpar preconceitos arraigados, hábitos inveterados, dominar a indiferença e a resistência passiva que a própria doença engendra, não é empresa que seja levada a efeito sem grande dispêndio de energia. Para o bom êxito da campanha não basta que os médicos se coloquem à disposição do público. É mister que entrem em contato com a população, para que, pela persuasão, pela exibição contínua da excelência dos resultados já colhidos aqui e alhures, despertem a princípio a simples curiosidade a que vem se juntar dentro em pouco gradativamente o interesse, o entusiasmo pelos objetivos de sua elevada missão. Transportando-se continuamente de uns para outros pontos, realizam em todas as localidades a seu alcance conferências, palestras em linguagem simples e acessível, utilizando-se como meio de demonstração de lanternas de projeções luminosas de modo a calar fundo na alma popular as devastações que as verminoses vão ocasionando em seu trabalho surdo de agressão ao organismo, a maneira fácil como este delas se liberta, os meios de evitar a infestação e reinfestação" (54).

Substituindo a figura dos delegados de higiene municipal (55), os médicos do saneamento, como então eram designados, foram os elementos centrais no desenvolvimento da campanha da opilação liderada por Samuel Libânio, entre 1917 e 1923 (56).

Chamados para uma atuação como técnicos de higiene pública, realizaram paralelamente um importante trabalho pedagógico, além de terem se destacado por sua ação junto às Câmaras Municipais, no sentido da formulação e da adoção de dispositivos legais que tratassem da aplicação de normas higiênicas na construção de casas, de postos de abastecimento de água e instalações sanitárias (57).

Em 1922, ainda sob a liderança de Samuel Libânio, Diretor de Higiene e Chefe do Serviço de Profilaxia Rural do Estado de Minas Gerais, foi promulgado o regulamento das delegacias regionais de higiene, selando-se a nova estrutura da organização sanitária estadual. Comandada por um delegado regional, funcionário cuja

remuneração foi determinada em tabela anexa ao regulamento, a esse novo tipo de organização foi atribuída, entre outras, a competência de "velar por todos os meios ao seu alcance, quer por atuação junto aos poderes municipais, quer perante a população, por que se tornem permanentes os benefícios auferidos do serviço de profilaxia rural" (58).

A concepção de permanência dos serviços sanitários, idéia-chave do período posterior das Políticas de Saúde Pública, foi colocada no decreto de 1922, não apenas de forma genérica; com efeito, tratou-se da criação dos "serviços permanentes de higiene municipal", organismo que resultaria de acordo celebrado entre a Diretoria de Higiene e as Câmaras Municipais (59). A direção desses serviços, ainda segundo o mesmo decreto, "a critério do Diretor Geral de Higiene só será confiada a médicos que tenham feito curso especializado de higiene em Instituto designado pelo mesmo diretor" (60). Tais propostas, no entanto, começariam a tomar cunho real somente após 1927, quando uma nova reforma sanitária, caracterizada por uma ampla revisão de conceitos e métodos propalados pela antiga Higiene Pública, viabilizou a implantação no Estado de Minas Gerais de políticas propriamente de Saúde Pública, objeto do tópico seguinte.

3 - A Saúde Pública e os serviços permanentes dos anos 20 e 30

Em 1927, as mudanças por que passou a antiga Higiene Pública, a partir daí subordinada à Secretaria de Segurança e Assistência Pública (61), com a nova designação de Diretoria de Saúde

Pública, representariam uma ampla reformulação de conceitos e métodos de trabalho.

Tendo o país desde o início dos anos vinte um novo código sanitário, introduzido através da Reforma Carlos Chagas (62), e em consonância com os avanços da medicina preventiva e da Saúde Pública, e com as primeiras experiências de profilaxia das endemias rurais, levadas a efeito em vários pontos do território nacional, assim como do Estado de Minas Gerais, sob a influência da escola norte-americana, consolidou-se, entre nós, uma nova política sanitária. Seus objetivos eram fundados na continuidade da ação pública dirigida sobremaneira a indivíduos e grupos populares, o saneamento do meio ambiente sendo deixado para segundo plano. A instituição de serviços de saúde permanentes, em diversos municípios do estado, revelaria desse modo uma mudança na forma de atuação do poder público. As campanhas de combate às endemias, descontínuas tanto do ponto de vista temporal quanto espacial, seriam substituídas por um trabalho cotidiano e duradouro que visava a educação das consciências e a domesticação de hábitos da população (63).

Essa transformação, de um lado, decorria das novas concepções que orientavam a prática médica, tendo a teoria pausteriana dos germes condicionado a redefinição da causação de doença. Não mais identificada apenas como "pontos concentrados de sujeira", como fazia supor a teoria miasmática, a doença poderia emanar de qualquer parte, tornando-se todo indivíduo suspeito "como um portador em potencial do micróbio" (64).

Por outro lado, no campo político-social, a reconceituação da saúde pública também contribuía para acentuar a preocupação com o indivíduo. Tratada à luz dos direitos naturais e individuais do cidadão, a saúde pública passou a ser considerada "prévia a todas as garantias, a primeira garantia, a conservação individual" (65). Como ressaltou o Secretário de Segurança e Assistência Pública, José Francisco Bias Fortes, em 1927: "segurança, propriedade e liberdade" supõem primeiro a existência e a conservação do cidadão e "para existirem e conservarem-se é necessário manter-se a saúde pública" (66).

A reorganização dos serviços sanitários, a partir de 1927, pretendia responder a esse novo dimensionamento da questão sanitária. Sob a coordenação de Raul de Almeida Magalhães, na Diretoria de Saúde Pública desde então, foi elaborado o Regulamento de Saúde Pública, atualizando-se os conhecimentos sobre profilaxia e tratamento das doenças infecto-contagiosas e estabelecendo-se novas bases para a organização sanitária. Como órgão central, a Diretoria de Saúde Pública se dividiria em duas áreas: administrativa, composta por chefia, expediente, contabilidade e almoxarifado; e técnica, organizada na forma de inspetorias designadas de acordo com o campo de atuação - Demografia e Educação Sanitária; Engenharia Sanitária; Centros de Saúde, Epidemiologia e Profilaxia; Fiscalização do exercício da Medicina, Farmácia, Odontologia e Obstetrícia; Estâncias Hidrominerais; Laboratório de Bromatologia e Pesquisas Clínicas; Centro de Estudos de Profilaxia de Malária, Lepra e Doença de Chagas (67). Nos municípios e regiões do estado, a proposta

consistia no aparelhamento das sedes de distritos sanitários com serviços permanentes de saúde pública, denominados Centros de Saúde. Estes serviços deveriam atender a todas as necessidades dos municípios sob sua jurisdição, além de realizar estudos especiais sobre endemias reinantes. O primeiro ponto do programa de ação dos Centros de Saúde - educação sanitária da população em geral - reproduzia a atribuição primeira da Diretoria de Saúde Pública (68).

De fato, a proposta contida no Regulamento de Saúde Pública de 1927 previa ação em duas frentes: a primeira de cunho educativo, com o objetivo de "despertar a consciência sanitária", tendo o Centro de Saúde como o locus privilegiado de ação; a segunda, que não constituiu inovação deste regulamento, estaria representada pela polícia sanitária. Sua ação fiscalizadora e coercitiva, instituída desde 1895, consolidou-se nesse momento com a definição detalhada de um conjunto de normas e regras relativas aos diversos campos da atividade sanitária, bem como de tipos de penalidades e sua extensão, impostas aos que infringiam o Regulamento. Ficava o poder público dotado de meios práticos indispensáveis ao controle sanitário.

Havia uma lógica "por trás" dessa proposta: tomando o indivíduo como responsável exclusivo pela preservação de sua saúde, o poder público se encarregaria de normatizar o processo saúde/doença (daí a elaboração do regulamento que globalizaria o conjunto de normas) e de fazer cumprir, em cada tempo e lugar, o corpo normativo estabelecido. A estruturação de Centros de Saúde por

todo o estado possibilitaria, desse modo, a articulação em esfera ampliada, a partir de uma única instância de poder, de ações normativas e coercitivas. Tanto um tipo de ação quanto o outro estariam vinculados ao "despertar da consciência" dos indivíduos que, como afirmou Bias Fortes, Secretário de Segurança e Assistência Pública em Minas Gerais, "jaz entorpecida", pois

"infelizmente o sentimento de preservação física, quer individual, quer coletivo, não evoluiu paralelamente aos outros sentimentos que engendraram a moral e o direito. A infração das leis sanitárias, para grande maioria dos homens, não provoca ainda um sentimento de repulsão, não lhes leva a espírito a idéia de uma falta grave que lhes pode ser imputada e pela qual se tornem responsáveis criminalmente" (69).

A responsabilização dos indivíduos passaria, desse modo, por um trabalho "educativo" que, instituindo o normal, levasse ao reconhecimento do que seria "falta grave", "crime". É nesse sentido que o poder público, através dos Centros de Saúde, procuraria com sua ação atingir também os que, alheios ou imunes ao trabalho "pedagógico", infringiam a norma sanitária. Para estes restaria a punição como medida exemplar (70), conforme sugere o Regulamento de Saúde Pública. Essa a razão pela qual a Saúde Pública, nesse período, assumiu com tanta ênfase e como atividade prioritária a educação sanitária, orientada não somente para a população adulta, como também a infantil (71). Paralelamente, foi retomada a polícia sanitária, sob a execução direta do governo estadual.

A incorporação da atividade educativa na programação dos Centros de Saúde, juntamente com a clínica realizada somente para fins preventivos (72), reforçou o sentido de permanência desses

serviços. Diferentemente da Higiene Pública, chamada a atender essa ou aquela necessidade (interrupção de um surto epidêmico ou controle de uma determinada endemia), e por isso com uma organização tipo "campanha de saúde pública", os Centros de Saúde, desde a sua origem, foram identificados com uma outra forma de ação, permanente e sistemática, valorizada por sua continuidade e concretizada pela proposta que integrava educação em saúde e prevenção de doenças.

Se os objetivos pedagógicos e preventivos constituíram a base sobre a qual se fundou a permanência dos novos serviços de saúde pública, que resultaram da reforma sanitária de 1927, a sua extensão, por diversas regiões do estado, respondeu a outra ordem de motivação. Era avaliação corrente, nesse momento, que a situação sanitária dominante em Minas Gerais (73) não favorecia o seu desenvolvimento econômico. Apontou-se a necessidade de intervenção pública para o controle dessa situação, visando especialmente a melhoria das condições sanitárias nas regiões mais produtivas do estado. Na Exposição de Motivos do Regulamento de Saúde Pública de 1927, o Secretário de Segurança e Assistência Pública, J.F. Bias Fortes, colocou claramente essa posição, considerando como tarefa imprescindível da administração pública:

"organizar defesa contra as epidemias e mover guerra às endemias reinantes em extensas zonas de nosso Estado, onde se encontram justamente as terras mais férteis e para onde confluem, como é natural, grandes massas de trabalhadores, quer nacionais, quer estrangeiros, os quais logo ao chegar, têm reduzido pela moléstia o seu coeficiente de atividade no trabalho, com sérios prejuízos para a fortuna pública e consequentemente para o nosso desenvolvimento econômico" (74).

Efetivamente implantados os Centros de Saúde durante o governo Antônio Carlos, a sua distribuição espacial viria refletir a situação política e econômica de municípios e regiões do estado. Segundo consta do Relatório da Diretoria de Saúde Pública de 1929, Minas Gerais neste ano contava com seis Centros de Saúde, quarenta e dois Postos de Higiene e um Hospital, funcionando todos eles com "real aproveitamento", estando em processo de instalação mais um Centro de Saúde, sete Postos e dois Hospitais. No total, encontravam-se esses serviços distribuídos pelos seguintes municípios: Belo Horizonte, Barbacena, Juiz de Fora, Uberaba, Três Corações, Teófilo Otoni, Montes Claros (Centros de Saúde); Araxá, Bambuí, Bom Sucesso, Brasópolis, Campanha, Carangola, Caratinga, Cataguazes, Curvelo, Formiga, Guaranésia, Itajubá, Itapeçerica, Leopoldina, Manhuaçu, Monte Carmelo, Nova Lima, Oliveira, Ouro Preto, Palmira, Pará de Minas, Paracatu, Paraguassu, Paraisópolis, Patrocínio, Pitangui, Poços de Caldas, Pomba, Ponte Nova, Queluz, Raul Soares, Rio Branco, Rio Novo, Rio Preto, São Domingos do Prata, São João Del Rei, São João Nepomuceno, Ubá, Varginha, Viçosa, São Gotardo, Figueira, São João Evangelista, Guarani, Rio Pardo, Salinas, Eloi Mendes, São Gonçalo de Sapucaí, Antônio Dias (Postos de Higiene) (75).

Observa-se uma relativa concentração de serviços nas Zonas da Mata, Sul e Centro, exatamente as regiões que respondiam pelo maior dinamismo da economia mineira nesse momento, tanto em termos da agricultura, quanto da indústria (alimentar: laticínios e açúcar) (76). Respondendo a críticas sobre a localização de serviços nas regiões "servidas por estradas de ferro", ou seja,

nas mais adiantadas do ponto de vista econômico, o Diretor de Saúde Pública chamou a atenção para a extensão da intervenção sanitária a "núcleos de população longe dos centros ferroviários, desprovidos alguns de rodovias", exemplificando com Paracatu e Salinas, entre outros (77).

O tipo de organização resultante da Reforma de 1927, com serviços permanentes distribuídos por diferentes regiões do estado, localizados em municípios-sede dos chamados distritos sanitários, criou condições para a formação prática, como sanitaristas, dos médicos que se responsabilizavam pela direção e execução dos serviços. De algum modo afastados da medicina curativa (78), os médicos do serviço público acabaram desenvolvendo-se no campo das técnicas preventivas. Destacaram-se desde então com posição privilegiada frente aos clínicos, pois foram responsáveis pela formulação e execução de um programa de governo, que na perspectiva da "moderna" Saúde Pública pretendia responder ao desafio da recuperação do organismo social (79). A necessidade de especialização nas novas técnicas de organização sanitária foi mais de uma vez ressaltada nos documentos oficiais da época. Chegou-se a mencionar para os cargos de direção, "médicos higienistas", no caso do Diretor Geral de Saúde Pública e "médicos que tenham curso de higiene e saúde pública", para os lugares de delegados distritais (80). Verificou-se, no entanto, que a própria experiência acumulada na direção desses órgãos responderia pela especialização dos novos dirigentes. Aquilo que o curso de aperfeiçoamento em saúde pública acrescentaria ao currículo médico seria dado, por um lado, pelo próprio Estado,

que fazia da prática na função de dirigente um meio por excelência de "educação" dos médicos. E por outro lado, os avanços na técnica profilática e terapêutica das doenças transmissíveis seriam apropriados pelos médicos, na medida da utilização e revisão do Regulamento de Saúde Pública (1927), que apresentou, como um de seus objetivos, o de constituir-se como uma atualização de conhecimentos, relativamente aos códigos sanitários anteriores (1910 e 1918).

O grande crescimento da organização sanitária entre 1927 e 1929 (81) foi interrompido após 30, observando-se no Estado de Minas Gerais o mesmo que ocorrera em plano nacional (82). De fato, Benedito Valadares chegou a extinguir Centros de Saúde e Postos de Higiene no interior do estado, ao longo da segunda metade dos anos 30, através de decreto (83) e outras medidas práticas. Tanto assim que dos 50 serviços em funcionamento ao final do governo Antônio Carlos, somente 36 permaneciam em março de 1947, quando Milton Campos assumiu o governo, depois das eleições estaduais (84).

Tal política de restrição à Saúde Pública era justificada por uma racionalidade técnica, expressa pela necessidade de "dar maior eficiência aos serviços", muitos deles constituídos segundo "baixos padrões de organização sanitária", além de ter sua distribuição geográfica inadequada "aos reclamos das regiões a que são destinados a servir" (85). Na verdade, a extinção de serviços e a reorganização dos que foram mantidos constituíam a única saída possível diante de um quadro de "grande depressão

econômico-financeira" (86). Essas providências respondiam a uma política de centralização que reforçou as atividades típicas da polícia sanitária, em detrimento das ações preventivas e educativas, promovidas pelos Centros de Saúde (87).

Característica marcante das propostas de Saúde Pública, durante o Estado Novo, o revigoramento do controle sanitário também se manifestou nas políticas de ampliação das instituições hospitalares da rede pública, especialmente as que visavam o segregamento da parcela da população considerada de risco para a saúde pública, como os hansenianos, tuberculosos e doentes mentais (88). Esta prática se estendeu por toda a década de 30 e, de um lado, contribuiu para o fortalecimento da Saúde Pública, em termos da organização oficial com a criação de várias entidades no âmbito do Ministério da Educação e Saúde e das Secretarias Estaduais assim como da organização civil, científica e filantrópica, que se multiplicou no período. De outro lado, significou o abandono de determinadas ações, principalmente as de combate às endemias rurais. Estas continuariam adiadas, seu equacionamento exigindo muito mais que uma ação restrita às políticas sanitárias. Como afirma L. A. Castro Santos, a mobilização política do interior em torno da bandeira do saneamento, "exigia que Vargas estivesse determinado a enfrentar as oligarquias agrárias e promover a elevação dos padrões de saúde e saneamento dentro das fazendas e nas sedes dos municípios", condições que não se verificaram (89).

Somente no início da década de 40, seriam retomados os serviços dos Centros de Saúde, na perspectiva de "núcleos de irradiação

sanitária" (90). A educação sanitária ressurgiu como uma proposta de integração das políticas de educação e saúde aos moldes anteriores, objetivando a formação de uma população sadia e culturalmente à altura do progresso da nação (91). O processo de redemocratização, vivido no país após 1945, alcançou a Saúde Pública, condicionando uma nova reforma sanitária em Minas Gerais. Através dela, o governo estadual colocaria o problema sanitário entre as suas prioridades, admitindo a ineficácia das ações até então realizadas.

4 - Saúde e Assistência: a reforma sanitária de 1946 e as políticas de saúde do período 1947 a 1950

A restrição imposta às ações de Saúde Pública durante a década de 30 resultou em uma profunda desorganização das unidades sanitárias. Estas, no início dos anos 40, encontravam-se em tal situação que, por falta de aparelhamento técnico e material, mal realizavam os serviços das respectivas sedes onde se localizavam. Além das restrições quanto ao funcionamento dos serviços mantidos durante o governo Benedito Valadares, o fechamento de Centros e Postos de Saúde, ocorrido no mesmo período, reduziu significativamente a abrangência da organização sanitária, conquistada desde o final dos anos 20. Como se assinalou em relatório oficial do Departamento Nacional de Saúde, datado de 1944, somente o serviço de Lepra havia escapado aos constrangimentos impostos ao setor, continuando a "satisfazer plenamente as suas finalidades, como serviço modelar". Os

dispensários, hospitais e hospícios encontravam-se "por demais precários, desvirtuados de seus fins, exigindo pronto reaparelhamento e adequada reestruturação". Os Centros de Saúde, na classificação do mesmo Departamento, considerando-se as atividades desenvolvidas, reduziam-se a Postos de Higiene (92).

Uma avaliação dos gastos estaduais com Saúde Pública, nesse período, comparados com os de outros estados, colocava Minas Gerais em situação de inferioridade. Os dados de 1942 demonstram: enquanto Minas comprometia 4,04% do orçamento com os serviços de saúde pública (sendo 2,3% para saúde pública propriamente dita e 1,7% para assistência), São Paulo alcançava o índice de 8,2%, Santa Catarina 8,8%, Maranhão 9,2%, Ceará 9,8%, Bahia 11,6%, Alagoas 12%, Piauí 12,2%, Pará 13,7%. Somente o Estado de Goiás, segundo essa avaliação, gastava menos com saúde: 4.0% de seu orçamento.

Em 1946, os gastos com Saúde Pública encontravam-se de tal ordem reduzidos, que o orçamento para a totalidade dos serviços do Estado de Minas Gerais, no valor de 27 milhões de cruzeiros, não chegava a corresponder às despesas de São Paulo com somente um de seus serviços - o de tuberculose (35 milhões) ou o de lepra (38 milhões) (93).

A situação sanitária do Estado de Minas Gerais, por sua vez, agravara-se, permanecendo as doenças infecto-contagiosas como a principal preocupação do governo, segundo o Relatório da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, de 1935. Avanços significativos foram registrados apenas no tocante ao

controle urbano da febre amarela e da varíola. Em relação à varíola, o seu controle se deveu à incorporação pelos serviços sanitários da prática de imunização. Como consequência, ocorreu uma redução do número de casos, desde os meados da década de 30. Esse relatório registrou também como ocorrências relevantes: febre amarela, na forma silvestre detectada a partir de 1932, no Triângulo Mineiro; malária como doença endêmica no Vale do São Francisco; tifo exantemático epidêmico na zona rural do município de Belo Horizonte e em vários outros pontos do interior do estado; boubá endêmica no município de Teófilo Otoni; tuberculose, ocupando lugar proeminente entre as causas de morte no estado, sobretudo nos centros mais populosos; lepra, com registro de aumento do número de casos em certas regiões do estado; verminoses, infecções do grupo tífico e desintéria, difteria, tracoma, meningite cérebro-espinhal e doenças venéreas foram também notificadas na capital e no interior.

A mudança dessa situação tornava-se urgente para os sanitaristas mineiros, que em momentos anteriores haviam projetado a Saúde Pública como prioridade da administração, o que de fato possibilitara a extensão de serviços por todo o estado. Inspirada na "moderna organização sanitária de alguns estados norte-americanos, tendo por base o critério de especialidade, associado a planejamento e execução" (94), foi proposta uma nova reforma, através da qual a Saúde Pública retomaria o seu projeto de:

"em cada município uma unidade sanitária e equipes visitadoras de médicos, enfermeiras e guardas em número suficiente para levarem a todos os distritos administrativos, geográficos do estado, a todas as habitações das cidades e dos campos, os benefícios

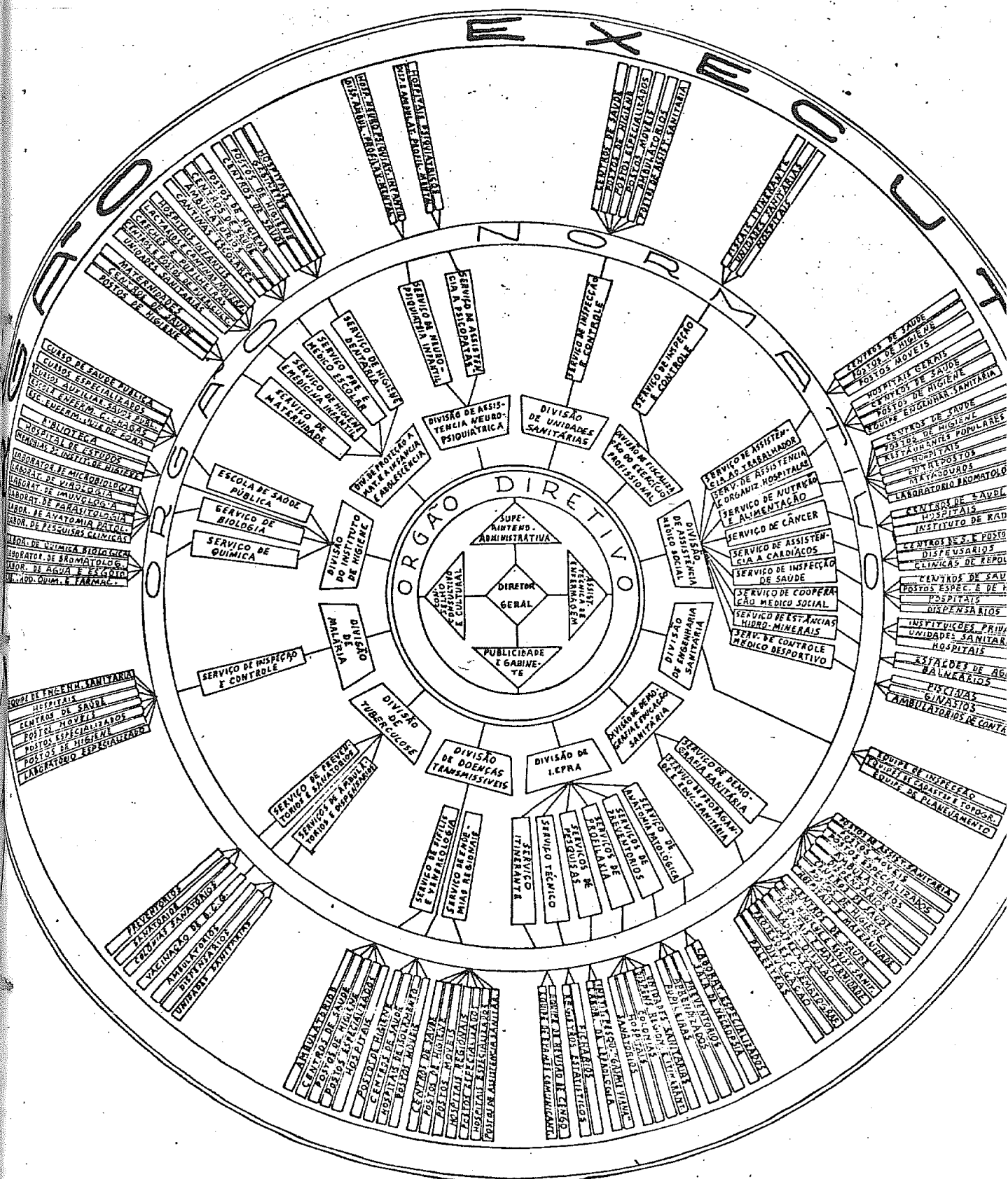
sanitários e organizarem, em futuro próximo, uma pasta-ficha da Saúde Pública em cada lar mineiro" (95).

Como foi mencionado no capítulo anterior, a reforma de 1946, além de propiciar a expansão de serviços e do quadro de pessoal da saúde, instituiu a Escola de Saúde Pública. O projeto de formação técnica foi vinculado à construção de uma nova mentalidade, "elemento hoje admitido como essencial e básico para o êxito de qualquer reforma sanitária" (96), como se expressou Alvino de Paula. Programada por sanitaristas, visando a adesão dos novos técnicos especializados pela Escola de Saúde Pública, as propostas de mudança da organização sanitária em 1946 pareciam, em um primeiro momento, esgotar-se como projeto técnico.

Na imprensa da época, muito se divulgou sobre o significado da reforma em termos do aprimoramento técnico da organização sanitária. Segundo o esquema idealizado então (Figura I), o Departamento Estadual de Saúde seria formado por três órgãos articulados como círculos concêntricos, sendo o órgão central diretivo responsável pela superintendência de todas as atividades; o órgão periférico, executivo era representado pelas estruturas de execução de todas as ações de saúde. Entre a direção central e a execução localizada, havia o órgão normativo, com a atribuição de dirigir, planejar, orientar, coordenar e fiscalizar a execução de todos os serviços (97).

Este novo "sistema" de organização, positivamente avaliado em função de seu caráter "inteligente e racional", conforme o comentário da imprensa (98), alcançou grande destaque por abranger uma significativa mudança nos termos da própria

FIGURA I



Esquema idealizado e organizado pelo Dr. Alvinho de Paula, diretor do D.E.S.
 MINAS GERAIS. REORGANIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE.
 Imprensa Oficial, Belo Horizonte, 1946

programação de Saúde Pública, que, desde a reforma de 1946, incorporaria entre seus objetivos a assistência médica. De fato, a ampliação do campo de ação da Saúde Pública visava o atendimento às populações do interior, especialmente das áreas rurais onde, segundo avaliação da época, a carência de recursos assistenciais tornava praticamente impossível "o desenvolvimento de trabalho preventivo, negando à população os cuidados de assistência médica de que ela mais necessita e cujos resultados imediatos trazem para o serviço a simpatia e a cooperação da coletividade" (99).

Tanto a nova organização técnico-administrativa, que incluía a formação de quadros especializados, quanto a redefinição do trabalho em Saúde Pública, decorrente da tentativa de articulação entre ação preventiva e curativa, eram pontos significativos da Reforma Sanitária de 1946 e recolocaram a Saúde Pública novamente na pauta governamental. Atualizou-se o seu instrumental técnico, num momento em que o Estado de Minas Gerais, ainda predominantemente agrícola e rural (100), buscava recursos para o aumento de sua produção.

"A reorganização do D.E.S., nos moldes em que está estruturada, faz perfeito "pendant" com o programa em execução noutros setores administrativos, entre eles o da Secretaria da Agricultura, no empenho de aumentar a produção agrícola e industrial nos níveis da capacidade de Minas Gerais (...) Se na Capital e em um outro centro maior, existem serviços de assistência que correspondem a algumas das necessidades mais prementes, se o combate a uma ou outra moléstia já se encontra suficientemente sistematizado, é óbvio que se impunha assistir ao homem do interior, ao bravo sertanejo que luta em meio de tantos fatores adversos (...) O queurgia era estender a assistência social, sob todas as modalidades, ao interior com amplitude muito maior. A reforma, sob o ponto de vista técnico, é de alta expressão, como um

passo avançado, quer pela adoção de plano novo, quer pelo alcance de muitas medidas nela contidas (...) O Governo de Minas acaba de praticar como que uma reparação devida ao homem do interior. Leva-lhe um novo e poderoso estímulo para que de seu trabalho se alcance tudo quanto se espera, que é a prosperidade geral, base da tranquilidade social, de equilíbrio e de progresso dinâmico. Assistindo-o, vem completar o plano de fomento da produção, que só será efetivo quando o homem do campo estiver na plenitude de sua capacidade realizadora" (101).

Integrando-se ao esforço oficial de recuperação econômica do estado, as propostas de reorganização sanitária acabaram encontrando condições de viabilização. Reformulando-se a Saúde Pública como programa integrado de ação preventiva e curativa, redefiniam-se o objeto de atenção do poder público. Na expressão "valorização do homem" situavam-se os limites de possibilidade de intervenção nas condições de vida e trabalho nas áreas rurais. O aspecto da valorização do trabalhador rural certamente foi o mais cotejado pela imprensa em 1946. Havia indicações de que a reforma superara a sua base técnica, tendo conquistado um amplo apoio político, tanto mais abrangente quanto maior fosse a capacidade da "nova" Saúde Pública de responder ao desafio de "valorizar a produção do homem, como célula econômica da coletividade, qualquer que seja a órbita de seu labor fecundo" (102).

O enfrentamento às estruturas de poder agrário, visando a melhoria das condições gerais de vida da população trabalhadora dos campos no país, como analisa L. A. Castro Santos (103), não se colocava entre os objetivos da administração pública. Assim, a proposta de valorização do trabalhador rural, através da melhoria de suas condições de saúde, traduzida nesse momento como

assistência médica gratuita, embora resultante de uma visão simplificada da realidade social, conquistou o apoio de diferentes setores, como aqueles representados pela imprensa mineira:

"Num Estado de intensivas atividades rurais, como o nosso, todas as fontes de produção se encontram sujeitas à sanidade do elemento humano, e se desejamos produzir e prosperar, jamais poderemos perder de vista esse fator. Aliás a questão de Saúde Pública representa, por assim dizer, a verdadeira mentalidade que orienta os modernos planos administrativos, em seu desenvolvimento lógico. Nenhuma outra tarefa governamental poderá tirar-lhe a primazia, como os efeitos não podem antecipar as causas. Essa em suma a magna questão que o Governo Mineiro encara no momento, procurando afastar os obstáculos de nossa ascensão econômica, sobretudo em uma hora em que só a produção em larga escala poderá reduzir o angustiante preço de vida. A execução de tão alto plano equivale a verdadeira transfusão de novas seivas no organismo de nosso povo, laborioso por índole e capaz de maiores empreendimentos. A assistência médica se torna particularmente necessária nas vastas áreas rurais, onde as populações trabalham nos mais importantes setores da economia mineira. Nessas regiões, por fatores diversos, as condições sanitárias deixam a desejar. Sanar essas falhas, estendendo a assistência médica de maneira mais ampla à massa da população, entra agora nas cogitações do Governo de Minas, que nesse sentido já elaborou um vasto plano de ação" (104).

O apoio político ao novo programa sanitário, segundo o que se constata, fundava-se apenas aparentemente na eficácia que o mesmo pretendia alcançar; sua motivação central, nem sempre explicitada, parece ter sido o reconhecimento dos limites da intervenção do Estado. Restringindo sua ação à melhoria das condições sanitárias, o governo de Minas buscava uma resposta às exigências sociais, ao mesmo tempo em que mobilizava os sanitaristas como aliados potenciais. A adesão destes, por sua vez, consolidaria os limites dentro dos quais se daria a ação

oficial. Do ponto de vista dos sanitaristas que, através da atuação no setor público, buscavam formar-se como grupamento com identidade própria, o processo viria reforçar a dimensão técnica de sua prática. Tal reforço significaria, no entanto, o abandono de uma compreensão da saúde como problemática social, condicionada por fatores de ordem econômica e política. Limitavam-se os sanitaristas à formulação de respostas técnicas especializadas, em detrimento de eventuais propostas mais abrangentes de mudança das condições gerais de vida.

Na conjuntura de 1946/47, as propostas dos sanitaristas do recém-organizado Departamento Estadual de Saúde ganharam notoriedade, tendo assegurado apoio político-administrativo para o início da contratação do pessoal que preencheria os cargos criados, e para a instalação das novas unidades sanitárias. Mas a implementação das medidas da reforma sanitária não passaram imunes ao processo político de organização partidária e de preparação das eleições para os poderes executivo e legislativo, realizadas no início de 1947. Mesmo com a adesão de diferentes organizações da sociedade - tanto de órgãos de classe e científicos, quanto de instituições oficiais - que se manifestavam publicamente através da imprensa (105), a reforma nesse período sofreria seu revés, tendo sido questionada quanto ao partidarismo no processo de nomeação de médicos. A direção do Estado estava entregue a partidários do Partido Social Democrático (PSD) (106), partido de sustentação do Presidente eleito, que ainda ao longo de 1946 nomeara interventores para a administração dos estados. Levantou-se a suspeita de que o aumento do número de cargos e a criação de

novas unidades sanitárias estivessem a serviço daquela organização partidária. Através da imprensa o governo trataria de revidar, utilizando-se de matéria na Folha de Minas intitulada "Os cargos públicos no Governo de Minas estão abertos a todos os homens capazes":

"De 101 médicos nomeados, promovidos ou reclassificados no D.E.S. quase a metade subscreveu o manifesto a favor da candidatura do Brigadeiro Eduardo Gomes (...) A nomeação desses médicos não está, como se percebe, de acordo com a política arbitrária que, segundo os referidos oposicionistas, vem norteando a ação do atual Chefe do Executivo de Minas. Evidentemente que, ao nomeá-los, o Sr. João Beraldo distinguiu figuras dignas de todo o nosso respeito e a nossa admiração, pela sua competência profissional e pelos seus inegáveis conhecimentos científicos. São mineiros honrados e médicos ilustres que já estão prestando ao D.E.S. serviços relevantes, cooperando, desse modo, para o bem estar da coletividade. O fato de no dia da eleição terem assinado um manifesto recomendando a candidatura do major brigadeiro Eduardo Gomes não impediu que seu concurso fosse aproveitado e que o Interventor João Beraldo os nomeasse para um setor dos mais importantes do seu programa de governo. Tanto que muitos deles exercem ali um cargo de confiança. E isto, para as pessoas honestas e amantes da verdade, deve constituir um documento eloquente para a isenção de ânimo e de elevação de propósitos do ilustre mineiro que em boa hora o Presidente Dutra chamou para o governo de nosso Estado. E nem se diga que o restante dos cargos existentes foi preenchido com elementos ligados ao PSD pois pertencentes a essa agremiação partidária muitos existem, é claro, mas deve-se descontar também os apolíticos, que não se filiaram a partido algum. Se fizermos bem os cálculos, dando para os apolíticos, um número razoável de 20 - e não é muito- temos a seguinte conclusão: partidários da UDN, 43; partidários do PSD, 38; apolíticos, 20; total 101. Como, pois, estar o Governo Estadual nomeando apenas elementos do PSD? Toda a crítica formulada nesse sentido não passa, pois, como se via, de manobra de elementos preocupados em turvar as águas para melhor agirem em interesses pessoalíssimos" (107).

Se a reforma sanitária de 1946 pôde ser traduzida em medidas práticas imediatamente após a sua decretação, isso se deve, sem

dúvida, ao expressivo apoio que recebeu; por outro lado, não há como desconsiderar a politização da questão da saúde pública, tomada nesse momento como espaço privilegiado de disputa partidária. Através do emprego de médicos, profissionais historicamente vinculados à política (108), a Saúde Pública estabelecia sua base de atuação junto ao poder local, ao mesmo tempo em que se abria para a participação no jogo político. Foi relevante, após a queda da ditadura em 1945, a participação de profissionais de saúde no poder político partidário. Como demonstra David Fleischer, médicos, dentistas e farmacêuticos, como "profissões notadamente voltadas para a arregimentação de clientelas nas pequenas e médias cidades no interior mineiro" (109), nos quadros do PSD, reforçariam o retrato do clientelismo partidário. De outro modo, organizados na Saúde Pública, esses profissionais trabalhariam para a viabilização da Reforma, num processo em que, somando forças à estrutura partidária no poder, reforçariam a organização sanitária. Como prova disso, ainda em 1946, na implantação do novo programa, verificou-se um rápido e significativo crescimento do quadro de pessoal, sem o correspondente aumento do número de unidades sanitárias. Tal situação, típica de momentos de intensa mobilização político-eleitoral, só foi esclarecida publicamente em 1947, após a eleição para o governo de Minas e para a Assembleia Legislativa. De fato, mesmo com a vitória do candidato udenista ao governo do Estado, as propostas da Reforma de 1946 seriam assumidas na íntegra, como parte do novo programa de ação governamental. Tratou-se, no entanto, da revisão das nomeações de pessoal para

as unidades não instaladas: uma das primeiras medidas do governo eleito consistiu na disponibilidade não remunerada de todos os profissionais nomeados previamente à instalação de serviços (110). Isto repercutiu na Assembleia Legislativa, que exigiu explicações ao Departamento Estadual de Saúde. Ainda em julho de 1947, o Diário da Assembleia publicou a informação fornecida pelo Diretor deste Departamento, Dr. Mário Mendes Campos, contendo o número de nomeações ocorridas no período das Interventorias, a partir de Nísio Batista até Alcides Lins, como discriminado no quadro abaixo. Esclareceu-se que as nomeações, embora feitas para provimento de vagas existentes, ou para preenchimento de cargos criados com a reforma de 1946, obedecendo a necessidades públicas e em correspondência à criação de serviços, tiveram lugar, muitas delas, antes da instalação efetiva dos serviços (111).

Servidores nomeados e admitidos pelo governo de Minas Gerais, para o Departamento Estadual de Saúde, 1946 a 1947.

INTERVENTORIA	SERVIDORES NOMEADOS (cargos_vagos)	SERVIDORES ADMITIDOS (extranumerários)	TOTAL
Nísio Batista	55	55	110
João Beraldo	272	70	342
Julio de Carvalho	109	7	116
Noraldino Lima	113	14	127
Alcides Lins	298	119	417
TOTAL	847	265	1112

Considerando que João Beraldo, entre os demais Interventores, permaneceu no poder durante um maior período (6 meses), surpreende o número de nomeações realizadas em tão curto espaço de tempo. Isto vem comprovar a utilização da Saúde Pública como

instrumento de poder político partidário, tendo as propostas da reforma de 1946 cumprido importante papel, na medida em que forneciam um contorno técnico-científico aos interesses partidários.

4.1 - A Saúde Pública e o Plano de Fomento da Produção

Eleito Milton Campos em 1947 para o executivo estadual, logo após a sua posse, em março deste ano, o governo iniciou a formulação de um abrangente plano de trabalho que visava o progresso econômico e social. O plano viria constituir-se como instrumento norteador da política de governo, sem o qual o Estado não poderia "bem administrar os negócios públicos, nem atender os legítimos reclames do povo", conforme declaração oficial (112). Designado "Plano de Recuperação Econômica e Fomento da Produção", o novo programa de governo, através da utilização do planejamento, pretendia preparar a infra-estrutura de suporte ao desenvolvimento da industrialização, como meio de superação do atraso econômico em que se encontrava Minas Gerais, relativamente a outros estados brasileiros. Partindo de um diagnóstico segundo o qual "povo e Estado se acham esgotados, em consequência da atuação prolongada de fatores negativos" (113), o programa proposto previa a recuperação da economia, concentrando-se os investimentos nos setores de energia e transporte. A implementação de medidas de apoio à industrialização deveria ser, por sua vez, segundo a proposta do Plano, complementada por um programa de "recuperação do homem" tomado como "unidade econômica, no planejamento da economia do Estado" (114).

Ressaltando a "necessidade de melhoria do rendimento do trabalho humano como fator de produção", dado que causas vinculadas ao meio físico e à ordem social, como as provocadas por endemias e por subnutrição, seriam as responsáveis pelo declínio da atividade humana, o Plano trataria de detalhar ações nos campos educacional e da Saúde Pública.

No que se refere aos programas relacionados à saúde, o Plano de Fomento da Produção discriminaria propostas de: "assistência ao trabalhador", "ensino agrário ambulante, missão de assistência médica e censitária" e "saúde pública".

Através do programa de "assistência ao trabalhador", o poder público estadual asseguraria ao homem do trabalho, merecedor "por todos os motivos (de) atenção especial do Estado", cuidados não dispensados pela previdência social, como a caderneta para o trabalhador rural, além de facilidades para obtenção de trabalho, casa própria e alimentação (115). Para a viabilização deste programa foram previstos recursos da ordem de vinte milhões de cruzeiros. Explicitou-se a necessidade de desenvolvê-lo em estreita cooperação com organizações como o SAPS (no caso da alimentação), SESI, SESC e empresas privadas, como de fato ocorreu, segundo registro na imprensa (116).

Já a instituição da "caderneta do trabalho" - com o objetivo de "registrar os direitos do trabalhador rural e ao mesmo tempo assinalar as suas obrigações perante o proprietário da terra, de tal forma que as partes contratantes conheçam facilmente os direitos e deveres recíprocos" (117) - parece não ter

ultrapassado os limites de sua intencionalidade, não chegando a tornar-se medida de aplicação generalizada, nem tampouco de exigência legal.

Quanto ao programa de "Ensino agrário ambulante, missão de assistência médica e censitária", a proposta do governo consistiria em levar a todo o estado "a campanha da saúde paralela ao ensino ambulante: um médico sanitarista e um enfermeiro acompanharão sempre os professores, educando e orientando a gente do campo, ensinando como evitar a mortalidade infantil, como promover o combate às verminoses, como aplicar os socorros de urgência e prevenir as epidemias e endemias" (118). O deslocamento do pessoal vinculado à missão se daria através de comboios ferroviários que percorreriam as linhas da Central do Brasil e da Rede Mineira de Viação pelo Oeste de Minas. De fato, o "Minas Gerais", entre 1947 e 1950, publicaria relatórios e correspondências sobre o andamento deste programa, executado a princípio de forma conjunta por técnicos da Secretaria de Agricultura e do Departamento Estadual de Saúde. Sobre a primeira viagem do Comboio de Ensino Agrário Ambulante, o "Minas Gerais" teceria elogiosas observações, a partir de comentários do relatório dos médicos Hermes de Paula, João Valle Maurício e Raimundo Poincaré Deusdará, da Delegacia Sanitária de Montes Claros, que acompanharam a missão pela linha norte da Central do Brasil:

"O Serviço Médico-Censitário, trabalhando lado a lado com os agrônomos e veterinários do Ensino Agrário, realiza realmente um grande trabalho de reerguimento de nossas forças econômicas, procurando assistir da melhor maneira possível às populações rurais, que ainda não

dispõem de assistência sanitária conveniente. A esse respeito o trabalho evidencia uma dupla finalidade: uma é a de censo, através da qual se chega a um conhecimento positivo da realidade de nosso meio rural no que diz respeito ao aspecto sanitário; e outra, de assistência propriamente dita, pois ao mesmo tempo em que faz exames das populações, disseminando entre elas hábitos de vida higiênica, os médicos da missão distribuem medicamentos e procedem à vacinação em massa (antitífica e antivariólica) (...) Todos os relatórios enviados evidenciam ainda o entusiasmo de que se acham possuídos todos os técnicos da Missão de Ensino Agrário Ambulante e Médico-Censitário. Este entusiasmo, no entanto, não é somente dos da Missão, todos certos da relevância do trabalho que desenvolvem, como também da parte da população e das autoridades locais, que os recebem atenciosamente, prodigalizando ao serviço toda a sorte de facilidades. Vários prefeitos e particulares têm cooperado eficientemente com a Missão inclusive fornecendo medicamentos quando lhes faltam no carro. E por toda parte se forma o ambiente mais propício para que a Missão execute cabalmente a relevante tarefa social e econômica para a qual foi criada. O êxito da primeira viagem da Missão pela linha Norte da Central do Brasil faz prever realmente os grandes e proveitosos resultados que essa inteligente iniciativa do Governo mineiro poderá ter para Minas, com a sua continuidade e com o reforço de seus recursos" (119)

Ao final de 1949, tendo completado dois anos consecutivos de atividades, o programa de "Ensino agrário ambulante, missão médica e censitária", depois de realizar mais de cinquenta missões, visitando 418 municípios e atendendo cerca de 136.000 pessoas, conforme relatório do Dr. José Leão, chefe da equipe do Comboio Agrário (120), teria como seu grande atrativo a assistência médica. Assumida integralmente pela Secretaria de Agricultura, já que a Saúde Pública se afastara do programa logo depois das primeiras missões em 1947, a atividade de assistência à saúde propiciava consulta médica e distribuição gratuita de medicamentos e vacinas. Dada a situação de carência de recursos nas áreas rurais, isto levava o povo a aglomerar-se nas sedes de Associações Rurais, em Grupos escolares ou praças públicas, onde

quer que se instalasse o Comboio Agrário.

Mesmo tendo tal iniciativa recebido elogios por parte de autoridades estaduais e municipais, como demonstram as notas publicadas na imprensa (121), os técnicos e as chefias do Departamento Estadual e, posteriormente, da Secretaria de Saúde e Assistência, não chegaram a se entusiasmar com a proposta, tendo apelidado a missão de "trem da alegria". Sua crítica fundava-se no caráter descontinuo e assistemático do programa:

"Saúde Pública é um trabalho de continuidade, não adianta chegar um vagão lá com assistência, atender, dar vacina e tal. E depois? Vai embora, fica um dia ou dois, uma semana e vai embora...O trem da alegria era uma festança, quando o trem chegava não é? Era realmente uma festança. Mas não havendo continuidade..." (122)

Assim, na perspectiva dos sanitaristas, o Plano de Fomento da Produção, a ficar restrito a ações de assistência médico-social, através de missões ambulantes, seria levado ao fracasso. Com efeito, já a proposta original do Plano reconhecia que "há no campo da saúde pública alguns problemas de transcendente importância social e econômica que estão a exigir adequada e rápida solução" (123). Entre esses problemas foram mencionados: saneamento urbano e rural, controle de doenças transmissíveis - mormente as que estão sob a influência de fatores sociais, como a tuberculose, a lepra e as grandes endemias (malária e verminoses) - além da assistência médico-social em seus múltiplos domínios (124). Para o enfrentamento desses problemas, o Departamento Estadual de Saúde elaboraria uma programação com o objetivo de ampliar progressivamente a rede de Centros de Saúde e Postos de

Higiene, combater de modo sistemático as endemias rurais e promover contínua luta contra a tuberculose e a lepra.

O programa de expansão de unidades sanitárias, que se iniciara logo após a reforma de 1946, tendo como resultado a inauguração de serviços na Capital e no interior, ainda neste ano e no início de 1947 (125), incorporando-se ao Plano de Fomento da Produção, alcançaria diferentes regiões do estado, cobrindo ao final dos anos 50 um total de 160 municípios (126).

Relativamente ao combate às endemias rurais, previsto também no Plano de Fomento da Produção, o governo daria prioridade à malária, instituindo uma campanha com o apoio do Serviço Nacional de Malária do Ministério da Educação e Saúde que, a essa altura, já havia comprovado a eficácia da utilização do DDT, como arma profilática. Segundo relatou o Dr. Armando Santos:

"O Plano de Recuperação Econômica do Estado previa a intensificação da agricultura nas áreas férteis, que era por coincidência a área da malária. Foi quando eu propus (...) estava na direção do Departamento e assisti a um Congresso de Higiene no Rio em que se relataram os primeiros resultados da aplicação do DDT no combate ao mosquito transmissor da malária, (...) ao diretor do Serviço Nacional, Pinotti (que depois foi Ministro da Saúde) estudar um plano de combate à malária. Nós estávamos muito impressionados com o Plano de Recuperação Econômica e poderia acontecer em Minas o que aconteceu na estrada de ferro Madeira Mamoré, em que, diz a lenda, cada dormente da estrada de ferro representa um trabalhador morto de malária. Em Minas vai acontecer a mesma coisa se não houver uma providência" (127).

Assinado convênio com a União, ainda em 1948, foram iniciados os trabalhos de dedetização das áreas malarígenas de Minas Gerais, incluindo as bacias dos rios Grande, Paranaíba, Jequitinhonha,

Mucuri, Pardo e Doce. O controle da malária na região do rio São Francisco, a princípio a cargo da Comissão de Recuperação do Vale do São Francisco, por indicação da Assembléia Legislativa, dada a insuficiência de recursos alocados por esta comissão, foi incluído na área a ser protegida através do convênio. Além da dedetização dos domicílios das zonas malarígenas do estado, a campanha anti-malárica desenvolveu intenso programa terapêutico. Foram montadas 1468 unidades distribuidoras de medicamentos por todo o território mineiro e fornecidos gratuitamente centenas de milhares de comprimidos de "Aralen", o "miraculoso específico do impaludismo", que apresentava "magníficos resultados clínicos", conforme noticiou a imprensa (128).

Do ponto de vista técnico, essa experiência de dedetização, uma das primeiras realizadas em grande escala, firmou diretrizes para o Serviço Nacional de Malária e serviu de escola para os que executariam os futuros empreendimentos em todo o Brasil, segundo o relatório de Olímpio Silva Pinto, Chefe da Sétima Circunscrição do S.N.M. (129).

Em termos políticos, o programa de combate à malária contribuiria para a aglutinação de forças de diferentes correntes partidárias em torno das propostas de governo, em especial da Saúde Pública. Interessava sobremaneira aos políticos que representavam o poder agrário, o controle da endemia, que contribuía para a desvalorização de suas terras, sujeitas aos "prejuízos incalculáveis que a malária acarreta para Minas, tendo em vista a sua preferência pelas zonas rurais, onde entrava a expansão da agricultura, comprometendo o desenvolvimento econômico e agrícola

do Estado, concorrendo enfim para o declínio da organização rural" (130).

Na Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, o governo encontrou, desse modo, todo o apoio necessário à aprovação do convênio celebrado entre o Estado e o Ministério da Educação e Saúde. Formularam-se inclusive elogios quanto à política adotada de controle da endemia através de campanha, com unidade de comando, obedecendo a plano e execução únicos, com recursos - federais, estaduais ou municipais - supervisionados ou manejados pela União (131). Convencidos dos resultados positivos da campanha, seja por verificação direta nas zonas onde a dedetização fora iniciada (132), seja por conhecimento dos primeiros relatórios técnicos da Saúde Pública, os deputados procuraram interferir na definição das áreas a serem atendidas pelo convênio. Foi o caso da região do São Francisco, que acabou tendo tratamento especial no desenvolvimento da ação de combate à endemia. Em resposta aos benefícios recebidos, os políticos do norte mineiro promoveram uma significativa homenagem ao Diretor do Serviço Nacional da Malária, Mário Pinotti, em Montes Claros, por ocasião da assinatura de convênios entre este serviço e sete municípios do Alto São Francisco - Espinosa, Coração de Jesus, Buenópolis, São João da Ponte, Bocaiúva, Francisco Sá e Montes Claros, além de Virgem da Lapa e Cordisburgo. A notícia sobre esse acontecimento, publicada no "Minas Gerais", expressava a dimensão das forças políticas que apoiaram a campanha anti-malária:

" Após a assinatura dos nove convênios, usou da palavra o Dr. Alfeu Quadros, prefeito de Montes Claros, que se congratulou com o Serviço Nacional de Malária e com seu diretor pelo êxito da campanha de profilaxia da malária que vem realizando em todo o país, marcando um novo ciclo na vida econômica e política de extensas regiões brasileiras, hoje graças ao DDT, livres das ameaças dos anofelinos e prestes a lograrem novo estágio de progresso e civilização. Respondendo à saudação feita o Dr. Mário Pinotti discursou, a seguir, significando o júbilo de que era possuído por ver o prosseguimento vitorioso da campanha pela desinsetização geral, de que Minas se tornou pioneira no Brasil, em face do êxito das dedetizações das áreas malarígenas do Estado (...) O diretor e os altos funcionários do S.N.M. foram a noite homenageados num restaurante local onde lhes foi oferecido um jantar. Nessa oportunidade, o Deputado Milton Prates dirigiu eloquente saudação ao Dr. Mário Pinotti, relevando a fundamental importância de que se reveste para o futuro da civilização brasileira a magnífica cruzada de redenção sanitária de que se tornou o general em chefe no Brasil. O homenageado agradeceu a seguir a homenagem, em palavras de confiança no progresso do interior mineiro. No dia seguinte nova homenagem foi prestada aos dirigentes da campanha anti-malarígena. Desta feita o local foi a fazenda "Caraíba" de propriedade do Deputado Geraldo Ataíde, situada às margens do rio Verde Grande que, com as dedetizações, está iniciando no momento uma fase de grande e promissor desenvolvimento demográfico e econômico, livre como ficou da ação nociva dos anofelinos que até há pouco estabeleciam uma zona proibida naquele trecho do território mineiro" (133).

Se entre os dirigentes da Campanha, a nível nacional, e os políticos estaduais, estabeleceu-se um profícuo relacionamento, o que permitiu a agilização das medidas implementadas, o mesmo poderia ser dito das relações entre técnicos estaduais e a classe política. Ao que parece, tal relacionamento transcorreu livre de problemas ou constrangimentos. Havia de cada parte uma definição precisa de posições, com o objetivo comum de, através da campanha de combate à malária, valorizar o interior do estado, reduzindo os seus vazios demográficos e incentivando a fundação e estabilidade de núcleos rurais, o que concorria para evitar o

êxodo do trabalhador rural (134). Entre os políticos, foi consensual a observação sobre a necessidade de que a distribuição do medicamento não se tornasse objeto de propaganda política, dela se encarregando pessoas de todos os partidos, indistintamente (135). Os técnicos, por sua vez, definiram como critério geral do serviço, que os pedidos de admissão para os trabalhos de dedetização, feitos por prefeitos e deputados, seriam preferencialmente acolhidos, embora nunca se atendessem solicitações de readmissão de elementos que não tivessem satisfeito às necessidades do serviço (136).

Ao final de 1949, com o término do convênio entre o Estado de Minas Gerais e o Governo Federal, seria divulgada pela imprensa a mobilização de deputados e outros políticos contra a interrupção da campanha de combate à malária. A defesa em prol da manutenção dos serviços de controle da endemia fundava-se na avaliação dos benefícios econômicos e sociais já alcançados. O Secretário de Saúde Baeta Viana havia exposto em outras oportunidades o objetivo do governo de reformular o serviço de endemias rurais do estado, cujo funcionamento mostrava-se inadequado, substituindo os Postos de Higiene Especializados, de natureza fixa e com campo de ação extremamente limitado, por Unidades Sanitárias Ambulantes, com pessoal especialmente contratado, especializado na matéria e melhor remunerado (137). Diante daquela manifestação de apoio, o Secretário voltaria a público, chamando a atenção para a necessidade de o Estado assumir, de modo permanente, o serviço de combate à malária. Segundo o Secretário, tal serviço deveria ser provido de recursos materiais e dotado de liberdade

de ação e de direção técnica competente, condições básicas determinantes do sucesso alcançado pela campanha anti-malárica, executada graças ao convênio com o Serviço Nacional (138).

A instituição de serviços permanentes de Saúde Pública - seja os Centros e Postos de Saúde propriamente ditos, seja os Serviços de Profilaxia das Endemias - como objetivo das reformas sanitárias desde o final dos anos 20, representaria ainda motivo de luta para os sanitaristas. O poder público neste período de governo, a despeito de todas as suas realizações, ficava ainda devedor de uma mudança qualitativa nas políticas de saúde.

4.2 - Ensaio de uma nova política sanitária, 1948/1950

Reconhecendo as dificuldades de superação da situação, tornada crônica, de insuficiência de recursos destinados ao setor saúde, a direção da Secretaria de Saúde inauguraria a política de acordos e convênios com a iniciativa particular, como alternativa possível à melhoria da assistência médica no estado. No caso específico da assistência hospitalar, a proposta preconizada pelo governo partia de um diagnóstico segundo o qual a participação do governo nesse campo era quantitativamente insuficiente (139). Do ponto de vista qualitativo, era caracterizada como a "pior de todas as medicinas", exercida por médicos "funcionários, escravizados nos expedientes burocráticos". Um quadro realista da situação hospitalar foi traçado pelo Secretário Baeta Viana na exposição de motivos ao projeto de subvenção a instituições de saúde e assistência, encaminhado ao Legislativo:

"Os hospitais regionais do Estado , de regionais só tem

o nome. Não servem às populações rurais na extensão dos benefícios para que foram criados. Servem sobretudo à população local e como Casas de Saúde ao exercício da clínica particular. Estou certo de que nas instituições de assistência hospitalar beneficentes da iniciativa particular encontram-se mais ordem, mais asseio, mais dedicação, mais trabalho, mais economia, mais proveito e até mais honestidade do que nas similares oficiais" (140).

Tal ordem de motivações propiciou a concretização de um programa de subvenção a instituições sem fins lucrativos, cujos objetivos originais abrangiam: o fomento à criação de hospitais, pela iniciativa particular ou conjunta à oficial; o apoio à manutenção das instituições já existentes, a ampliação e a modernização de suas instalações, bem como a racionalização administrativa, com a introdução de novos métodos de terapêutica e o reforço ao seu corpo clínico e de enfermagem técnica (141).

A execução desse programa, no entanto, apresentaria desde o seu início dificuldades quanto ao controle da distribuição de recursos entre as instituições hospitalares. Logo após a aprovação do projeto de lei pela Assembléia Legislativa, críticas contundentes foram lançadas, pelos deputados, às rigorosas condições estabelecidas pelo Secretário da Saúde e Assistência, Baeta Viana, para recebimento da subvenção. Alegando que as exigências impostas pelo Secretário da Saúde, através de circular aos diretores de estabelecimentos hospitalares, criaria obstáculos ao cumprimento da lei, os deputados defenderiam a simplificação da forma de se obter o financiamento oficial, de modo a não se colocar em dúvida a honestidade de pessoas e organizações (142).

A polêmica não impediu o prosseguimento do programa de subvenção hospitalar, que chegaria ao final dos anos 50 com toda sorte de problemas acumulados, desde a sua definição original pelo governo Milton Campos. Essa polêmica, travada no âmbito do Legislativo Mineiro, daria indicações dos constrangimentos enfrentados pelo setor público, quando a iniciativa particular, chamada a cooperar com o governo, na busca de fazer valer os seus interesses, contribuiria para tornar ainda mais complexo, e de difícil administração, o campo das forças políticas representadas no Estado.

Além dos programas de expansão das unidades sanitárias, controle de endemias, especialmente a malária, e assistência médica hospitalar, o governo Milton Campos daria grande impulso à formação de técnicos especializados em saúde.

Exigindo relativamente poucos recursos, o programa de formação técnica tornar-se-ia espaço privilegiado de ação. A Secretaria de Saúde e Assistência, livre de ingerências ou pressões de grupos externos à Saúde Pública, responderia pela definição global de sua programação, tanto em termos da clientela alvo, quanto dos conteúdos e métodos de ensino. Além disso, esse programa atenderia às necessidades de pessoal especializado para a implantação das novas unidades sanitárias e para a execução dos serviços especiais, como o de controle da malária (143).

Seria no interior do próprio governo que o programa de formação técnica encontraria sustentação política, diferentemente dos outros projetos da Saúde Pública, cancelados pelo Legislativo

Mineiro. Já instituída por decreto, a Escola de Saúde Pública, conforme mencionado no capítulo anterior, além do apoio técnico proveniente de órgãos federais, como o Ministério da Educação e Saúde, dependeria de recursos consignados no orçamento da Secretaria de Saúde e Assistência para a realização de seus cursos. O aporte financeiro a essa programação, por sua vez, indicaria uma nova orientação na política sanitária, impressa na determinação de que uma unidade de saúde deveria iniciar-se "com a plena consciência de suas responsabilidades" e isso somente se conseguiria se lhe fosse designado "pessoal esclarecido no trato dos problemas fundamentais da saúde pública" (144). Na afirmação do Secretário Baeta Viana, a mudança na política de saúde pública, como parte do projeto político do governo, enquadrava-se "no espírito de regeneração de costumes que anima o atual governo em todos os setores da administração pública, honrando aquele que, para felicidade do nosso povo, faz a política com todas as letras maiúsculas" (145).

As novas diretrizes da Saúde Pública, ao articular formação técnica e recuperação moral entre as prioridades da administração pública, visariam um posicionamento original frente à ineficiência dos serviços sanitários. Esta já se tornara de conhecimento geral, seja pela precária condição de funcionamento dos serviços, faltando equipamentos, medicamentos e outros materiais necessários ao atendimento da população, seja pela falta de pessoal qualificado, como sugeria a imprensa na época (146). De fato, as falhas no funcionamento das unidades sanitárias seriam atribuídas, na perspectiva do governo eleito,

ao processo de constituição desses serviços, marcado indelevelmente pelos constrangimentos políticos de um regime autoritário:

"Falta a todas as unidades que se constituíram sob a inspiração de uma falsa organização sanitária, a competência científica para avaliar a gravidade dos problemas sanitários gerais e locais e força moral para providenciar medidas de proteção e salvamento às populações sobre as quais exercem a sua jurisdição" (147).

O novo governo optaria por suprir a falta de "competência científica" nas unidades sanitárias com a especialização técnica de seus dirigentes; a sustentação moral, de outro modo, estaria fundada em sua legitimidade, fruto do voto popular, o que o diferenciava do período político anterior. Como salientou Baeta Viana na inauguração do Posto de Higiene de Alfenas:

"Confessemos de público o nosso intenso júbilo por esta manifestação dada pelas administrações municipais de soerguimento da consciência de seus deveres cívicos, após um decênio de ominosa indiferença e de insensibilidade moral criadas pela influência maligna da ditadura. Não obstante as condições atualmente adversas, corre por todos os quadrantes do Estado um sopro vivificador de progresso que impulsiona as iniciativas oficiais e as privadas para a realização dos ideais de conforto material e aperfeiçoamento social. A criação deste Posto constitui uma esplêndida afirmação de uma nova era de revigoração das liberdades públicas, em que os dirigentes, emanados da vontade popular, participam com as multidões das suas angústias e sofrimentos e dos seus anseios de progresso" (148)

A nova conjuntura política, bem como a redefinição das políticas de Saúde Pública ocorrida no governo Milton Campos, contribuiriam para a realização de mudanças nos cursos de especialização da Escola de Saúde Pública. Redefiniram-se os seus objetivos e clientela, conforme uma proposta que buscava redimensionar o

fazer do sanitарista.

Com relação ao período anterior, imediatamente após a reforma de 1946 e a institucionalização da Escola de Saúde Pública, em que se chegou a organizar dois cursos regulares de especialização em Saúde Pública (1947 e 1948), ressaltam, à primeira vista, alterações quanto: à clientela dos cursos, constituída entre 1949 e 1950, basicamente por doutorandos em Medicina em lugar dos médicos funcionários do Departamento Estadual de Saúde e chefes dos Centros de Saúde; e à duração, tendo a forma intensiva substituído o curso básico de um ano letivo, de acordo com as informações consolidadas nas tabelas I e IV do primeiro capítulo.

Essas alterações, na verdade, refletem a redefinição dos objetivos dos cursos de Saúde Pública, conforme explicitado pelo Secretário Baeta Viana, ao defender a formação, como sanitарistas, de médicos jovens, estranhos ao quadro da saúde. O Secretário assim se justificou:

"Dificilmente se conseguiria imprimir a um temperamento clínico, por longos anos inveterado na prática da medicina individual, o mesmo interesse que pela medicina pública. O direito adquirido pelo exercício do cargo, durante anos, confere aos seus ocupantes uma certa imunidade contra a imposição das exigências curriculares e acaba por influir na administração do ensino das disciplinas, na severidade de julgamento dos examinadores, de modo a conduzir a um relaxamento do nível de cultura nos cursos, com tendência a desmoralizá-los no seu objetivo de reforma das mentalidades. Há dentre elas as irreformáveis, por incapacidade de adaptação às novas funções para as quais faltam as tendências vocacionais (...) Ao invés de oficina de reparação e de conserto de mentalidades o curso de saúde pública deverá forjar peças novas, inteiriças e de boa têmpera que se ajustem com perfeição aos mecanismos da ação social" (149).

De fato, com essa proposta, a Secretaria de Saúde e Assistência pretendia contrapor um tipo de formação - baseada nos "conhecimentos modernos da técnica (sanitária) e nos princípios da medicina social" - à forma usual de admissão no serviço público, qual seja a nomeação por critérios político-clientelistas. Em mais de uma oportunidade mencionou-se a necessidade de revisão dos processos de incorporação de médicos sanitарistas aos quadros da Secretaria de Saúde, a qual "não poderia continuar a fazer-se à mercê das contingências políticas" (150). A alternativa, desse modo, seria dada pela especialização técnica, definida como condição necessária e imprescindível à nomeação, tendo em vista a constituição de um quadro original (as "peças novas"), composto somente por "autoridades competentes", que se responsabilizariam pela direção das unidades locais de saúde. Essa proposição, ao vincular competência e conhecimento técnico-científico, como fundamento do exercício de autoridade, daria ao grupamento dos novos sanitарistas, pelo menos aparentemente, uma posição de neutralidade frente às disputas político-partidárias presentes na maioria dos municípios. Representaria também a superação dos modelos antigos de Saúde Pública, em que a autoridade sanitária se fazia na base da coerção e da força policial.

Com a reformulação dos objetivos dos cursos de especialização, a Secretaria de Saúde anteciparia o seu projeto de redimensionamento do trabalho sanitário, centrando na figura do sanitарista, dirigente de unidades locais, o novo fazer em Saúde Pública. Com efeito, a produção desse novo fazer contaria com a

retomada da visão higienista, assimilando-se a noção de "missão" ao sanitарista recém-especializado, sobre o qual pairava a expectativa de enfrentamento do gravíssimo quadro sanitário prevalente no estado:

"A perspectiva da saúde pública em Minas faz parte do panorama desolador das condições sanitárias comuns a todo país. O higienista que se defronta com a nossa realidade terá que revestir-se da tѐmpera inquebrantável de um herói e do espírito missionário de um predestinado, para não se deixar devorar pelo desânimo ante a extensão e a profundidade abismal dos problemas quase insolúveis da nossa patologia" (151).

A qualificação do trabalho sanitário como "missão", recorrente na história das políticas de saúde pública, parece, nesse caso, reconceituada em termos de sua identificação com o processo de profissionalização do médico que se dedica à saúde pública, particularmente no que se refere às condições de formação e especialização técnica. Difere de outros momentos históricos, em que se caracterizava o higienista como o médico que se desprofissionalizara, em função do mérito da obra sanitária.

Todo o esforço realizado na programação de cursos de formação técnica, na perspectiva do governo, seria compensado pela missão "esclarecida" dos sanitарistas, atuantes em espaços cada vez mais ampliados do território do estado. De outro modo, realçando-se a noção de que à missão da Saúde Pública cabia o compromisso - social, porque moral - de mudança do quadro sanitário, o governo traçaria o objetivo comum, em torno do qual os sanitарistas se integrariam, como um corpo articulado e ideologicamente homogêneo. Assim corporificada, a missão sanitária receberia do

governo a tarefa de fazer valer soluções técnicas para a mudança das condições de saúde, o que, por sua parcialidade, levaria ao escamoteamento da complexidade dos problemas de saúde. Este trabalho, na prática, contribuiria para a representação abstrata da realidade, servindo o sanitарista à ideologia dominante.

Outra face do trabalho sanitário reforçada nesse período, em estreita vinculação com a dimensão ideológica, seria a ação pedagógica do profissional de saúde pública, muito embora a sua especialização não estivesse voltada para o estudo de outras disciplinas, que não as estritamente técnicas, como as que tratassem de uma abordagem integradora de educação e saúde. Tanto os discursos oficiais, quanto relatórios e correspondências das chefias das unidades sanitárias inauguradas pelo governo, dariam destaque a esse aspecto da prática do sanitарista. O pronunciamento do Secretário Baeta Viana exemplificaria também esse enfoque:

"Cumpre aos sanitарistas que receberam os conhecimentos modernos da técnica e se instruíram nos princípios da medicina social, investirem-se da ação de agentes modificadores do meio e de construtores de uma mentalidade higiênica das massas, pela demonstração da eficácia dos métodos de profilaxia e pela campanha educativa simultânea" (152).

Já na rotina dos serviços de saúde localizados nos municípios, a tomar pelos relatórios publicados na imprensa, o trabalho educativo ocuparia a maior parcela de sua programação, o que se pode verificar pela contabilização dos resultados alcançados. Estes abrangiam um sem-número de palestras realizadas, impressos distribuídos, artigos publicados na imprensa local, bem como

visitas domiciliares, inspeções a prédios escolares, exames médicos em alunos e outras atividades concernentes à educação sanitária, higiene infantil e escolar (153).

Por outro lado, o redimensionamento do trabalho sanitário, como proposição do governo Milton Campos, não deixaria de considerar a experiência acumulada pela organização de Saúde Pública, no interior da qual os sanitaristas, por vocação ou carreira,

"com a têmpera enrijecida no contato de todos os nossos problemas de Saúde Pública (...) armazenaram uma considerável soma de conhecimentos de nossa nosografia, de nossos problemas de saneamento e de profilaxia, focalizados em relatórios e protocolos, condensados em estatísticas e aqui estão em perfeita noção de conjunto, permanentemente devotados ao estudo e às soluções que lhes comportam" (154).

O significado do potencial de articulação entre experiência prática e conhecimento técnico, característico do trabalho do sanitarista, não teria sido, desse modo, desprezado pelo governo. Ao contrário, ao captar a riqueza de significações de uma prática que se pretendia globalizadora, o governo tomaria a si a tarefa de redimensioná-la, começando por reforçar sua dimensão ideológica e educativa. Chegava a atribuir à prática sanitária papel de destaque no programa de governo que visava a recuperação econômica e social do estado. Colaboradores na ação social, os sanitaristas se integrariam ao processo de "revigoração das liberdades públicas", como afirmava o Secretário Baeta Viana. A administração pública abria-se como espaço para sua organização, em princípio enquanto grupamento técnico, com possibilidade de vir a ser força política.

4.3 - A Saúde Pública no cenário político de 1947 a 1950

A transformação do Departamento Estadual de Saúde em Secretaria de Saúde e Assistência, ocorrida durante o governo Milton Campos, através de Lei Estadual (155), deu-se, por um lado, em cumprimento ao dispositivo constitucional - artigo 16 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Mineira de 1947. Por outro lado, significou a confirmação de que, para o governo, a prioridade à saúde se traduziria, entre outras medidas, pela instituição de um órgão com expressão política e autonomia orçamentária e financeira, necessárias à concretização dos programas oficiais em saúde pública.

Em mais de uma oportunidade, desde os discursos de campanha eleitoral, e como governador de Estado, Milton Campos insistiria na solução dos graves problemas de saúde, como um dever precípua e inadiável de seu governo (156). A política implementada de recuperação econômica e social do estado, por sua vez, não deixaria para segundo plano a tarefa de valorização do trabalhador como elemento humano, econômico e social. Esta tarefa era compreendida em termos da melhoria das condições de saúde e de educação das camadas populares.

Correspondendo ao objetivo de melhorar o nível sanitário do estado, a criação da Secretaria de Saúde e a escolha de seu primeiro titular, o Prof. Baeta Viana, reconhecido como ilustre cientista, repercutiriam favoravelmente na imprensa, o que demonstraria o reconhecimento público da importância atribuída a saúde pelo governo Milton Campos. Já em sua posse como Secretário

da Saúde, Baeta Viana daria o tom da nova administração, afirmando que a instituição da Secretaria não permaneceria como "ato puramente burocrático e nominal" (157). São suas as palavras:

"Não tenho a veleidade de traçar um programa revolucionário nos métodos de ação, que não comporta a parcimônia dos nossos recursos orçamentários, tampouco a de alimentar a esperança de trazer a solução aos múltiplos problemas que estão a desafiar a competência dos nossos técnicos. (...) Impõe-se uma reestruturação dos serviços que não será feita no sigilo dos gabinetes, sob a inspiração de conveniências pessoais e políticas. Ela será fruto de pacientes estudos, de penosas mediações e do livre debate entre as autoridades técnicas nos respectivos assuntos" (158).

Com efeito, a prática do debate e da negociação se disseminaria, não se limitando à área técnica. A Saúde Pública foi colocada na ordem do dia, sendo objeto de editorial e notícia em jornais de ampla circulação ou de polêmica na Assembléia Legislativa.

Entre 1947 e 1950, o tema saúde mobilizaria um número significativo de deputados que, através de discursos em plenário, focalizariam a problemática da saúde em seus mais diversos aspectos, apresentando sugestões e propostas de intervenção. O maior interesse do Legislativo estaria voltado para os seguintes assuntos: educação e saúde na infância, assistência hospitalar, assistência dentária à população urbana e rural, controle de doenças transmissíveis, como a malária, a tuberculose e a lepra, ensino médico e medicina no Brasil e melhoria de vencimentos do funcionalismo público (159).

Além de constar dos pronunciamentos dos parlamentares, a saúde seria tema privilegiado de anteprojetos de leis, exposições de

motivos e protocolos de informações, o que mostraria a dinâmica de trabalho entre executivo e legislativo em matéria de Saúde Pública. Deve ser ainda registrado que praticamente toda ação implementada pelo governo, neste campo, resultaria de negociação entre os dois poderes.

Entre os temas debatidos com maior frequência por diferentes parlamentares, a melhoria dos vencimentos do funcionalismo e a questão da saúde e da educação da infância seriam evidenciados; também a assistência hospitalar e o controle da tuberculose seriam temas em destaque.

Em geral, iniciativas e programações do executivo que visavam o controle de doenças e a melhoria do quadro nosológico em Minas Gerais granjearam amplo apoio político. Contrariamente, medidas relativas à organização institucional (como a da subordinação do Departamento da Criança à Secretaria de Saúde), as formas de financiamento do setor (como a instituição de taxas de assistência social e hospitalar) e à administração de pessoal geraram críticas ao executivo, dividindo-se os parlamentares entre grupo de sustentação e de oposição ao governo.

Em relação ao último ponto, as discordâncias se concentrariam nas condições de remuneração do servidor público. A bancada do PSD, sobretudo no último ano da administração udenista, responsabilizaria o executivo pelo agravamento dessas condições, decorrente do fracasso de tentativas anteriores de reestruturação do quadro e reajustamento dos vencimentos do funcionalismo. Na Assembléia Legislativa, os deputados da oposição denunciariam os

partidários da UDN por sempre se manifestarem contra o reajustamento, identificando-se, de outro modo, como grupamento "a favor do funcionalismo" (160). Apoio expressivo seria dado aos médicos sanitaristas e leprologistas, bem como aos dentistas, entre os funcionários públicos. Segundo os deputados, estes eram os mais penalizados em seus vencimentos, que não correspondiam a funções e responsabilidades assumidas na organização sanitária, comparativamente a outros setores da administração:

"Todo o armamento sanitário (...) por mais completo que seja não dará rendimentos compensadores, se for relegado a segundo plano o problema de formação e aperfeiçoamento dos técnicos. E tal dificilmente se conseguirá com os atuais vencimentos da Saúde Pública. Basta atender para os proventos dos médicos que iniciam a carreira na letra I, o que vale dizer com Cr\$1.200,00, vencimento irrisório e que afasta qualquer estímulo para o ingresso nos quadros da Saúde Pública. Bem mais felizes e aquinhoados são os veterinários da Secretaria de Agricultura que iniciam sua carreira com Cr\$2.100,00" (161).

Ao tomar a seu cargo a bandeira da melhoria dos vencimentos do funcionalismo, especialmente do quadro da Saúde Pública, focalizando os médicos e dentistas como o grupamento mais penalizado pela política salarial do governo udenista, os parlamentares do PSD, ao mesmo tempo em que buscavam rearticular suas antigas bases municipais, contrapunham-se ao partido do governo, relativizando todo o esforço empreendido de formação técnica dos novos sanitaristas, para a direção das unidades locais de saúde. De fato, o desenvolvimento do programa de expansão de unidades sanitárias, localizando em mais de uma centena de municípios do interior um novo Posto ou Centro de Saúde, de algum modo, interferia nas lutas político-partidárias,

travadas no âmbito do município. O governo, fortalecido pelo apoio da administração municipal, em função da criação de um serviço de necessidade social, conquistaria em cada localidade uma nova base de sustentação, formalizada na competência técnica do dirigente do serviço. Assim, os novos sanitaristas, legitimados como representantes do poder estadual, organizando-se em torno de um mesmo partido, poderiam vir a se constituir importante força política que, do ponto de vista da oposição, deveria ser dividida. Daí porque a defesa do funcionalismo, a figuração de um potencial de aliança, num momento em que era notória a "insuficiência irremediável de recursos materiais" (162). Isto impossibilitava a adequada manutenção da estrutura física e humana da rede de serviços, projetada pela Saúde Pública para todo o estado.

Além do Legislativo Mineiro, a Saúde Pública, entre 1947 e 1950, encontraria outros espaços de debate, intercâmbio de propostas e divisão de responsabilidades, despontando como força política em permanente evidência. Reconhecidos os limites de sua atuação, devido à insuficiência de recursos frente a dimensão de necessidades a suprir no levantamento das condições sanitárias do estado como um todo, o poder público apelaria para a cooperação de particulares. Foram ampliados os espaços de divulgação sobre o tema saúde na imprensa falada e escrita. A educação sanitária ressurgiu como atividade básica de saúde pública. Título de coluna publicada semanalmente no "Minas Gerais", com matéria de divulgação inicialmente preparada pelo Departamento Estadual de Saúde e posteriormente pelo serviço próprio da Secretaria de

Saúde e Assistência, o objetivo da educação sanitária consistia em "obter a colaboração indispensável do povo para o êxito das providências que as autoridades de Saúde Pública já estão tomando e outras que vão ser adotadas" (163).

Com efeito, a Secretaria da Saúde utilizaria espaços abertos na imprensa, desde períodos anteriores. Seja na coluna de "Educação Sanitária" no "Minas Gerais", seja na programação de palestras médico-sanitárias da Rádio Inconfidência, a Secretaria lançava novas propostas e reforçava seus programas de ação, o que pode ser verificado pelo temário divulgado então. Embora focalizando os problemas sanitários mais relevantes e contra os quais o poder público organizava defesa, a divulgação sanitária contemplaria apenas informações técnicas, restritas a causas e efeitos, bem como a procedimentos adotados para sua solução ou controle. Perdía-se, dessa maneira, a oportunidade de aprofundar o debate em Saúde Pública, pelo desvendamento da complexidade dos problemas de saúde e de seus vínculos com as condições gerais de vida. A mesma forma de trabalho utilizada na Capital seria reproduzida no interior: a divulgação sanitária, sob a responsabilidade dos médicos sanitaristas, com orientação exclusivamente técnica, voltada para o reforço à ação oficial no município.

Toda a estrutura de divulgação montada na direção centro-periferia da organização sanitária, aqui entendida como os órgãos executores da Saúde Pública, viabilizaria um processo de comunicação que, não obstante a restrição do ponto de vista de

conteúdo, significaria uma ampliação da esfera de influência da Saúde Pública. A estratégia de aproximação povo-governo, através da comunicação, visaria a conquista e a co-responsabilização de um público, enquanto soma de individualidades, cada vez mais extenso, de sustentação à proposta oficial (164).

O trabalho político, nesse caso, seria de outra ordem; não estariam em jogo disputas político-partidárias, mas o "interesse coletivo", a melhoria das condições sanitárias da população em geral. Diferentes classes sociais, adultos e crianças (tendo a escola constituído o alvo predileto dos programas de educação sanitária), organizações civis e oficiais eram mobilizadas "horizontalmente". A saúde aparecia como tessitura de um amplo apoio às ações governamentais.

Este movimento de mobilização em torno da Saúde Pública, nucleado a partir da Secretaria de Saúde e Assistência, não deixaria de afetar o processo de organização interna dos sanitaristas. Atores centrais do movimento, sua mais recente associação viria contribuir para o estudo, a pesquisa e o debate de problemas ligados à saúde pública, "oferecendo nesse sentido a colaboração com os poderes públicos dentro de um clima de maior liberdade de crítica e lealdade", como salientou o Secretário Baeta Viana (165). Na verdade, essa não seria a primeira vez que os sanitaristas se mobilizavam na tentativa de sua organização. Em 1946, havia sido instituída a Sociedade Mineira de Higiene, como associação de caráter científico, subordinada à Divisão de Demografia e Educação Sanitária do Departamento Estadual de Saúde. Tinha como finalidade coordenar e estimular as atividades

técnicas no setor de higiene e de medicina preventiva no estado (166). Em 1947, publicou-se o regimento interno desta Sociedade, confirmando a sua condição de "órgão técnico de extensão cultural e técnica da Divisão de Demografia e Educação Sanitária" (167). Já neste momento, estabeleceram-se como membros efetivos da Sociedade de Higiene, médicos, engenheiros, farmacêuticos, odontólogos, enfermeiros e educadoras sanitárias pertencentes ao quadro do Departamento e residentes em Belo Horizonte (168).

Em 1949, a proposta de associação capitaneada por Baeta Viana definiria a nova designação de Sociedade Mineira de Saúde Pública, e abriria espaço para a filiação de profissionais diplomados da Secretaria de Saúde, em exercício na Capital e no interior do estado. No entanto, seriam mantidos os seus vínculos com o governo e ressaltada sua finalidade técnica. O traço mais importante desta última proposta consistiria no estreitamento de laços entre técnicos ligados às atividades centrais da Secretaria e os responsáveis pelos serviços locais, diminuindo-se a distância que os separavam. Com este fim, teriam sido programadas uma série de atividades, tais como cursos de curta duração, publicações periódicas sobre atualidades no domínio da medicina e da higiene e seção de consulta livre para solução de casos problemáticos. O objetivo almejado, segundo Baeta Viana, de "manter a chama viva do interesse pelo estudo e solução dos graves problemas sanitários de nossa gente" (169) unificaria as propostas dos sanitaristas.

A imagem sugerida pelo Secretário Baeta Viana, qualificando a

técnicas no setor de higiene e de medicina preventiva no estado (166). Em 1947, publicou-se o regimento interno desta Sociedade, confirmando a sua condição de "órgão técnico de extensão cultural e técnica da Divisão de Demografia e Educação Sanitária" (167). Já neste momento, estabeleceram-se como membros efetivos da Sociedade de Higiene, médicos, engenheiros, farmacêuticos, odontólogos, enfermeiros e educadoras sanitárias pertencentes ao quadro do Departamento e residentes em Belo Horizonte (168).

Em 1949, a proposta de associação capitaneada por Baeta Viana definiria a nova designação de Sociedade Mineira de Saúde Pública, e abriria espaço para a filiação de profissionais diplomados da Secretaria de Saúde, em exercício na Capital e no interior do estado. No entanto, seriam mantidos os seus vínculos com o governo e ressaltada sua finalidade técnica. O traço mais importante desta última proposta consistiria no estreitamento de laços entre técnicos ligados às atividades centrais da Secretaria e os responsáveis pelos serviços locais, diminuindo-se a distância que os separavam. Com este fim, teriam sido programadas uma série de atividades, tais como cursos de curta duração, publicações periódicas sobre atualidades no domínio da medicina e da higiene e seção de consulta livre para solução de casos problemáticos. O objetivo almejado, segundo Baeta Viana, de "manter a chama viva do interesse pelo estudo e solução dos graves problemas sanitários de nossa gente" (169) unificaria as propostas dos sanitaristas.

A imagem sugerida pelo Secretário Baeta Viana, qualificando a

prática sanitária como "chama viva", na sua riqueza de significações, conclamaria os sanitaristas, por um lado, a aglutinarem-se enquanto forças vivas e capazes de auto-sustentação, independentemente das condições sociais e políticas, favoráveis em alguns momentos, desfavoráveis em outros, ao equacionamento dos problemas sanitários. Por outro lado, o processo de aglutinação, na concepção do Secretário, seria motivado por uma necessidade de aprimoramento técnico, fundamental para o trabalho sanitário que, a despeito de todo o progresso científico, gerador de novas práticas, continuaria como produção essencialmente humana.

Mas se o conhecimento científico e técnico serviria de motivo à associação do sanitarista, não seria, por sua vez, um empecilho a sua organização em bases mais amplas, como expressão de forças sociais e políticas. A sugestão colocada por Baeta Viana de que os médicos sanitaristas, dirigentes das novas unidades sanitárias criadas pelo governo, integrariam o processo de "revigoramento das liberdades públicas" sinalizaria nessa direção. Ou seja, o próprio governo reconheceria a impossibilidade de uma organização puramente técnica, isolada do movimento social. No entanto, a tutela governamental exercida sobre essa organização, somada à tentativa de construção da identidade do sanitarista a partir de prática restrita ao interior da administração pública, acabariam impossibilitando a "decolagem" da organização nesse período. O contorno dado à associação, unindo técnicos centrais, do planejamento e gestão, aos dirigentes locais, executores de serviços, não teria sido suficiente para impor resistência aos

processos políticos locais que, ao partidizar a luta pela saúde, fragmentariam a organização emergente. Conseqüentemente, debilitada em sua força, a Sociedade dos sanitaristas se faria presente na vida política do estado apenas através da participação individual de alguns de seus componentes na direção de órgãos centrais do governo estadual e federal (170).

Mas não somente fatores de ordem político-institucional imporiam limites ao processo de organização dos sanitaristas. A alternativa de vinculação com movimentos sociais que lutavam pelo aprofundamento da democracia no país, como uma possibilidade de fortalecimento, não se colocaria, dadas as condições políticas nacionais que, a partir de 1946, eram caracterizadas por alguns como "arremedo de democratização". Como se desenvolveria a Saúde Pública brasileira e as limitações impostas pela política social do Governo Dutra constituirão, entre outros pontos, objeto de análise do próximo capítulo.

NOTAS:

- (1) Utilizamos o conceito de identidade trabalhado por Ulpiano Bezerra de Menezes in Alfredo Bosi (org), Cultura Brasileira: temas e situações, São Paulo, Editora Atica, 1987, p. 182-5.
- (2) Durante o Primeiro Império, somente Ouro Preto e São João Del Rei foram alvo de uma preocupação em termos de saúde por parte da Presidência da Província por razões político-administrativa e comercial, respectivamente. Paulo Sérgio Carneiro de Miranda, O Sanitarismo nas primeiras décadas do período republicano, Belo Horizonte, 1980, mimeografado.
- (3) Orestes Diniz. As questões de saúde e assistência nas constituições brasileiras, americanas e européias, Arquivos de Saúde Pública, Secretaria de Saúde e Assistência - Minas Gerais, Vol II, novembro de 1952
- (4) Antônio Augusto Veloso - Constituição Mineira, texto e anotações, Ouro Preto, s/d.
- (5) Idem.
- (6) Comentário A.A. Veloso, op. cit, p. 224-225.
- (7) Orestes Diniz, citando comentários de João Bartalho sobre a constituição de 1891, Arquivo de Saúde Pública, op. cit, p.20.
- (8) Idem
- (9) Lei Estadual número 12 de 13-11-1891, assinada por José Cesário de Faria Alvim, no Palácio da Presidência do Estado de Minas Gerais, em Ouro Preto.
- (10) Ao invés de fundar um Instituto mineiro, o governo apoiou a criação em Belo Horizonte, de uma "filial" do Instituto Oswaldo Cruz, reproduzindo-se no estado "os ensinamentos da grande escola que fundara Oswaldo Cruz". Otávio Magalhães, Ensaio, Belo Horizonte, 1957. Em relação ao modelo de reprodução de institutos localizados em centros especiais que caracterizou o desenvolvimento de pesquisa entre 1880 e 1930 na América Latina, Garcia afirmou; p. 75-76. "São bem conhecidas as missões do Instituto Pasteur e de outros institutos europeus às colônias, onde geralmente deixavam funcionando uma reprodução do instituto da metrópole. Na América Latina esse modelo também foi aplicado, como no caso da Missão de Estudos de Patologia Regional Argentina (MEPRA), que se instalou em Jujuy em 1926, mas que se subordinava à Universidade de Buenos Aires. O Instituto Ezequiel Dias, de Belo Horizonte, filiado ao Instituto Oswaldo Cruz, é outro exemplo de que esse processo não se apresenta somente nesse campo de pesquisa, e sim em outras atividades, como por exemplo a chamada "extensão universitária". Estamos na presença de um fenômeno que foi explicado como simples cópia de modelos prestigiados, como é o caso do Instituto Pasteur. No entanto, quando observamos que essa forma organizacional se repetia em outros campos, como o militar, o educacional e, especialmente, o econômico,

devemos considerar que existem formas ou categorias gerais para um época que são geradas pelas formas dominantes do materialismo: a produção econômica. O imperialismo, no primeiro terço deste século, caracterizou-se pela exportação de capitais para a produção de certas matérias primas e certos alimentos de que os países centrais necessitavam. Os "enclaves", os produtos e os portos por onde se escoava a riqueza desenhavam no espaço social um centro valorizado e um espaço externo ao qual se recorre para recolher padrões para as necessidades do centro valorizado. Essa forma que se repetiu em diferentes campos foi a que uniformizou os traços mais salientes da organização das pesquisas das doenças tropicais." J.C.Garcia. Estado e Políticas de Saúde na América Latina. ABRASCO, Rio de Janeiro, Textos de Apoio; Ciências Sociais 2; PEC/ENSP, 1984, p. 75-76.

- (11) Artigos 10, 12, 15 e 18 da Lei número 12 de 13-11-1891.
- (12) Sobre o processo de penetração da medicina na sociedade, através da incorporação do meio urbano como alvo de reflexão e prática médicas, desde o início do século XIX, ver: Roberto Machado e outros, Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro, Graal, 1978, p. 155.
- (13) Decreto Federal número 713 de 23-10-1892.
- (14) Relatório da Inspetoria de Higiene, 1893, citado por Paulo Sérgio Carneiro de Miranda, op. cit.
- (15) Decreto Estadual número 876 de 30-11-1895.
- (16) Denominação dada na época aos que se encarregavam da execução de serviços de defesa sanitária, contratados temporariamente pelo governo, nas chamadas "grandes epidêmicas", segundo a Lei Estadual número 144 de 23-07-1895.
- (17) Lei Estadual número 144 de 23-7-1895, parágrafo sexto, artigo segundo.
- (18) Idem, parágrafo 11, artigo 2.
- (19) Idem, parágrafo 2, artigo 2.
- (20) Idem, parágrafo 3, artigo 2.
- (21) Idem, parágrafos 2 e 4, artigo 2.
- (22) Idem, artigo 14.
- (23) Idem, artigo 15.
- (24) Idem, artigos 18 e 19.
- (25) Sobre o poder médico na década de 20 ver Margareth Rago, Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- (26) Mensagem do Presidente do Estado ao Congresso Mineiro, 1899, p.28 e 44, citado por Paulo Sérgio Carneiro de Miranda, op.cit.
- (27) Idem.
- (28) Idem.
- (29) Lei Estadual número 145 de 23-7-1895, autoriza o governo a garantir aos municípios que tenham sido invadidos por moléstias epidêmicas o empréstimo de quantia necessária aos respectivos saneamentos.
- (30) Lei Estadual número 452 de 9-10-1906, reorganiza os serviços sanitários do Estado de acordo com a Lei 144 de

23-7-1895.

- (31) Decreto Estadual número 2733 de 11-01-1910.
- (32) Citado por Paulo Sérgio Carneiro de Miranda, op. cit., p.9.
- (33) Idem, p. 9.
- (34) Pedro Salles, citado por Paulo Sérgio Carneiro de Miranda. Em dezembro de 1923, foi assinado um acordo com a Prefeitura, passando-se as atribuições da Higiene Municipal ao Estado, segundo informação contida no Relatório da Diretoria de Higiene, referente ao ano de 1923, Imprensa Oficial, Belo Horizonte.
- (35) Ver Otávio Magalhães, Ensaios, Belo Horizonte, p. 228 a 230, incompreensão entre o Diretor da Higiene Estadual e o da Filial do Instituto Oswaldo Cruz a respeito da validade dos exames laboratoriais para diagnóstico de difteria, em 1917.
- (36) "Desinfecção" conceituada como processo empregado "no sentido de remover ou de destruir os germes mórbidos das pessoas, locais e objetos contaminados". Segundo o Regulamento Sanitário do Estado de Minas Gerais de 1910, a desinfecção abrangeria: "I- as roupas de cama e de vestir, sujas ou não, do doente e dos outros moradores; os colchões, os travesseiros, as almofadas, cobertores, chapeús, sapatos, etc.; II- os móveis, esculturas, ornatos, cortinas, cortinados, tapetes, livros e mais objetos contidos no aposento; III- O teto; IV- as paredes, portas, portais, janelas, guarnições, etc.; V- Os pavimentos; VI- ralos de esgoto, pias de despejo e latrinas; VII- os porões, pátios, áreas, galinheiros, cocheiras, etc." (Capítulo IV, Artigo 109, p.31)
- (37) Regulamento Sanitário de 1910, capítulo V, artigo 127.
- (38) Idem, artigo 2.
- (39) Idem, artigo 25, item XI.
- (40) Idem, capítulo VI, artigo 30.
- (41) Já no Relatório da Diretoria de Higiene de 1910, publicado pela Imprensa Oficial em 1911, foi transcrito o relatório do Dr. Otávio Machado sobre inspeção na Estação Honório Bicalho, no qual justificava seu " zelo e inteligência (que) cumpre destacar" (p.33). Em outros relatórios, especialmente os de 1915, 1916, 1918, 1919, 1921, 1922, 1923 são transcritos relatórios de delegados de higiene municipal e posteriormente de delegados regionais.
- (42) Carlos Chagas, na inauguração do VII Congresso Médico, reunido em 1912 em Belo Horizonte, citado por Samuel Libânio, Chefe da Profilaxia Rural do Estado de Minas Gerais, A Campanha do Saneamento - Conferência realizada no Grupo Escolar Barão do Rio Branco, Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1920.
- (43) Decreto Estadual número 5010 de 18-06-1918, que criou o serviço de profilaxia rural, expedido pelo Secretário de Estado de Negócios do Interior.
- (44) Belisário Pena, entre 1918 e 1919, organizou a Liga Pró-Saneamento do Brasil, tendo percorrido vários pontos do país, mobilizando pessoas e grupos; em torno da "idéia-

- força avassaladora" do saneamento (segundo expressão de Monteiro Lobato) o movimento sanitário dos anos 20 ganhou força política, tendo representado, conforme estudo de L. A. Castro Santos, um canal dos mais importantes na República Velha para o projeto ideológico de construção da nacionalidade. L. A. Castro Santos, O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade, Anpocs, Encontro Anual, Aguas de São Pedro, São Paulo, Outubro 1984.
- (45) Relatório da Diretoria de Higiene do Estado de Minas Gerais, 1918, p.3.
- (46) Idem.
- (47) Relatório de inspeção feita em 20 municípios pelo Dr. Plácido Barbosa, da Comissão Rockefeller, publicado no Relatório da Diretoria de Higiene do Estado de Minas Gerais, 1918, p. 45 a 96.
- (48) Relatório da Diretoria de Higiene do Estado de Minas Gerais, 1918, p.3.
- (49) Idem.
- (50) Samuel Libânio, A Campanha do Saneamento, Imprensa Oficial, Belo Horizonte, 1920.
- (51) Em princípio, o Estado havia levantado apenas de forma sistemática o índice endêmico referente à uncinariose, designação da ancilostomose.
- (52) Em 1920, a Zona da Mata participava com 35,6% do valor da produção industrial de Minas Gerais. Clélio Campolina Diniz, Estado e Capital Estrangeiro na Industrialização Mineira, Imprensa da UFMG; Belo Horizonte, 1981, p. 31.
- (53) Relatório da Diretoria de Higiene do Estado de Minas Gerais, 1918, p.4.
- (54) Relatório da Diretoria de Higiene do Estado de Minas Gerais, 1919, p.6.
- (55) Segundo nossa pesquisa, pelo menos até 1923, o Estado continuava a nomear delegados de higiene, sendo que muitos deles acabaram fazendo parte das comissões que se integraram à campanha da opilação.
- (56) Designação dada à campanha de controle da ancilostomose, desenvolvida no Estado de Minas Gerais nesse período. Como não foram encontrados os relatórios da Diretoria de Higiene referentes aos anos de 1924, 1925 e 1926, a nossa suposição é de que essa campanha teria sofrido solução de continuidade, havendo a partir de 1927 uma nova estrutura de organização, decorrente da reforma Raul de Almeida Magalhães, que redirecionou a política sanitária.
- (57) Samuel Libânio, op. cit. Também no Relatório da Diretoria de Higiene do Estado de Minas Gerais, 1919, destacou-se: "a atuação desses nossos auxiliares junto às Câmaras Municipais em muito tem contribuído para a consecução de nossos fins, já concorrendo para que elas adotem medidas que são de sua exclusiva alçada, já para que ponham seu prestígio a serviço de nossa causa. E assim que se têm conseguido leis sobre construção de fossas, cujo uso vai se generalizando cada vez mais" (p. 6).
- (58) Decreto Estadual número 6031 de 14-03-1922, artigo 4, item 2.

- (59) Decreto Estadual número 6031 de 14-03-1922, artigos 13 e 14. Para instalação e custeio desses serviços, o Estado concorreria com uma cota equivalente a 50% das despesas, desde que fossem organizados de acordo com os moldes estabelecidos pela Diretoria de Higiene.
- (60) Idem, artigo 15.
- (61) Lei Estadual número 961 de 10-09-1927, que trata da reorganização dos serviços sanitários em Minas Gerais.
- (62) A partir dos anos 20, segundo Paul Singer e outros, "com a reforma Carlos Chagas, os serviços de saúde apresentam duas características básicas, que os diferenciam das fases anteriores. A primeira delas é a sua expansão crescente, abrangendo parcelas cada vez maiores da população e do espaço nacional. A segunda é o grau de autoritarismo de que tais ações se revestem assumindo o direito de interferir direta e amplamente na vida da população". Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira, Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978, p. 126.
- (63) Margareth Rago, op. cit., p. 44.
- (64) Idem.
- (65) J. F. Bias Fortes, Exposição de Motivos, Decreto Estadual número 8116 de 31-12-1927.
- (66) Idem.
- (67) Estado de Minas Gerais, Coleção de Leis e Decretos de 1927, Regulamento de Saúde Pública.
- (68) Idem.
- (69) J. F. Bias Fortes, op. cit.
- (70) Madel T. Luz mostra que as medidas repressivas podem ter efeito educativo desde que sirvam para exemplar: "A função punitiva da repressão não visa simplesmente separar os elementos desviantes. Nem toda punição é excludente. A função repressiva tem algo de educativo que visa "exemplar". Pelo temor do exemplo aprende-se também a respeitar a ordem, a disciplina; a aceitar a hierarquia". Madel T. Luz, As Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia, Rio de Janeiro, Graal, 1979, p.39.
- (71) Ver Maria Virginia V. Pinheiro sobre a Política de Higiene Infantil em Minas Gerais no documento Saúde Escolar, Projeto Memória da ESMIG, Escola de Saúde/Fundação Ezequiel Dias, 1988.
- (72) Nesse momento os Centros de Saúde executavam apenas serviços de assistência sanitária, excluída toda clínica que não tivesse fins profiláticos. Ver Regulamento de Saúde Pública, p. 1910.
- (73) Surtos epidêmicos de varíola e tifo; doença de Chagas, malária e verminoses, endêmicas em extensas regiões; lepra, reconhecida já como gravíssimo problema de saúde pública; tracoma, difteria e tantas outras doenças transmissíveis foram mencionadas nos Relatórios da Diretoria de Higiene do Estado de Minas Gerais entre 1910 e 1919.
- (74) J. F. Bias Fortes, op. cit.

- (75) Relatório da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, relativo ao ano de 1929, p. 5.
- (76) Clélio Campolina Diniz, op. cit., p. 25.
- (77) Relatório da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1929.
- (78) Tanto o Regulamento de 1927, quanto outros dispositivos legais anteriores e mesmo posteriores (como o decreto número 69 de 20-01-1938), proibem o exercício da clínica particular aos que se dedicavam à Saúde Pública, seja na chefia das Delegacias Distritais ou dos Centros de Saúde.
- (79) Margareth Rago, op. cit., p. 134.
- (80) Lei Estadual número 961 de 10-09-1927.
- (81) Quando foi aprovado o Regulamento de Saúde Pública em 31-12-1927, existiam no Estado de Minas Gerais apenas 9 Postos de Higiene. Em 31-12-1928, achavam-se instalados 6 Centros de Saúde, sendo 1 na Capital e 5 no interior e 18 Postos de Higiene; ao findar 1929, contava a Diretoria de Saúde Pública com 7 Centros de Saúde, 42 Postos, mais 6 Postos em organização e 10 criados por lei. Relatório da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1929, p. 83.
- (82) A criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930 teve um efeito desmobilizante sobre o movimento sanitário dos anos 20. Como a relevância política desse movimento esteve não nas políticas de saúde, mas na força ideológica de suas bandeiras, ao se institucionalizar perdeu a força, transformando-se em "projeto de governo", como analisa L. A. Castro Santos. Além disso, ao substituir a ideologia de redenção dos sertões pela de ocupação das fronteiras, o governo Vargas deixou de realizar a erradicação das endemias rurais. L. A. Castro Santos, O Pensamento Sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. ANPOCS. Encontro Anual, Aguas de São Pedro, São Paulo, 1984.
- (83) Decreto-Lei Estadual número 69 de 20-01-1938, que faz modificações no quadro de pessoal da Diretoria de Saúde Pública e suas dependências e reorganiza os serviços de saúde pública do estado. No campo educacional, verificou-se nesse período o mesmo fenômeno de restrição, tendo o governo chegado a fechar grupos escolares e mesmo escolas normais. Ver Ana Maria Casasanta Peixoto, Educação e Estado Novo em Minas Gerais, São Paulo, PUC, 1989 (tese doutorado), p. 49-61.
- (84) Secretaria de Saúde e Assistência, "Unidades Sanitárias construídas, adaptadas, instaladas e postas a funcionar no governo Milton-Campos", Belo Horizonte, 1951.
- (85) Decreto-Lei número 69 de 20-01-1938, considerações iniciais.
- (86) Relatório da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1935, p.3.
- (87) Maria Virgínia V. Pinheiro, op. cit.
- (88) Idem.
- (89) L. A. Castro Santos, op. cit. p. 7.
- (90) Expressão utilizada por Raul de Almeida Magalhães em 1929.

- (91) Maria Virginia V. Pinheiro, op. cit., p. 12.
- (92) Citado por Alvino Moreira de Paula na Exposição de Motivos ao Decreto número 1751 de 3-06-1946, transcrita no documento oficial do Estado de Minas Gerais, Reorganização do Departamento Estadual de Saúde, Imprensa Oficial, Belo Horizonte, 1946.
- (93) Idem, p. 3.
- (94) Idem, p. 5.
- (95) Idem, p. 4.
- (96) Idem, p. 7.
- (97) Decreto-Lei Estadual número 1751 de 3-06-1946.
- (98) Jornal Folha de Minas, 8-05-1946, p.3.
- (99) Marcolino Candau e Ernani Braga, Novos rumos para a saúde pública rural, artigo publicado inicialmente na Revista da FSESP 2 (2): 569-90, dezembro de 1948 e posteriormente na Coleção de Memória da Saúde Pública, volume I, O Pensamento de Ernani Braga, PEC/ENSP, Rio de Janeiro, 1984.
- (100) Segundo o Censo Demográfico de Minas Gerais de 1950, a população total do estado era de 7.796.793, distribuindo-se segundo a situação de domicílio em: urbana, 2.343.803 e rural, 5.452.990.
- (101) Jornal Folha de Minas, 5-06-1946, p.2.
- (102) H. Ferreira Pinto, discurso em homenagem a Alvino de Paula, Diário Oficial de Minas Gerais, 18-06-1948, p. 8.
- (103) L. A. Castro Santos, op. cit.
- (104) Jornal Folha de Minas, 29-05-1946, p. 10.
- (105) Faculdade de Medicina da UMG, Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, Associação Mineira de Farmacêuticos, Sociedade Mineira de Agricultura, entre outros.
- (106) Sobre a participação do PSD no contexto do processo político brasileiro entre 1945 e 1964, como "fiador de estabilidade política do regime de 1946", ver Lucia Hippolito, De raposas e reformistas - o PSD e a experiência democrática brasileira (1945-64), Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- (107) Jornal Folha de Minas, 07-08-1946, p.10.
- (108) Ver Moema Miranda de Siqueira, Elites Políticas em Minas Gerais, RBEP, n. 29, 1970, sobre a participação de médicos nos movimentos políticos a favor da instauração do regime republicano.
- (109) David V. Fleischer, A redemocratização em Minas: recrutamento à Assembleia Legislativa Mineira 1947-1977, Caderno DCP, n.4, 1977.
- (110) Decreto Estadual n. 2458-A de 23-05-1947.
- (111) Diário da Assembleia, 01-07-1947, p. 1.
- (112) Governo do Estado de Minas Gerais, Plano de Recuperação Econômica e Fomento da Produção, Belo Horizonte, junho de 1947.
- (113) Idem, p. 7.
- (114) Idem, p. 34.
- (115) Idem, p. 140.
- (116) O Diário Oficial de Minas Gerais de 25-12-1947 publicou a seguinte notícia: "Assistência aos trabalhadores doentes,

uma nobre iniciativa do Serviço Social da Indústria: Por ocasião das festas de Natal, de 26 a 6 de janeiro, comparecerão à residência daqueles trabalhadores levando-lhes votos de boas festas e presentes, comissões, em número de sete, integradas pelo Presidente do Conselho Regional do SESI, pelo Governador e Secretários de Estado, pelo Prefeito da Capital, jornalistas e Assistentes Sociais".

- (117) Governo do Estado de Minas Gerais, Plano de Recuperação Econômica e Fomento da Produção, p. 140.
- (118) Idem, p. 40.
- (119) "Minas Gerais", 21-11-1947, p. 10.
- (120) Relatório apresentado à Sociedade Mineira de Agricultura, segundo publicação no "Minas Gerais", 10-12-1949, p. 10.
- (121) O Diário Oficial de Minas Gerais publicou, entre abril e maio de 1949, vários telegramas de Prefeitos Municipais dirigidos ao Secretário da Agricultura, comunicando o êxito da programação do Comboio de Ensino Agrário em sua região, seja pelo trabalho de assistência técnica, somada à distribuição de ferramentas agrícolas, sementes e adubos, seja assistência médica, com distribuição gratuita de medicamentos e aplicação de vacinas.
- (122) Armando Santos, entrevista concedida à autora, no dia 08-06-1988.
- (123) Governo do Estado de Minas Gerais, Plano de Recuperação Econômica e Fomento da Produção, p. 167.
- (124) Idem.
- (125) Em 1946 foi inaugurado na Capital o Centro de Saúde Noraldino Lima; em 1947, instalaram-se no interior os Postos de Higiene de Santa Luzia, Ouro Preto, Nova Lima, Esmeraldas, Sete Lagoas, São João Nepomuceno, Muriaé, Cordisburgo, Bom Despacho, Sabará e Araguari; na Capital foram inaugurados mais um Centro de Saúde e as novas instalações do Pronto Socorro, além da instalação do Hospital Central de Neuro-Psiquiatria e do Instituto de Psico-Pedagogia (Diário Oficial de Minas Gerais, coletânea de 1947).
- (126) Em 1947, apenas 36 unidades estavam em funcionamento. O governo Milton Campos construiu, adaptou, instalou ou pôs a funcionar 124 unidades sanitárias, segundo documento da Secretaria de Saúde e Assistência, Belo Horizonte, 1951.
- (127) Armando Santos, op. cit.
- (128) "Minas Gerais", 08-02-1949. p. 6.
- (129) Diário da Assembléia Legislativa de Minas Gerais, 09-11-1949, p. 2-3.
- (130) Deputado Badaró Jr., Diário da Assembléia, 06-05-1948.
- (131) Idem, p. 5.
- (132) Em telegrama enviado ao Governador Milton Campos, o Deputado Fidelcino Viana, do município de Carlos Chagas, comunicaria: "Acabo de percorrer toda a zona malarígena do Rio Mucuri, inclusive a parte rural. Posso afirmar a V. Excia. que é completo e total o êxito da campanha anti-malária. Congratulo-me com V. Exca. pelo inestimável benefício que vem prestando às nossas

- populações, livrando-as do impaludismo". "Minas Gerais", 02-02-1949, p. 9.
- (133) "Minas Gerais", 14-09-1949, p. 7.
- (134) Deputado Badaró Jr., Diário da Assembléia, 06-05-1948.
- (135) Idem.
- (136) Relatório de Olímpio Silva Pinto, publicado no Diário da Assembléia, 09-11-1949.
- (137) Exposição de Motivos ao Projeto de Lei que extingue Os Postos de Higiene Especializado, Diário da Assembléia, 29-09-1948, p. 1.
- (138) "Minas Gerais", 20-11-1949, matéria intitulada "Não se paralisou a campanha contra a malária em Minas - um officio do Secretário de Saúde ao Governador do Estado esclarecendo o assunto".
- (139) Mantidos pelo Governo de Minas em 1948: três hospitais regionais e um de isolamento; três manicômios e quatro leprosários, "todos deficientísimos e alguns deles higiênicamente condenáveis". Baeta Viana, Exposição de Motivos ao Projeto de Cooperação Financeira do Estado com Instituições de Saúde e Assistência sem fins lucrativos, Diário da Assembléia, 20-11-1948.
- (140) Idem, p. 3.
- (141) Idem.
- (142) Discurso do Deputado Lima Guimarães, Diário da Assembléia, 11-05-1949, p. 3.
- (143) Em 1947, a Escola de Saúde Pública, através do curso de Malariologia, formou doze técnicos especialistas na matéria. Neste mesmo ano a imprensa assinalaria que a nomeação de três malariólogos pelo governador do estado recairia sobre os primeiros classificados neste curso. Folha de Minas, 22-07-1947.
- (144) Baeta Viana, Discurso de formatura dos médicos sanitaristas do Curso Intensivo de Saúde Pública, "Minas Gerais", 20-08-1949, p. 11.
- (145) Idem.
- (146) "Minas Gerais" de 16-06-1949, p. 6, publicou matéria intitulada "O interesse da Secretaria de Saúde e Assistência pelas unidades sanitárias do estado - providências tomadas para torná-las altamente eficientes, eliminando falhas que ainda subsistem", contendo esclarecimentos do Secretário em resposta a críticas, publicadas na imprensa, ao funcionamento dos Centros de Saúde no interior do estado.
- (147) Baeta Viana, Discurso de formatura, op. cit.
- (148) Baeta Viana, Discurso de inauguração do Posto de Higiene de Alfenas, Secretaria de Saúde e Assistência, "Unidades Sanitárias construídas, adaptadas, instaladas e postas a funcionar no Governo Milton Campos", Belo Horizonte, 1951.
- (149) Baeta Viana, Discurso de formatura, op. cit.
- (150) Idem.
- (151) Baeta Viana, Discurso de inauguração do Posto de Higiene de São Lourenço, Secretaria de Saúde e Assistência, op. cit.
- (152) Baeta Viana, Discurso de formatura, op. cit.

- (153) A título de exemplo, ver matéria do "Minas Gerais" de 08-02-1949, p. 7, sobre o primeiro ano de funcionamento do Posto de Higiene de Rio Preto.
- (154) Saudação de Orestes Diniz ao Interventor Alcides Lins em sua visita ao Departamento Estadual de Saúde, "Minas Gerais", 14-01-1947.
- (155) Coleção de Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais de 1948, Lei número 152 de 4 de junho de 1948.
- (156) Baeta Viana, Discurso de posse ao cargo de Secretário da Saúde, Folha de Minas, 26-06-1948, p. 2.
- (157) Idem.
- (158) Idem.
- (159) Entre o material pesquisado foram analisados 13 discursos de parlamentares do Legislativo Mineiro sobre o tema saúde, proferidos no período de 1947 a 1950.
- (160) Discurso do Deputado Ultimo de Carvalho, Diário da Assembléia, 11-05-1950, p. 4-5.
- (161) Discurso do Deputado Badaró Jr., Diário da Assembléia, 27-12-1947.
- (162) Baeta Viana, Discurso de posse, op. cit.
- (163) "Minas Gerais", 07-04-1946, p. 7.
- (164) Baeta Viana, Discurso "O papel da educação sanitária", publicado em Secretaria de Saúde e Assistência, "Serviço Médico Escolar em Minas Gerais", Belo Horizonte, 1950.
- (165) O Diário Oficial de Minas Gerais de 18-08-1949 publicou notícia sobre a fundação da Sociedade Mineira de Saúde Pública, em assembléia realizada no auditório da Secretaria de Saúde e convocada pelo Secretário Baeta Viana, quando foi apresentado o anteprojeto dos estatutos da Sociedade.
- (166) "Minas Gerais", 19-12-1946, p. 10.
- (167) "Minas Gerais", 25-02-1947, p. 6.
- (168) Idem.
- (169) Baeta Viana, Discurso de formatura, op. cit.
- (170) Entre os sanitaristas diplomados pela Escola de Saúde Pública, pelo menos um se tornou Secretário de Estado de Saúde; vários deles ocuparam cargos de direção superior na Secretaria Estadual e em órgãos federais, nos anos seguintes à fase original desta Escola.

CAPITULO 3

SAUDE PUBLICA E QUESTAO SOCIAL NO BRASIL

1. Introdução

A compreensão das transformações da Saúde Pública em Minas Gerais, seja em termos da evolução da organização sanitária, seja da história das políticas de saúde implementadas, não se esgota na coleção de informações empíricas e na montagem de um quadro descritivo; tal tarefa, necessária no caso da delimitação do objeto de estudo, constitui apenas um momento da análise.

Neste capítulo, pretendemos examinar o quadro nacional das políticas de saúde, a partir do início do século, bem como reatualizar o debate, ocorrido nos anos 40 e 50, em torno do chamado "modelo sanitarista". Como ponto de partida, procuramos explicitar nosso referencial analítico, começando por definir o que vimos designando como políticas de saúde, suas origens e relações com a "questão social" no país. Além disso, faremos uma revisão dos enfoques adotados em estudos recentes sobre a emergência dessas políticas no contexto brasileiro e sul-americano. Nosso objetivo é analisar a formação de sanitaristas em Minas Gerais de uma outra perspectiva, relativamente ao momento descritivo; para além da análise interna ao movimento da Saúde Pública regional, buscamos interpretar as suas relações com o movimento geral da Saúde Pública no país, focalizada dentro de um quadro de referências mais abrangente, como dimensão da relação Estado e Sociedade. O reconhecimento da complexidade de determinação do crescente processo de intervenção do Estado na sociedade, em particular na saúde, somado à explicitação dos processos históricos geradores de diferentes padrões de políticas

públicas possibilitarão, por sua vez, a ampliação do escopo da análise interpretativa, visando captar uma nova dimensão do nosso objeto de estudo.

2. Referências teórico-conceituais para o estudo das políticas de Saúde Pública

Como mencionamos no capítulo anterior, a problematização dos processos de formação de sanitaristas, circunscritos ao poder público, motivou a investigação acerca da evolução histórica das políticas de saúde em Minas Gerais. Tratamos, desse modo, de orientar o trabalho para um campo delimitado das políticas de saúde, qual seja o das ações estatais voltadas para a preservação da saúde pública, através de programas de imunização, controle de doenças transmissíveis, campanhas de assistência médico-sanitária, bem como ações sobre o meio ambiente. Assim definidos os limites de abrangência das políticas de saúde pública, optamos por um tratamento que não privilegiasse nem o momento de decisão e formulação política nem o de implementação. Enfatizamos, propositadamente, a política, ora enquanto um conjunto de diretrizes governamentais, ora enquanto ação administrativa, na expectativa de que dessa forma pudesse ser melhor retratada a realidade da evolução das políticas de saúde pública. De fato, em algumas conjunturas, o governo do estado parece dar conta da realização de uma dada política. E o caso daquelas em que houve uma expansão considerável de serviços de saúde (como no final dos anos 20 ou em meados dos anos 40 em Minas Gerais). Em outras conjunturas, volta-se o Estado para a mediação de conflitos e

interesses contraditórios manifestos no seu interior, não alcançando a implementação de medidas práticas, de abrangência coletiva.

Esse fenômeno poderia ser melhor apreendido tomando-se a saúde - enquanto referida a um conjunto de situações e problemas organicamente vinculados às condições gerais de vida, postos e repostos por diferentes formas de organização social historicamente determinadas - como uma das faces da "questão social" no país, à maneira trabalhada por Gisálio Cerqueira Filho (1).

Esse autor, ao fazer a crítica do pensamento político brasileiro, revela que há uma relativa continuidade, no plano do discurso hegemônico, em tratar a "questão social" no interior de uma teoria da integração social (2). Ao mesmo tempo, no plano da prática política, há uma história irregular de recorrência pelas classes dominantes aos aparelhos ideológicos e repressivos de Estado. Segundo Gisálio Cerqueira Filho:

"Nos momentos conjunturais em que uma crise da hegemonia não se configura como viável, o pensar e o agir das classes dominantes tendem a se aproximar, definindo a "questão social" como uma questão eminentemente política, que se resolve na base da conciliação, do favor recíproco, da barganha, da política enfim. Isto define a "questão social" como uma questão política, não importa o tipo de política que entra em jogo e é realizada.

Nos momentos conjunturais de aguçamento da crise de hegemonia no Brasil, a "questão social" se define como uma questão que deve ser resolvida na base dos aparelhos repressivos de Estado. Isto define a "questão social" como uma questão de polícia que, sem deixar de ser política, passa a ser resolvida com predomínio de uma de suas dimensões, a repressão efetiva, prática. E nesse momento crítico que o agir das classes dirigentes revela

concretamente os seus limites" (3).

Não pretendemos assimilar mecanicamente, para o plano da saúde, a história recorrente do tratamento dado, pelas classes dominantes, à "questão social": "caso de polícia" na Primeira República, "caso de política" após a Revolução de 1930, outra vez "caso de polícia" no Estado Novo, voltando a ser "caso de política" no período 1946/1964. A utilidade dessa referência consiste, em primeiro lugar, na revelação da especificidade dos processos históricos geradores de diferentes formas de relacionamento Estado/sociedade, como expressão do desenvolvimento de forças político-sociais. Em termos da Saúde Pública, isto ajudaria na compreensão dos vínculos entre ordem política e (des)continuidade das políticas de saúde. O descontínuo no contínuo (das políticas de saúde), nesse sentido, não expressaria uma ruptura conjuntural, ou um não enfrentamento, por parte do Estado, da questão sanitária; com efeito, constituiria outra forma de conhecer-agir, determinada por uma recomposição das forças políticas nele representadas. Assim como em relação à solução da "questão social", a repressão e a ideologia podem ser o recurso dominante em um ou outro contexto, também na saúde há um movimento recorrente de restrição e expansão, controle e crescimento.

O segundo aspecto decorrente dessa abordagem diz respeito à precedência da "questão social", relativamente à política pública. Fincada na complexa realidade social, a forma como a "questão social" é desenvolvida na sociedade e pela sociedade condicionaria o conteúdo da ação estatal. Conteúdo que, por sua vez, seria filtrado segundo os interesses representados no

Estado. O conceito de "seletividade estrutural", proposto por Claus Offe, esclarece o modo com se dá essa representação de interesses no Estado. Em outras palavras, o autor mostra como "questão social" se traduz em política social. Para Offe, salienta Carlos Nelson Coutinho, "o que define a natureza de classe de um Estado (ou seja, de quem são os interesses que ele representa) são os seus padrões de seletividade, ou seja, os critérios de que o Estado se vale para selecionar o que deve e o que não deve ser objeto de política pública" (4).

Em seu trabalho sobre a formulação de políticas sociais, Silvia Gerschman também ressalta esse aspecto de como o Estado opera para transformar questões sociais em políticas (5). Além do conceito de Offe, são retomados os trabalhos de Oszlak e O'Donnell (1976) no que diz respeito à necessidade de recuperação da "história dos problemas sociais", ou demandas políticas da sociedade, e da "história das políticas". Reconhecendo que as últimas estão afeitas à "ossatura institucional" do Estado e que os problemas sociais originam-se de exigências sociais e historicamente determinadas, resta saber como, na prática, funcionaria a seletividade das instituições políticas (6). Apoiando-se em trabalhos de Hirsh (1977), Silvia Gerschman discrimina formas segundo as quais exigências políticas são transformadas em uma agenda viável de problemas. Enfatiza, na órbita do Estado: um sistema estrutural em que as determinações fundamentais do desenvolvimento social não são objeto de decisões políticas; o limite estrutural dos recursos materiais à disposição do Estado, configurado pelo lucro do capital; a

seletividade específica do sistema político em que repressão física e integração ideológica colocam à margem grupos que se afastam dos padrões de comportamento aceitos pelo Estado; o papel da burocracia no tratamento e interpretação das exigências sociais, segundo um modo autônomo de atuação, com competências, clientela e percepções próprias dos problemas (7).

Considerações sobre recursos, burocracia e sistema de decisões possibilitam, a nosso ver, a apreensão das redes de relações que intermediam a relação mais geral entre Estado e sociedade. Com tal posição, não pretendemos a adesão às correntes funcionalistas que, na área da saúde, ao longo dos anos 50 e 60, produziram inúmeros estudos sobre serviços de saúde, a partir de uma abordagem sistêmica, tendo acentuado sua estrutura interna, as relações funcionais e as relações com outras agências da comunidade, através das contribuições de sociólogos que haviam tratado de organizações formais e burocracia (Amitai Etzioni, P. M. Blau, Talcott Parsons) (8); ao contrário, nosso objetivo consiste em rever as críticas ao funcionalismo e reconhecer o momento em que se esgotaram, fundando-se um novo modelo interpretativo das relações saúde e sociedade, com a incorporação do método e de categorias marxistas às investigações da área de saúde (9). Apesar de toda a riqueza da produção de conhecimento decorrente desta última abordagem, não deixamos, desde já, de reconhecer certos problemas atualmente colocados. Na nossa interpretação, dado o nível de generalidade alcançado por alguns desses estudos, há problemas que se relacionam a uma necessidade de revisão conceitual e metodológica das categorias

analíticas. A incorporação da noção de mediação (10) permitiria retrabalhar aspectos postos de lado pela crítica à análise funcionalista.

Antes de procedermos ao aprofundamento da questão dos limites decorrentes da utilização do método histórico-estrutural, procuramos retomar a discussão sobre o funcionalismo, na expectativa de recuperar o momento de ruptura e, com isso, a possibilidade de repensar o desenvolvimento do método histórico-estrutural na investigação em saúde.

As críticas ao funcionalismo, corrente do pensamento que se expandiu no campo da saúde, principalmente em decorrência dos trabalhos de Parsons sobre a prática médica, onde o autor dimensiona os papéis do paciente e do médico e suas relações assimétricas, referem-se, em geral, aos conceitos centrais de sua teoria sociológica - o conceito de "sistema social" e seus derivados, os conceitos de integração, adaptação e marginalidade - que pressupõem que a sociedade tende naturalmente a manter-se em seu estado de equilíbrio inicial (11). Sua aplicação à investigação em saúde conduziu a uma concepção estática dos problemas de saúde e a uma descrição formalista da relação entre esses problemas e outras esferas do processo social. A saúde aparece como um valor, uma função e um serviço, dados "a priori", com vida autônoma dentro de qualquer sociedade (12). Como ressaltou J. C. Garcia, esse tipo de análise acabou por impossibilitar o entendimento das relações dinâmicas entre saúde e sociedade e o caráter histórico desta relação, ocultando a

existência de conflitos e a forma como a medicina intervém para preservar interesses dominantes. Deixou de lado, ainda, a importância da ação de grupos e classes sociais na conformação de diferentes práticas médicas, segundo determinados tempos e espaços sociais (13).

Esgotado o momento de crítica às análises funcionalistas aplicadas à saúde, generalizou-se o reconhecimento da "fragilidade, incorreção e fragmentação com que vinham sendo analisadas as relações saúde e sociedade" (14). Desenvolveru-se então, a partir dos anos setenta nos países latino-americanos, uma linha de investigação que teve como embasamento teórico o enfoque histórico-estrutural. Fundava-se esse enfoque, além do mais, na reflexão crítica sobre a prática médica no contexto desses países, em resposta aos seguintes fatos, como assinala Laurell:

- a) da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer outro fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante;
- b) do equívoco da suposição "desenvolvimentista" de que as condições de saúde coletiva melhorariam, como resultado automático do crescimento econômico;
- c) da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou um avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela;
- d) da noção de que a distribuição destes serviços entre os diferentes grupos e classes sociais - que está em relação inversa às necessidades de cada um - não depende de considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas" (15).

Examinando-se as observações de Laurell, pode-se afirmar que os estudos desenvolvidos a partir do enfoque histórico-estrutural colocam a investigação em saúde dentro de um marco teórico-

metodológico que, de fato, veio a significar uma ruptura com a corrente funcionalista. Por sua vez, a opção por trabalhar as relações Estado/saúde e sociedade, buscando articular uma multiplicidade de aspectos apreendidos em distintos níveis de determinação - econômico, político e ideológico, não resultaria em uma imediata apropriação de todo o potencial revelado pelo método histórico-estrutural. Apesar do esforço analítico desenvolvido, alguns estudos acabariam por transformar o que seria um recurso em um produto de análise. Desta feita, reproduzia-se na investigação em saúde uma análise abstrata, parcial e fragmentada da realidade, separando-se o que na prática se encontra imbricado. Outra limitação referente ao tratamento dos níveis analíticos trabalhados pelo enfoque histórico-estrutural diz respeito à convergência das análises para a explicação mais fundamental, relativa à articulação entre saúde e produção econômica (16). Como ressalta Sônia Fleury Teixeira:

"Os níveis político e ideológico, embora presentes, não recebem um tratamento capaz de elucidar não só sua dinâmica própria, como também as relações contraditórias com os outros níveis. Reproduzem-se no campo da saúde as dificuldades encontradas no marxismo com relação à problemática da determinação entre os níveis intra-estrutural e super-estrutural" (17).

O exame da literatura sobre história das políticas de saúde, especialmente dos estudos desenvolvidos mais recentemente sob o enfoque histórico-estrutural, mostra, de fato, a predominância de interpretações fundadas nas relações entre saúde/medicina e estrutura econômica. Sumariamente destacamos os seguintes temas de investigação:

- a emergência das políticas de saúde pública no Brasil das primeiras décadas deste século; a partir de uma análise das relações entre Estado, economia pré-industrializada e questão de saúde, no contexto da economia exportadora cafeeira, a discussão da questão sanitária contempla tanto suas determinações urbanas e rurais, quanto as condições próprias do mercado de trabalho e do processo de trabalho a nível das empresas agrícolas. Essa análise leva em conta, ainda, o papel do Estado e os limites técnicos científicos da época, como pressupostos para o entendimento da emergência das políticas de higiene e saúde e de certas práticas empresariais, típicas das primeiras décadas do século vinte (18).

- as origens das políticas de saúde pública no Brasil, no período 1889-1930, analisadas à luz de suas relações com as necessidades da etapa do desenvolvimento do capitalismo brasileiro, em termos da manutenção e controle da força de trabalho e da criação de certas condições requisitadas pelo processo de acumulação; a esta abordagem associou-se o estudo da crise social e política do início do século, bem como das formas de resistência desenvolvidas pelas classes populares urbanas contra a introdução de mecanismos de regulação sanitária relacionados com a produção de saberes sobre o corpo, a saúde e a doença (19).

- a medicina estatal no período 1880 e 1930 nos países latino-americanos, analisando-se: a vinculação da medicina ao capitalismo e sua transformação conceitual e técnica; os fatores que levaram à criação de órgãos estatais de saúde e a forma como se desenvolveu a medicina estatal no período em questão (20).

Além desses estudos, chamou-nos a atenção a investigação de L. A. Castro Santos que também analisa as políticas de saúde pública na Primeira República, focalizando as relações entre Estado Nacional, oligarquias agrárias e a reforma sanitária no país. Diferentemente de outros autores cujos estudos serviram-nos de referencial, Castro Santos desenhou um modelo de intervenção estatal em saúde a partir da investigação de duas experiências históricas distintas: o desenvolvimento do movimento sanitário no Estado de São Paulo e na Bahia, entre 1889 e 1930. Como resumiu o autor:

"em primeiro lugar na linha das hipóteses sobre as necessidades de reprodução da força de trabalho (argumento formulado por Foucault) sustento que interessava à oligarquia cafeeira pôr fim às ameaças que pesavam sobre as condições de saúde da mão-de-obra imigrante. Em segundo lugar, compartilhando da visão teórica sobre "nation building" dos sociólogos Norbert Elias e Reinhard Bendix, argumento que o impulso dado à reforma sanitária passaria também por um projeto de construção nacional, em que o "saneamento dos sertões", a melhoria da "raça" e a redenção do país pelo ruralismo estiveram intimamente ligados como projeto político e ideológico. Em um e outro caso, o papel do Estado Nacional foi determinante" (21).

Ao relacionar reforma sanitária e projeto ideológico de construção da nacionalidade, Castro Santos introduz na análise das determinações do processo de intervenção estatal em saúde um elemento importante para o nosso estudo. De fato, há em seu trabalho uma distinção entre as noções de construção da nacionalidade ("nation building") e de construção do estado ("state building"). Esta última envolveria um "processo de penetração e integração de um dado território, concorrente à construção e expansão de um aparato administrativo" (22). Já a

noção de construção da nacionalidade estaria relacionada ao "desenvolvimento de uma auto-consciência ou identidade entre a população num dado território" (23). Na perspectiva do autor, o movimento da reforma sanitária na Primeira República no Brasil, especialmente em sua segunda fase, do sanitarismo rural, implicaria predominantemente o desenvolvimento de um "sentimento de nacionalidade". Não deixando de reconhecer o impacto do movimento em termos de crescimento da organização estatal, com repercussões no processo de fortalecimento da autoridade pública, como em geral sugere a literatura, o autor ressalta que o elemento distintivo, no caso brasileiro, seria o papel central desempenhado pela reforma sanitária no processo de construção da nacionalidade (24). E, dada a filiação dos sanitaristas, nesse período, às teorias eugênicas, a concepção do fortalecimento da nacionalidade passaria pelo melhoramento da raça, como desafio à mudança das precárias condições de saúde da população do interior do país.

Assim, a distinção entre processo de construção do Estado e de formação da nacionalidade, incorporada ao nosso estudo sobre a formação de sanitaristas nos anos 40 em Minas Gerais, poderia enriquecer a interpretação, no sentido da afirmação do caráter instrumental desse tipo de programa, que serviria, no bojo da reforma sanitária, à expansão de serviços (e por consequência da autoridade pública), ao mesmo tempo que se constituiria como instrumento de formação de uma consciência social (porque sanitária)?

Ao tomarmos esses estudos como referência, não pretendemos antecipar nossas conclusões. Ao contrário, refletimos sobre o processo de desenvolvimento da investigação em saúde nos anos recentes, com a incorporação do método histórico-estrutural, bem como de outras correntes analíticas. O resultado em termos do conhecimento da evolução histórica das políticas de saúde são análises elucidativas em torno das relações saúde e estrutura econômica; saúde, forças políticas e ideológicas; saúde, ciência e cultura.

Interessa nesses estudos observar que a partir da utilização de diferentes categorias analíticas, com força explicativa para distintos fenômenos, conformaram-se pelo menos três percursos analíticos, que discutiremos a seguir. Pretendemos com essa breve discussão assinalar as diferenças analíticas. Não postulamos uma síntese, dadas as limitações impostas a um trabalho de revisão como o nosso. Também não consideramos incompatíveis os diferentes referenciais analíticos, uma vez que têm em comum, como ponto de partida, uma compreensão crítica da saúde, no sentido de que reconhecem os seus condicionantes objetivos isto é, os determinantes sociais do processo saúde/doença. Nossa posição de atenção às contribuições advindas desses estudos, procurando ora reforçar os aspectos propriamente estruturais da determinação dos processos de intervenção na saúde/doença, ora os seus condicionantes históricos (e portanto mutáveis) reflete a situação atual de desenvolvimento do campo de conhecimento da saúde pública. A interdisciplinariedade que caracteriza não somente o conhecimento em saúde, mas também a prática sanitária,

impoë um movimento de busca, como o de abrir trilhas, na tentativa de alcançar um conhecimento que dê conta da estrutura geral, mas também de fenômenos particulares, captados em seu processo de contínua transformação.

A primeira linha de investigação que discutimos refere-se aos estudos sobre emergência das políticas de saúde, nos quais ressaltam as relações saúde, questão social e necessidades do capitalismo. Buscam esses estudos a construção de um modelo explicativo sobre o processo de crescente intervenção estatal através da formulação de políticas sociais (25). Aplicados à área de saúde, os estudos de políticas sociais contribuíram também para o desenvolvimento da investigação sobre previdência e assistência social, em períodos mais recentes da história do país (26). Tanto as análises relativas ao contexto da Primeira República, quanto ao período atual, utilizam-se da noção de determinação que, substituindo o conceito de causalidade, possibilita o entendimento do fenômeno da intervenção de Estado como fruto de relações contraditórias entre "as necessidades sociais do capital e as demandas sociais do trabalho" (27).

A questão atualmente colocada, quanto à utilização deste modelo na explicação das políticas de saúde, refere-se à polarização a que se reduzem algumas análises ao procurar enquadrar as políticas ora sob o ângulo da acumulação, ora sob a perspectiva da legitimação (28). A superação dessa dicotomia parece exigir um maior aprofundamento da discussão em torno das categorias analíticas, buscando uma compreensão concreta e totalizadora (29) das políticas de saúde.

A segunda proposta analítica elege a categoria "medicina estatal", buscando compreender as relações entre prática médica e intervenção de Estado. Ressalta-se, de início, nas relações entre medicina e estrutura econômica, o papel preponderante desempenhado pelo econômico na estrutura social (à qual a medicina se vincula), cuidando-se no entanto, de variadas "formas concretas de articulação, segundo as maneiras como se implanta o capitalismo" (30).

De acordo com Garcia, somente no modo de produção capitalista "a medicina afasta-se do aspecto religioso e político onde se encontrava durante a vigência dos modos de produção pré-capitalista para articular-se com o processo de produção econômica" (31). Trata o autor, contudo, da diferenciação qualitativa desses vínculos segundo as etapas do desenvolvimento do capitalismo, anotando para cada momento o potencial de transformação da própria medicina: no processo de acumulação primitiva colabora a prática médica para o confinamento das "massas desapropriadas", o que se dá através de diversas instituições, como asilos e hospitais, visando a criação de hábitos de disciplina e ordem necessários ao trabalho industrial (32); na passagem da manufatura para a grande indústria, a quarentena transformou-se em um entrave ao comércio internacional, tendo sua abolição criado um novo campo de intervenção para a medicina; em etapas mais avançadas do capitalismo, com a intensificação do trabalho, a medicina, redefinindo-se em termos conceituais e técnicos, passa a intervir sobre o indivíduo para "levá-lo a níveis mais altos possíveis de

produtividade" (33). Como observa Garcia, a medicina estatal não se encarregava de todas as atividades derivadas dos vínculos mencionados, mesmo porque eles não se apresentavam simultaneamente. Daí que "a intervenção do Estado passou por períodos diferentes segundo a importância que era dada a cada uma das atividades médicas. Assim o saneamento marítimo, fundamental para a medicina estatal no princípio do século, foi suplantado pelo saneamento terrestre e posteriormente pela assistência social" (34).

A interpretação de que se redefinem os conceitos e as práticas em saúde, segundo a dinâmica das relações com o modo de produção dominante, e de que as diferentes formas de intervenção do Estado em saúde caracterizam-se pela predominância de um ou outro tipo de prática, fundada na vinculação concreta entre medicina e estrutura, pressupõe não uma sequência linear de políticas de saúde (como se a modalidade assistência social substituisse a de saúde pública), mas a superação de um modelo pelo outro. Tal análise, aplicada à investigação da história das políticas de saúde no contexto brasileiro, implicaria o tratamento integrado das políticas de saúde pública e de previdência e assistência social, como faces de um mesmo processo de intervenção estatal. Presume-se que a saúde pública, enquanto política hegemônica na Primeira República, ao ser superada pelo modelo assistencialista a partir dos anos 40 e 50, não foi aniquilada ou suprimida, mas de algum modo incorporada, não sem lutas e contradição, ao novo modelo de intervenção, redefinindo-se desta feita o seu formato original.

Tanto a primeira quanto a segunda proposta analítica contribuem para a justificação do crescente processo de intervenção do Estado em saúde. Estando suficientemente analisada a emergência das políticas de saúde pública na Primeira República, a análise de períodos subsequentes pode valer-se das interpretações fundadas na categoria medicina estatal, segundo a qual as diversas modalidades das políticas de saúde, do sanitarismo ao assistencialismo, articulam-se num mesmo processo de determinação, expressando vínculos concretos entre medicina e estrutura.

Dado que esses estudos voltaram-se para a explicação das políticas nacionais, a questão da distribuição desigual de recursos de saúde entre as regiões do país, problema relacionado à nossa temática de estudo, deixou de merecer um tratamento especial. Encontram-se referências relevantes apenas no estudo de L. A. Castro Santos sobre sanitarismo rural. Trata-se da terceira proposta analítica por nós examinada.

Ao mostrar que a alocação de recursos de saúde relaciona-se com a forma como se distribui o poder no interior da sociedade, ressaltando inclusive a presença de interesses oligárquicos regionais distintos dos interesses do Estado Nacional, Castro Santos chama a atenção para a necessidade de se discutir o aparelho de Estado em termos da dominação patrimonial em oposição à oligárquica, da tensão entre as forças de centralização e descentralização do poder e, finalmente, do nível de intervenção estatal (35).

Esse referencial, a nosso ver, completaria os anteriores, servindo de base para a nossa reflexão sobre a Saúde Pública no contexto da redemocratização do país, após 1945. Se a Saúde Pública então já não se constituía como forma hegemônica de intervenção de Estado no campo da saúde, como o fora nas três primeiras décadas do século, isto não significa que o Estado não recorresse às políticas sanitárias para o enfrentamento de determinadas questões. Havia novas e velhas questões, seja as que resultavam de novas exigências colocadas pela etapa do desenvolvimento econômico-social do país, seja as que retornavam à pauta governamental, por ainda não estarem solucionadas, como aquelas relacionadas ao controle das endemias rurais.

O recurso às políticas sanitárias ou ao sanitarismo torna-se muito evidente quando se examina os processos de organização e reforma dos serviços de saúde pública de outra perspectiva que não a do poder central, mas tomando-se como objeto de estudo aquilo que Castro Santos designou "diferencial regional". No nosso estudo focalizamos esse aspecto, mesmo reconhecendo que faltam à historiografia da saúde pública nacional parâmetros para o seu desenvolvimento. Como assinala Castro Santos:

"Com efeito, a historiografia da saúde pública sobre o Brasil de início do século - como também, diga-se de passagem, em relação a etapas mais recentes - ainda não desenvolveu indicadores do grau de implementação das diretrizes ou políticas sanitárias no país, nem se tem conhecimento de quais camadas da população os programas de saúde, decorrentes de tais políticas, se destinavam prioritariamente a atender. Em outras palavras, estamos ainda longe de conhecer os diferenciais básicos de região e de classe social na alocação dos recursos governamentais para a saúde durante a Primeira

República" (36).

Como há evidências de que o movimento de reforma da Saúde Pública em instância regional, ao final dos anos 40, conforme ocorreu em Minas Gerais, parece ter atingido também outros estados (37), caberia indagar sobre a natureza desse movimento, seus vínculos com o poder regional e central e suas relações com a política de saúde nacional, questões que examinaremos nos tópicos seguintes deste capítulo.

3. Políticas de Saúde no Brasil

Pretendemos desenvolver nesta seção uma breve análise das políticas de saúde pública no país, do início do período republicano ao final dos anos 50. Quatro momentos são caracterizados: o primeiro, compreendido entre 1890 e 1915, representa o momento de emergência das políticas de saúde, tendo nossa análise focalizado o sentido da intervenção pública nascente, seus condicionantes econômicos, político-sociais e culturais-científicos. Em relação ao período seguinte, entre 1915 e 1930, identificado como o momento das reformas sanitárias, distinguimos dois movimentos: o desenvolvimento do sanitarismo rural a partir de 1915 e a reforma sanitária implementada após 1920. Em seguida, analisamos a saúde pública após 1930, quando se configura a institucionalização de condições favoráveis à formação de uma política de corte nacional, contemporânea à retração do movimento sanitário, especialmente na dimensão do sanitarismo rural. Finalmente, procuramos discernir as relações

entre Saúde Pública e o processo de redemocratização iniciado em 1945, atentando para as mudanças em termos de políticas públicas e suas consequências sobre as práticas sanitárias, entre as décadas de 40 e 50.

Procuramos, para cada momento, discriminar o sentido e a determinação (38) das políticas de saúde pública, valendo-nos dos mais recentes estudos interpretativos sobre as políticas de saúde no Brasil. Não tivemos a preocupação de traçar um quadro completo sobre cada período, nem de introduzir novos elementos às análises já produzidas. Com efeito, buscamos na historiografia brasileira referências analíticas que possibilitem a reinterpretção de nosso objeto de estudo: a formação de médicos sanitaristas em Minas Gerais, entre 1947 e 1951.

3.1. A emergência das políticas de saúde pública, 1890-1915

Em relação ao primeiro momento, os estudos sobre políticas de saúde no Brasil indicam que o nascimento da intervenção pública em saúde, em bases científicas modernas, se deu no início do século. Há evidências de que, a partir desse momento, a saúde pública superara a fase anterior em que a precária organização de serviços estava aliada ao exercício de uma prática médica baseada em conhecimentos científicos tradicionais. Estes já se mostravam inadequados para o atendimento a uma situação sanitária caracterizada pelo predomínio das chamadas doenças pestilenciais, como a varíola e a febre amarela (39). Segundo Paul Singer, a mudança que se registrou, desde o final do século passado, relacionava-se a: expansão das atividades sanitárias, sua

reorganização e uma tendência à centralização do processo decisório na área de saúde; aparecimento das "doenças de massa" em proporção importante na nosologia; penetração progressiva dos novos conceitos de medicina científica inicialmente através da criação de institutos de pesquisa e, posteriormente, pela instalação de novas escolas médicas, concomitante com o princípio de influência norte-americana na prática médica brasileira, notadamente na área de higiene e saúde pública, em uma tentativa de substituição da posição de liderança até então exercida pelos países da Europa (40).

Tal caracterização da evolução da situação da Saúde Pública, representada como fase de mudança, entre o final do século passado e 1920, seria para outros autores o momento de emergência das políticas de saúde (41). Segundo consta da literatura, foram postas em prática, nesta época, políticas de saúde pública orientadas para o espaço urbano, especialmente dos núcleos comerciais e industriais nascentes, visando o controle das doenças de escopo coletivo (entre elas a varíola, a febre amarela e a peste bubônica, que se apresentavam sob a forma epidêmica) (42). Como interessa ao nosso estudo compreender as determinações gerais desse padrão de política, concentramos nossa análise nos condicionantes econômicos, político-sociais e culturais-científicos, sem os quais não seria possível a emergência dessas políticas.

Em relação aos condicionantes de natureza econômica, os estudos mostram predominantemente as relações gerais entre as mudanças na organização estatal e a implantação da ordem capitalista no país.

Nessa linha, o trabalho de J. C. Garcia discute o significado do processo de centralização dos serviços de saúde, viabilizado pela criação de órgãos de saúde de caráter nacional, ocorrido não somente no Brasil, como também em vários países da América Latina, a partir do final do século passado. Segundo o autor, as mudanças na estrutura administrativa estatal viriam alterar substancialmente o papel desempenhado pelo Estado Nacional. Variando segundo o tempo e a dinâmica interna de cada formação social, a centralização atenderia, no entanto, a uma mesma justificação:

"a centralização dos serviços de saúde seria explicada como parte de um processo mais amplo de transformação da super-estrutura jurídico-política do Estado, necessária para que essa super-estrutura correspondesse à fase inicial de implantação do capitalismo. E nos países da América Latina, realizada pela burguesia surgida da produção capitalista de matérias primas e de produtos alimentícios destinados ao mercado externo" (43)

Os primeiros países latino-americanos a criarem unidades estatais de saúde, ainda no final do século XIX, foram Argentina, Uruguai e Brasil. O estudo do caso brasileiro, entretanto, mostraria que a existência de modos de produção pré-capitalistas arraigados tornaria a implantação do capitalismo acidentada, o que refletiria no governo e, por conseguinte, na saúde estatal (44). Assim é que o sanitarismo, antes de constituir-se como política nacional no Brasil, desenvolveu-se de forma localizada no Estado de São Paulo, onde primeiro se consolidou a economia capitalista exportadora de café. Segundo Garcia:

"O Brasil representou um caso excepcional, pelo quadro heterogêneo dos diversos modos de produção, onde se

destacava um espaço comparável ao da zona rio-platense: a área cafeeira paulista. Foi exatamente no Estado de São Paulo, controlado pela burguesia cafeeira, que se desenvolveu o sanitarismo estatal; e foi esse mesmo grupo que impulsionou o saneamento a nível nacional" (45).

Nesse sentido, a criação, em 1897, da Diretoria de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores, a partir da unificação de dois institutos federais já existentes, o Instituto Sanitário e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, pode ser interpretada como parte do processo de centralização dos serviços de saúde, "necessário para que a burguesia cafeeira saneasse os portos por onde se escoava sua produção" (46). Tal medida, no entanto, não resultou em um progresso significativo sobre o antigo Instituto Sanitário, pois como assinalou Garcia, o saneamento da Capital do Brasil continuava a cargo de sua Prefeitura Municipal. Somente em 1904, no governo Rodrigues Alves, com a reorganização da Diretoria Geral de Saúde Pública, já sob o comando de Oswaldo Cruz, as atribuições desta Diretoria seriam ampliadas, reforçando-se a participação do governo federal na área da saúde, o que possibilitou, entre outras medidas, a limpeza do porto do Rio de Janeiro (47).

De fato, o saneamento dos portos e núcleos urbanos, como Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, apareceria como problema crucial para o desenvolvimento da economia cafeeira, na perspectiva dos estudos que buscavam relacionar as necessidades da produção e a saúde pública. Braga e Goes de Paula assinalam a predominância do capital comercial no desenvolvimento da economia cafeeira, esquematicamente visualizada em dois segmentos interligados: seu

núcleo agrário, representado pela produção de alimentos exportáveis e alimentos para consumo interno; segmento urbano, que abrigava o conjunto de atividades de financiamento, comercialização, transportes, administração e indústrias (48). Conseqüentemente, mereciam especial atenção dos poderes públicos, nesse período, as epidemias e os problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos desenvolvidos no processo de acumulação cafeeira, além das questões relacionadas à atração e retenção de mão-de-obra, por parte do Estado e de empresas agrícolas, em vista da relativa escassez e de suas condições de reprodução. Como afirmou J. C. Braga e S. Goes de Paula:

"Tratava-se da criação de condições sanitárias mínimas indispensáveis não só às relações comerciais com o exterior, como também ao êxito da política de imigração, que pretendia atrair a mão-de-obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista" (49).

Essa dimensão das relações entre saúde pública, produção econômica e imigração encontra-se bastante desenvolvida na literatura. Nilson do Rosário Costa sugere que o surgimento no Estado de São Paulo, desde os meados da década de 1890, de importantes empreendimentos de Saúde Pública - como a organização de laboratórios de experimentos em bacteriologia e de institutos para a produção de soros e vacinas, além do serviço sanitário do estado - orientados para o combate às epidemias, visavam a preservação da saúde dos trabalhadores, especialmente os imigrantes europeus, incorporados à força de trabalho da cafeicultura paulista. O trabalho pioneiro de Emilio Ribas, entre 1897-1918, no combate intenso às epidemias e doenças endêmicas, segundo esse autor, traduziria os esforços em saúde pública no

Estado de São Paulo, concentrados no saneamento de municípios ligados à expansão cafeeira, neste momento dependente da imigração européia (50).

Também a investigação de Luis Antônio de Castro Santos ressalta as relações entre produção econômica, imigração e intervenção pública em saúde. Em princípio, como hipótese de trabalho, argumenta o autor que "interesses na imigração e excedente econômico combinam-se para a promoção da reforma de saúde pública" (51). No entanto, com base nas evidências históricas fornecidas pelo estudo comparativo entre o desenvolvimento do movimento de reforma sanitária no Estado de São Paulo e da Bahia, no primeiro período republicano, argumenta o autor que os interesses da produção cafeeira e da imigração (em termos das necessidades de controle das doenças transmissíveis que representavam uma ameaça à reprodução da força de trabalho imigrante) por si só não justificariam a intervenção estatal tal como ela se desenvolveu naqueles estados: na Bahia, um exemplo negativo, de retardamento do movimento; em São Paulo, um caso de sucesso, a reforma sanitária implementada como um processo de modernização conservadora (52). Essa primeira hipótese poderia explicar a liderança que o Estado de São Paulo assumiu no movimento sanitário, relativamente à Bahia. Como sintetiza o autor: São Paulo tinha café, imigrantes e excedente econômico para investir na saúde pública; à Bahia faltavam esses elementos (53). Mas ao examinar de modo mais cuidadoso o desenrolar do movimento paulista, especialmente considerando as evidências de que, por resistência dos cafeicultores à intervenção estatal em

seu domínio, a legislação sanitária paulista até 1917 não permitia qualquer interferência pública nas áreas rurais do estado, Castro Santos aponta outra interpretação: a de que o movimento sanitário teria se tornado possível a despeito da oposição dos cafeicultores paulistas (54). E nesse sentido que o autor elabora outras hipóteses explicativas do fenômeno da intervenção estatal em saúde, introduzindo na discussão a mediação de relações políticas, culturais e científicas (55).

Na linha das hipóteses formuladas por Castro Santos, desenvolvemos a seguir uma rápida análise dos condicionantes políticos, culturais e científicos do nascente processo de intervenção pública em saúde no país, exemplificando ora com o movimento no Estado de São Paulo ou na Bahia, ora no Rio de Janeiro.

Com relação às determinações políticas sobre a saúde pública emergente no início do século, parece-nos relevante discutir duas ordens de considerações. A primeira delas, relacionada ao movimento paulista, diz respeito à estrutura de poder político. Por um lado, menciona-se a influência do partido político, no caso o Partido Republicano Paulista - PRP, na implementação da reforma (56). O argumento de Castro Santos seria de que a construção de uma organização partidária por todo o estado teria permitido ao governo paulista controlar a oposição oligárquica à reforma. Dois tipos de função teria desempenhado o partido político: em primeiro lugar, ao interferir na definição de políticas públicas e eventualmente bloquear a oposição

coronelista, permitiria a implementação dos programas sanitários. Em segundo lugar, o influente Partido Republicano teria garantido a aprovação da legislação de saúde pública num momento em que os cafeicultores ainda não haviam feito a conexão entre medidas de saúde pública e produtividade (57). Como resume o autor:

"A máquina do partido estatal transformou as idéias reformistas das autoridades de saúde pública em propostas concretas de ação, adotou uma linha de pragmatismo político acima e além das disputas de facção, construiu um mecanismo de distribuição de cargos e favores, usou-o livremente e gradualmente bloqueou a oposição do congresso às leis sanitárias. Uma vez aprovadas, a disciplinada organização partidária garantiu que essas leis fossem efetivamente observadas" (58).

Por outro, ainda com relação ao poder político, deve ser mencionada a relativa autonomia do estado frente à estrutura social, observada no caso do estado de São Paulo. Seria essa relativa autonomia que explicaria a influente participação do PRP no movimento sanitário paulista, configurando-se uma situação em que "primeiro, o estado, adiantando-se aos interesses oligárquicos, realmente começou a reforma sanitária. Segundo, o Partido Republicano Paulista desempenhou um papel de intermediário entre o governo do estado e as oligarquias cafeeiras" (59).

A importância da relação entre saúde pública e poder político pode também ser revelada a partir de outra ordem de considerações. Tal é o caso da avaliação do sucesso da política sanitária implementada no início do século por Oswaldo Cruz na cidade do Rio de Janeiro. Como defende Castro Santos, o sucesso estaria relacionado ao expressivo apoio político da maioria

governista no congresso, além do apoio incondicional do Presidente Rodrigues Alves ao programa sanitário, situação favorecida por tratar-se da capital do país (60).

Com efeito, a partir de 1902, com a posse de Rodrigues Alves na Presidência da República, um amplo programa de obras públicas seria implementado, incluindo-se a remodelação e o saneamento da cidade do Rio de Janeiro. Como salientou Singer, tal programa viabilizado graças à favorável situação financeira do país, pretendia controlar "as várias endemias que assolavam a Capital Federal e outras cidades" e que

"tornavam perigosa a vida dos estrangeiros e provocavam a recusa dos navios de aportarem em nossas cidades, desviando-se para outros países, com visíveis prejuízos para a vida econômica da nação" (61).

Entre 1902 e 1906, quando foi declarada oficialmente extinta a febre amarela no Rio de Janeiro, a cidade foi alvo de uma série de medidas governamentais relacionadas com a sua urbanização, com o combate à epidemia da febre amarela, assim como com a instituição da obrigatoriedade da vacinação antivariólica. Tais medidas não deixaram de ser contestadas, havendo inclusive um movimento de resistência popular que, em dado momento, foi capaz de articular interesses oposicionistas e positivistas, populares e militares contra as ações oficiais (62).

O traço comum dessas medidas seria seu caráter impositivo, traduzido na fixação de normas e na instituição de leis especiais. De algum modo, a reforma urbana comandada por Pereira Passos, prefeito plenipotenciário, antecipou as medidas de

controle sanitário implementadas por Oswaldo Cruz, como sugere a extensa literatura sobre esse período (63).

A resistência política da população do Rio de Janeiro à imposição de uma nova ordem urbana, somada ao movimento de oposição à reforma sanitária articulado por setores da intelectualidade (correntes positivistas e segmentos médicos conservadores), embora não tenha tido suficiente força para deter a Saúde Pública oficial, de fato viria impor um recuo ao movimento sanitário em âmbito nacional (64). Mesmo assim, após 1904, o programa de combate às epidemias através de campanhas sanitárias no Rio de Janeiro seguiria reforçado politicamente. Tinha à frente Oswaldo Cruz, prestigiado e legitimado pelo poder público, sobretudo após o reconhecimento das quedas reais, a partir desse ano, dos índices municipais de mortalidade geral e mortalidade vinculada a algumas doenças transmissíveis (65).

Na verdade, o sucesso da prática sanitária implementada a partir de Oswaldo Cruz remete-nos à discussão das determinações culturais e científicas sobre as políticas emergentes de saúde pública. Vários aspectos relacionados à ciência e cultura são desenvolvidos pela literatura.

Castro Santos articula ambiente intelectual progressista, correntes positivistas, educação médica tradicional e reforma sanitária, desenvolvendo um duplo argumento. Em primeiro lugar, defende que a tradição de educação médica consolidada antes da "era bacteriológica" dificultaria (mais do que facilitaria) a reforma sanitária; nesse caso, contrapõe a experiência baiana à

paulista, relacionando a primeira com uma tradição de educação médica conservadora, frente à qual os defensores da reforma sanitária permaneceriam marginalizados, assim como ocorrera com os experimentalistas da chamada Escola Tropicalista (66) nos meados do século passado. Já em São Paulo a inexistência de tradição em educação médica deixaria o campo aberto para o desenvolvimento da pesquisa médica experimental, na linha dos novos conhecimentos de bacteriologia e parasitologia, produzidos desde a segunda metade do século XIX, nos países capitalistas avançados. Em segundo lugar, argumenta Castro Santos que um meio intelectual onde se valoriza o conhecimento aplicado (em oposição ao teórico) constituiria um terreno propício à reforma sanitária (67). Refere-se o autor às correntes positivistas, especialmente entre os paulistas, conhecidos pelo apoio dado à ciência, educação e higiene pública, durante as últimas décadas do século passado e começo deste. Com efeito, a crença na "ciência e razão" parece ter contribuído para o desenvolvimento de instituições científicas e de medicina experimental em São Paulo, como também no Rio de Janeiro (68). Tanto num caso como no outro, os novos conhecimentos propiciados pelo avanço das ciências biológicas seriam incorporados à prática médica e ao trabalho sanitário (69).

A forma como se desenvolveu o Instituto Oswaldo Cruz, na linha da investigação de Nancy Stepan (70), poderia elucidar o processo de incorporação da medicina experimental à saúde pública brasileira nas primeiras décadas deste século.

Antes de examinarmos as proposições da autora, convém salientar o quadro geral de determinação das relações entre ciência e saúde pública, nesse momento histórico. De fato, a posição de dependência da economia brasileira relativamente ao capitalismo internacional (71), aliada às condições sócio-sanitárias internas prevalentes no início do século (doenças pestilenciais como a febre amarela e a varíola, representando risco à reprodução da força de trabalho imigrante), viabilizaram não somente a aplicação dos novos conhecimentos científicos a partir da importação de modelos desenvolvidos nos países centrais, como também a produção em âmbito interno de conhecimentos nos campos da microbiologia, protozoologia, entomologia, helmintologia, entre outros, especialmente sob o patrocínio do Instituto Oswaldo Cruz, a partir de 1908 (72).

A análise do desenvolvimento deste Instituto fornece a chave para a compreensão do processo de transformação da prática sanitária no início do século, tendo essa mudança se fundamentado nas teorias microbiológicas da causação das doenças e no desenvolvimento da parasitologia, com a comprovação do papel desempenhado pelos animais como vetores de importantes enfermidades.

Segundo Nancy Stepan, o reconhecimento do Instituto Oswaldo Cruz, ainda como instituição em formação, deveu-se ao seu trabalho na campanha da febre amarela no Rio de Janeiro, que não chegara a implicar "o desenvolvimento de novos conhecimentos científicos, mas pelo contrário utilizara apenas idéias e técnicas desenvolvidas no estrangeiro" (73). Somente após 1908, o

Instituto superaria a fase de uma organização semi-autônoma de ciência aplicada, consolidando-se como instituição de ciência básica e aplicada, capaz de contribuir para a sobrevivência da ciência e da pesquisa no país. A consolidação desse processo, no entanto, relacionou-se ao modo como o Instituto enfrentaria as questões de recrutamento e treinamento de cientistas, de criação de um relacionamento com o governo e outros órgãos para a aplicação dos conhecimentos e técnicas produzidas pelo Instituto, e de elaboração de um programa de pesquisas exequível e voltado para as necessidades brasileiras. De fato, como aponta Nancy Stepan, "o sucesso em cada uma dessas áreas resultou na criação de um sistema interligado, envolvendo ciências básicas e aplicadas, o treinamento e emprego de cientistas e a produção e uso do conhecimento científico dentro do Brasil" (74).

O vínculo do Instituto Oswaldo Cruz com a organização estatal de saúde pública, a Diretoria Geral, "um dos órgãos mais influentes do governo da época", segundo a autora, parece-nos a questão central a ser analisada. Ao focalizar esse vínculo, não pretendemos realçar a figura de Oswaldo Cruz que, como diretor do Instituto assumiria no governo Rodrigues Alves também a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública. De outro modo, nosso objetivo consiste na discussão da modalidade de relacionamento estabelecida entre a organização pública da Saúde e o Instituto de pesquisa. No nosso entendimento, essa modalidade teria contribuído não somente para o fortalecimento da ciência e da pesquisa no Brasil, mas também para uma transformação da prática médica sanitária. Uma profícua relação entre ciência e prática

sanitária teria se tornado possível graças à forma encontrada pelo Instituto para responder àqueles problemas mencionados anteriormente, de recrutamento e treinamento, de relacionamento com outros órgãos e de orientação do programa de pesquisas, constituindo-se um "sistema interligado", para utilizar a expressão de Nancy Stepan.

No recrutamento e seleção de pessoal para o Instituto, desenvolvia-se uma intensa relação com a organização sanitária. Novos recrutas para o desenvolvimento das pesquisas sanitárias eram selecionados entre os inspetores e técnicos sanitários empregados para executar as tarefas de inspeção, diagnóstico e tratamento dos casos de febre amarela, peste bubônica e varíola, nas campanhas sanitárias da Diretoria Geral de Saúde Pública (76). Nesse processo, os órgãos de serviço e pesquisa se beneficiavam, o primeiro com o treinamento de seu pessoal e o segundo com um sistema de seleção seguro e um adequado campo de experimentação.

O tipo de relacionamento estabelecido com outros órgãos federais, estaduais e particulares, como "clientes" do Instituto Oswaldo Cruz também asseguraria o seu fortalecimento e a reformulação da prática sanitária. Com a garantia de apoio financeiro continuado para o seu trabalho, o Instituto ainda projetaria nacionalmente a pesquisa médica, tornando conhecidos os resultados da medicina experimental. Como sugere Nancy Stepan, "as relações tipo cliente foram estabelecidas através de uma série de levantamentos e investigações científicas e pela criação de estações científicas

temporárias e semi-permanentes em áreas selecionadas do país" (77). Em geral, esses levantamentos e investigações respondiam a demandas por soluções práticas a certos problemas de saúde pública, diretamente vinculados a interesses econômicos e políticos. Como exemplos, mencionamos: a solicitação da Companhia Central de Estrada de Ferro, de propriedade particular, ao Ministério da Viação e Obras Públicas para que, através do Instituto Oswaldo Cruz, fosse examinada a origem da malária entre os operários empregados na construção de linhas de estradas de ferro no Estado de Minas Gerais; o levantamento, realizado por Oswaldo Cruz em 1910, das condições sanitárias ao longo dos rios Madeira e Mamoré, no Amazonas, com o objetivo de preparar a construção de novas linhas de estradas de ferro. Também as missões científicas do Instituto, como a de Artur Neiva e Belisário Pena (analisada na sequência desta seção) poderiam ser consideradas na perspectiva das relações "tipo cliente" do Instituto com órgãos públicos. Em todas essas oportunidades, o Instituto demonstraria a exequibilidade de medidas fundadas nos novos conhecimentos científicos, ampliando sua visibilidade e reconhecimento. Isto contribuiria para a revisão das práticas tradicionais da Saúde Pública, afora o aprendizado desenvolvido pela própria equipe, com repercussões evidentes nos programas sanitários formulados pela Diretoria Geral e por alguns Departamentos estaduais de Higiene e Saúde Pública (78).

Além dos aspectos de recrutamento e seleção de pessoal, do desenvolvimento de uma relação "tipo cliente" com o poder público e particular, também a orientação do programa de pesquisas do

Instituto Oswaldo Cruz viria reforçar a transformação da prática sanitária nacional. Concentrando sua pesquisa inicialmente nos aspectos da microbiologia que se relacionavam mais intimamente com os problemas brasileiros, o Instituto atenderia às necessidades mais prementes do país, ao mesmo tempo em que teria seu desenvolvimento favorecido (79). Nesse processo, o seu reconhecimento e reforço não se dariam apenas no seio da organização científica nacional e estrangeira. O objeto de suas pesquisas e descobertas interessaria às autoridades de Saúde Pública, abrindo-se a organização sanitária como campo de conhecimento e experimentação.

O resultado desse processo, indelévelmente marcado pelo desenvolvimento do Instituto Oswaldo Cruz, seria a transformação das políticas e práticas sanitárias, com a incorporação de técnicas de controle etiológico das doenças transmissíveis. O alcance dessa transformação, no entanto, transcende a mera incorporação de um instrumental técnico. Com efeito, uma mudança significativa consistiu no abandono de toda e qualquer reflexão sobre as relações entre condições sociais e saúde, desqualificando-se, desde então, as propostas da Saúde Pública que pretendessem a realização de mudanças no ambiente urbano ou nas condições de vida e trabalho das populações trabalhadoras (80). Assim, tanto as grandes obras de saneamento e drenagem do solo urbano realizadas pela antiga Higiene Pública, quanto o esforço de instituir normas e leis que regulassem as condições do trabalho industrial nascente, seriam postos em segundo plano, quando não completamente abandonados. A "nova" Saúde Pública

concentraria sua atuação nas práticas de campanha, orientadas para o extermínio de focos e vetores de doenças e para a sistematização das práticas de vacinação, apresentando, sem dúvida, resultados positivos, especialmente no que se refere ao controle das epidemias urbanas. O conhecimento científico, nesse sentido, parece ter contribuído para o fortalecimento de uma prática sanitária que, prescindindo de mudanças nas condições de vida, restringira-se a uma "medicina das epidemias" (81), perdendo o seu conteúdo de medicina social.

3.2. O movimento de reforma sanitária, 1915-1930

O desenvolvimento da Saúde Pública como política essencialmente voltada para o espaço urbano, a partir de 1915, sofreria uma inflexão. Desde esse momento, que caracterizamos como o das reformas sanitárias, o movimento da Saúde Pública teria deslocado o foco de sua atenção, das capitais e centros urbanos importantes para o interior do país, particularmente o "sertão" que, como ressalta Castro Santos, até aquele ano, permanecera fora do alcance das políticas públicas (82).

A partir de 1920, uma nova reforma sanitária viria ampliar e intensificar a intervenção pública em saúde. Somaram-se às práticas voltadas para o controle sanitário urbano, as propostas do crescente movimento pelo saneamento do interior do país. Tanto o movimento do sanitarianismo rural, quanto o de reforma sanitária dos anos 20, implicariam o reconhecimento da questão de saúde como questão política. A esfera governamental e grupos sociais mobilizaram-se para a formulação de projetos e programas voltados

à solução dos problemas sanitários. A distinção entre um movimento e outro estaria na origem do seu desenvolvimento: o sanitarismo rural parece ter se desenvolvido em resposta a interesses originados dentro do aparelho estatal, mais do que como resultado de pressões "de baixo" (83). No caso da reforma sanitária de 1920, outras interpretações relacionam o seu desenvolvimento à pressão exercida pela questão social ao final dos anos 10 (84).

3.2.1. O saneamento dos sertões

A análise do momento das reformas sanitárias focalizará, em primeiro lugar e com algum detalhe, dado o interesse para o nosso estudo, o movimento pelo saneamento dos sertões, tendo-nos servido de referência o trabalho de L. A. Castro Santos sobre o pensamento sanitarista na Primeira República (85).

Dotado de expressiva força simbólica, esse movimento mobilizaria parcela significativa da opinião pública a favor da reforma sanitária no sertão brasileiro. Em evidência, a questão do saneamento rural ganharia foro político, sendo debatida na imprensa, nos meios políticos e técnicos. Baseando-se no ideal nacionalista, segundo o qual as raízes da nacionalidade deveriam ser recuperadas no interior do país, "buscando-se integrar o sertanejo no projeto de construção nacional" (86), os sanitaristas chegariam a formular uma proposta atrativa para as elites brasileiras, num momento em que a queda da imigração européia recolocava o problema da "suposta incapacidade racial do

brasileiro". Como salientou Castro Santos:

"Os sanitaristas acenavam com uma proposta que atraia não só as elites do sul como as do norte. Nosso atraso, diziam, se devia à doença, não ao determinismo biológico. A construção da nacionalidade exigia que as elites desviassem os olhos sempre postos na Europa para o interior do Brasil, para as grandes endemias dos sertões. A (re)integração dos sertões à civilização do litoral representava o grande desafio para o fortalecimento da nacionalidade, pois, população doente = raça fraca = nação sem futuro" (87).

Como se desenvolveria o movimento pelo saneamento do sertão brasileiro? A literatura consultada sugere que a publicação, em 1916, pelo Instituto Oswaldo Cruz, dos cadernos de viagem dos médicos Artur Neiva e Belisário Pena pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e Norte a Sul de Goiás, marcaria o momento de rearticulação do movimento sanitário nacional, superando-se sua fase urbana com "a nova bandeira do saneamento dos sertões" (88).

Artur Neiva e Belisário Pena haviam sido mobilizados, em 1912, pelo Instituto Oswaldo Cruz para a missão científica ao Nordeste. Participariam de um programa de estudos sobre a região nordestina, lançado pela Inspetoria de Obras contra a seca, do Ministério de Viação e Obras Públicas. O objetivo deste programa seria o de avaliar as condições de vida, saúde e saneamento das populações dessas regiões, na época flageladas pela seca (89). Artur Neiva e Belisário Pena acabariam publicando um relatório de avaliação que causaria forte impressão entre os intelectuais nacionalistas já sensibilizados pela obra de Euclides da Cunha (Os Sertões, publicado em 1902). O relatório serviria como

denúncia às péssimas condições de vida das populações nordestinas e de Goiás (90). Vários aspectos da organização social dos sertões, como a precária organização familiar ou o poder do latifúndio, seriam discutidos pelos médicos, que não se furtaram a assinalar as relações sociais injustas prevalentes nas áreas visitadas. Embora não tenha provocado mudanças imediatas nas políticas de saúde vigentes até então, o relatório-denúncia de Neiva e Pena "atrairia a atenção de setores das elites e reacenderia no Congresso e no Palácio do Catete, o interesse pelos sertões, já esquecidos desde o episódio de Canudos" (91).

Em 1918, Belisário Pena, já na linha de frente do movimento, lançaria "Saneamento do Brasil", "panfleto político", no dizer de Castro Santos, que muito serviria à mobilização a favor dos sertões. Além das críticas às políticas de saúde da época, Belisário Pena apresentaria nesta obra um programa de saneamento para todo o território nacional, enfatizando a necessidade de unificação e centralização dos serviços de saúde pública e defendendo, em consequência, uma intervenção maior do Estado no setor (92).

No mesmo ano, seria criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, que unificaria o movimento sanitário, integrando-o a outros movimentos de caráter nacionalista. A forma como se desenvolveria essa organização daria provas do amadurecimento do movimento que se originara da denúncia das precárias condições médico-sanitárias e sociais dos sertões. A luta dos sanitaristas se tornara política. O seu programa, que se pretendia de "salvação nacional", alcançaria notoriedade e reconhecimento.

Entre os anos de 1916 e 1919, a Revista Saúde divulgaria as proposições da Liga Pró-Saneamento (93), que seria um instrumento de fundamental importância para a construção e a propaganda do ideário nacionalista em saúde. Através desta publicação, os sanitaristas da Liga consolidariam sua oposição às teses do pensamento colonialista do século XIX, segundo as quais as regiões tropicais seriam inviáveis à civilização e sua insalubridade resultaria da presença de doenças caracterizadas como tropicais. A essa altura, tendo assimilado os novos conhecimentos da bacteriologia e da parasitologia, os sanitaristas rejeitariam a existência de "doenças climáticas", mostrando a "inverdade científica" por trás de tal representação. Assim afirmaria Afrânio Peixoto na Revista Saúde de julho de 1918, sobre a ancilostomíase:

"...depende de um verme, deposto no solo que nele pisam e por aí se infestam. Esta é a verdade verdadeira, provada, experimentada. Por que chamá-la doença climática, tropical?" (94)

A repercussão desse novo posicionamento chegaria a outros estados, sendo que em Minas Gerais, Samuel Libânio, na liderança do movimento, ao instalar um Posto de Saneamento em um grupo escolar de Belo Horizonte, refutaria também a representação da ancilostomíase como anemia tropical, defendendo a "ação regeneradora da higiene". Na mesma linha dos sanitaristas da Liga Pró-Saneamento, rejeitaria também as formulações que relacionavam o atraso do país e a gravidade de sua situação sanitária à composição étnica da população e à miscigenação racial (95). Ao propugnar pela recuperação do caboclo, combatido pela doença e

não "elemento irremediavelmente negativo ao progresso", Samuel Libânio acenaria com a possibilidade do "revigoramento da raça", o que reabilitaria o Brasil com um "povo sadio e forte nacionalidade" (96).

A campanha do saneamento a essa altura já se tornara programa oficial de governo, tendo o movimento dos sanitaristas sido capaz de influenciar, no plano das políticas sanitárias, a criação, ainda em 1918, de um serviço federal de profilaxia rural, voltado para o controle das três grandes endemias rurais: ancilostomíase, malária e doença de Chagas. No governo Epitácio Pessoa, com a implantação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública sob a coordenação de Carlos Chagas, então diretor do Instituto Oswaldo Cruz, Belisário Pena receberia a direção dos serviços de saneamento rural (97), intensificando-se a campanha, agora movida "de dentro" do Estado. Por sua vez, o novo código sanitário ampliaria o poder do governo federal sobre os estados, possibilitando a criação, em poucos meses, através de acordos entre a União e os estados, de vários postos de profilaxia rural no norte e nordeste do país. Segundo L. A. Castro Santos, em 1922, perto de 100 postos de saúde estavam operando, além dos abertos pela International Health Commission da Fundação Rockefeller (98).

Desse modo, ao longo da década de 1920, o crescente processo de intervenção pública em saúde reforçaria o programa de saneamento rural, que seguiria em expansão até o governo Washington Luís. Neste momento, em decorrência de cortes nos gastos públicos,

alguns postos rurais chegaram a ser fechados. Como anota L. A. Castro Santos, nos últimos anos da República Velha, o móvel da campanha do saneamento rural seriam as atividades de educação sanitária, que, no dizer da época, orientavam-se para o "despertar da consciência sanitária do povo". Belisário Pena, como Inspetor Federal de Educação Sanitária, cruzaria, entre 1927 e 1930, o interior de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e estados do Nordeste, dando mostras de que "o movimento sanitário não perdera ainda seu vigor enquanto ideologia, enquanto idéia-força" (99).

Não somente no aparelho de Estado, os sanitaristas encontrariam um forte aliado. No desenrolar do movimento, receberiam a adesão de expressivas forças políticas e institucionais, além da opinião pública e da imprensa. No Congresso Nacional, o movimento sanitário articulava correntes políticas pró-saneamento, representando "os ideais reformistas das classes médias das grandes cidades", aliados ao "espírito regionalista dos estados mais duramente atingidos pelas endemias rurais e sem recursos para combatê-las"(100). Como argumenta Castro, também o tenentismo viria concorrer para o crescimento do movimento sanitarista, mais especificamente os revolucionários da Coluna Prestes que partilhariam ideais reformistas com os sanitaristas (101). Outra relevante força institucional de apoio ao movimento estaria representada pela Missão Rockefeller no Brasil, que a partir de 1917, se uniria aos governos federal e estaduais no combate à ancilostomíase e à malária. A Missão contribuiria para o conhecimento da extensão e da gravidade das verminoses em

várias regiões do país, além da disseminação de medidas profiláticas e terapêuticas em bases científicas modernas (102).

O processo de fortalecimento do movimento sanitário rural, durante os anos 20, seria interrompido com a Revolução de 30. Se em termos de políticas de saúde, o movimento não alcançou os resultados esperados, já que, como mencionamos em capítulo anterior, o Estado foi incapaz de deter a expansão das endemias rurais, sua força ideológica não poderia deixar de ser reconhecida. Castro Santos qualifica o movimento como um dos "canais mais importantes na República Velha para o projeto ideológico de construção da nacionalidade" (103). Fiadores desse projeto, os sanitaristas muito cedo compreenderam a importância do papel que viriam desempenhar na transformação da saúde em problema nacional, mobilizando a Nação na busca de soluções. Sua organização, desde como sociedade civil fortalecida por seus vínculos com o movimento nacionalista, à incorporação ao aparelho de Estado, o que resultaria no seu enquadramento, daria a medida das possibilidades de expansão da Saúde Pública na República Velha, questão de polícia redefinida como política social.

3.2.2. A criação do Departamento Nacional e a reforma de 1920

Antes de examinarmos os motivos pelos quais o movimento sanitário teria sido interrompido em 1930, passamos à análise da reforma sanitária de 1920, que teve como resultado, entre outros, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em relação ao período republicano inicial, a intervenção pública em saúde seria ampliada e diversificada em resposta a um conjunto de

determinações, dentre as quais destacamos a crise social e sanitária do final dos anos 10.

Em 1920, com a reorganização dos serviços de saúde pública, seria criado o Departamento Nacional, unificando-se os serviços da antiga Diretoria de Saúde Pública e a Profilaxia Rural, instituída em 1918. A nova organização se estruturaria em três diretorias, Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, Saneamento e Profilaxia Rural (104). Carlos Chagas, então diretor do Instituto Oswaldo Cruz, assumiria a chefia do Departamento ainda em 1920 e até 1926 responderia pela implementação da reforma sanitária, que, por esse motivo, acabaria sendo reconhecida como reforma Carlos Chagas.

Em relação ao período anterior, a reforma assinalaria uma mudança no que se refere aos serviços de saúde, ampliando-se sua abrangência, tanto em termos espaciais, quanto de segmentos da população atingida pelos programas sanitários. Também se verificaria uma diversificação das ações propostas, estendendo o governo federal sua ação ao saneamento urbano e rural, à propaganda sanitária, aos serviços de higiene infantil, à higiene profissional e industrial, à fiscalização de gêneros alimentícios, à supervisão dos hospitais públicos federais e fiscalização dos demais (105). Além disso, caberia ao governo federal a organização, orientação ou execução dos serviços sanitários estaduais, instituindo-se para tanto delegacias de saúde, de âmbito regional (106). Afora a profilaxia das doenças de notificação compulsória, como varíola, febre amarela, peste,

cólera, tifo exantemático e difteria, o Departamento Nacional assumiria desde então, através da Diretoria de Saneamento Rural, o combate às endemias rurais, especialmente impaludismo, helmintososes, esquistosomose, doença de Chagas, tracoma, leishmaniose, filariose e bouba (107).

A legislação sanitária desse período atualizaria as técnicas de profilaxia das doenças transmissíveis, prevendo-se a sua incorporação à realidade da prática de saúde. Permaneceria, no entanto, o traço autoritário da legislação anterior, que revestira a Saúde Pública de poderes de intervenção direta e ampla sobre uma multiplicidade de fatos e ocorrências sociais, tal como ficaria demonstrado já no primeiro artigo do decreto que reorganizou os serviços de Saúde Pública (108).

Mas seria no Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública que sobressairia o autoritarismo da legislação sanitária. Com relação às doenças transmissíveis, seriam definidas medidas de profilaxia geral, notificação, isolamento, desinfecção e vigilância, observando-se para o seu cumprimento dispositivos rigorosos de controle e repressão (109). Como exemplo, menciona-se que os portadores de qualquer doença transmissível de notificação compulsória seriam submetidos a pesquisas experimentais repetidas até que pudessem ser declarados não perigosos como elementos de contágio, não podendo nem mesmo mudar-se sem que fornecessem o novo endereço à autoridade sanitária (110). Para o controle da lepra, o regulamento facultava a requisição de força policial para obrigar os

suspeitos ao exame diagnóstico ou os doentes ao isolamento compulsório (111). No caso da vacinação antivariólica, o regulamento se mostraria extremamente rigoroso ao proibir àqueles que não se sujeitassem à medida o exercício na função pública, a prestação de serviços militares, a matrícula ou frequência a escolas, o internamento em hospitais, asilos e prisões, o trabalho em companhias, bancos, estabelecimentos comerciais e industriais, além da residência em hotéis, casas de cômodos, estalagens, hospedarias ou quaisquer habitações coletivas (112).

A par dessas medidas de cunho autoritário, a legislação sanitária da década de 20 apresentaria uma preocupação com as condições de trabalho especialmente de mulheres e crianças. Introduziria pela primeira vez na legislação federal a regulamentação da licença a gestante e puérpera (30 dias antes e 30 após o parto) e vedaria às fábricas a admissão de menores de 12 anos como operários. O controle do cumprimento desses dispositivos ficaria por conta da Inspetoria de Higiene Infantil, criada pela mesma legislação.

Como salientou Nilson do Rosário Costa:

"essa legislação ainda que limitada teve validade histórica por significar: 1. uma das primeiras conquistas sociais dos trabalhadores urbanos após a lei de acidentes de trabalho de 1919; 2. a incorporação pelo aparato estatal das reivindicações das massas operárias em resposta ao intenso movimento político dos anos 10 (113).

Com efeito, já o surgimento do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, como órgão de amplitude nacional e com atribuições abrangentes no campo sócio-sanitário, estaria relacionado não apenas com as necessidades de centralização do

aparelho estatal tendo em vista os interesses dominantes, ou com as mudanças políticas assinaladas no seio do pensamento médico-sanitário, com implicações no movimento em favor do saneamento do interior do país. O contexto de crescente agitação política das classes trabalhadoras e médias urbanas, ao final dos anos 10, e as intensas repercussões econômicas, culturais, sociais e mesmo sanitárias da Primeira Guerra Mundial contribuiriam também para a reforma da organização sanitária (114).

Segundo a historiografia brasileira, a crise social dos anos 10 se relacionaria à recessão econômica, acentuada no país após o início do conflito mundial, quando se agravou, no plano externo, o problema do balanço de pagamentos. No plano interno, a alta do custo de vida, somada à escassez de gêneros alimentícios no mercado, atingiriam as classes médias e trabalhadoras, que enfrentavam ainda o desemprego, a redução de salários e a perda de pequenas conquistas, como consequências mais imediatas da recessão. Rio de Janeiro e São Paulo constituiriam, entre 1914 e 1919, o cenário de manifestações populares contra a situação de carestia, desemprego e miséria. A greve geral de 1917 em São Paulo assinalaria um marco, na conjuntura histórica de intensa agitação política e social, da emergência de um movimento social de base operária nos centros urbanos do país (115).

Por sua vez, o Estado liberal republicano se veria na contingência de uma redefinição de seu papel frente à questão social. Seu contorno, segundo as evidências, transcendia a mera questão de polícia. Ensaando um novo tipo de resposta intervencionista em relação ao problema social, o Estado formaria

em 1918 o Comissariado da Alimentação Pública, com a finalidade de controlar o comércio dos meios de subsistência nos centros urbanos (116).

Em relação à saúde propriamente dita, a ocorrência, entre setembro e outubro de 1918, de uma grave crise sanitária, provocada pela epidemia da gripe espanhola, atingiria diretamente o núcleo político e econômico do país, a cidade do Rio de Janeiro, com reflexos em praticamente todos os centros econômicos de importância, aprofundando-se a crise social (117). Reconhecendo a fragilidade da organização sanitária face à crise provocada pela epidemia da gripe, o governo da União, premido pelo agravamento do conflito social, incorporaria as proposições formuladas no seio do movimento sanitário, intensificando a intervenção pública em saúde, através do Departamento Nacional de Saúde Pública. A criação deste Departamento representaria uma mudança na forma como até então vinha sendo tratada a questão social na Primeira República, antecipando-se o Estado, no campo da saúde, a redefini-la como questão política.

Desta maneira, o projeto formulado pelos sanitaristas articulados em torno da Liga Pró-Saneamento encontraria condições de ser assimilado pelo aparelho estatal, integrando-se ao Departamento Nacional todo o grupamento dos novos técnicos especializados em saúde pública (118). Até então, conforme sugere Nilson do Rosário Costa, estes técnicos estavam à margem do processo decisório relativo à questão sanitária:

"Após a criação de tal aparelho os sanitaristas passaram

a estar extremamente próximos aos destinos políticos da Primeira República e de suas classes dirigentes" (119).

Em 1923, com a criação da Sociedade Brasileira de Higiene, os sanitaristas pautariam sua organização por uma aproximação ainda maior com o poder público, desenvolvendo-se como "verdadeira linha auxiliar de atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública", tendo inclusive a presidência da Sociedade sido usualmente exercida pelo próprio diretor do Departamento (120). A Sociedade Brasileira de Higiene, no correr da década de 20, estabeleceria como prática a realização de congressos nacionais de higiene, mobilizando expressivo contingente de sanitaristas. Os relatórios desses congressos (1923, 1924, 1926, 1928, 1929) constituem importante documentação sobre o desenrolar do movimento sanitário, após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Segundo a interpretação de Nilson do Rosário Costa, importantes características do pensamento sanitário seriam ressaltadas, a partir da avaliação dos registros desses congressos, destacando-se:

- a) no I Congresso Brasileiro de Higiene, em 1923, a ruptura dos sanitaristas incorporados ao aparelho estatal com o ideal nacionalista dos primeiros tempos. Motivo: os compromissos assumidos pelo Departamento com a Fundação Rockefeller, no programa de profilaxia da febre amarela e outras doenças em algumas regiões do país;
- b) com exceção do I Congresso em que se discutiu o tema urbanização e saneamento, o temário dos demais congressos expressaria uma visão estreita relativamente

à reflexão do problema de saúde pública como questão social. Na pauta dos congressos, predominaria a discussão do modelo de saúde pública definido como controle de epidemias, reforçando-se as práticas sanitárias modeladas pela experiência do início do século;

- c) em vários congressos, o tema privilegiado seria o da saúde infantil, tomando-se como objeto de reflexão não as condições de vida e trabalho da infância operária (como a legislação sanitária chegaria a tratar), mas as proposições de "educação moralizadora e domesticadora" da infância. De fato, os sanitaristas, nesse período, elegeriam a criança como alvo da ação pedagógica em saúde, visando transformar hábitos e atitudes da família frente a saúde/doença e com isso atingir os padrões sanitários da população. O objetivo último seria o de buscar "modos de atuação sanitária que prescindissem dos dispositivos coercitivos e punitivos e possibilitassem a ampla aceitação pela população das medidas de controle das doenças de massa" (121).

Outro tema caro aos sanitaristas nesse período e que faria parte do temário desenvolvido nos Congressos de Higiene seria o da organização de Centros de Saúde, como serviços permanentes de saúde pública. Desde 1925, o Estado de São Paulo, ao reorganizar o seu Serviço Sanitário, instituiria os Centros de Saúde, como unidades urbanas, aglutinando-se em um mesmo local todos os

dispensários de saúde pública que vinham servindo à população de um mesmo bairro ou região. Na organização e coordenação desses serviços, o sanitarista Paula Souza defenderia a sua utilização

"como base logística para o esforço de educação sanitária por intermédio de educadoras de higiene, professoras especialmente instruídas em assuntos sanitários que (buscassem) induzir na população modos e atitudes favoráveis à ação dos serviços" (122).

Em Minas Gerais, como anotamos no capítulo II, tal experiência iniciar-se-ia com a reforma de saúde pública de 1927, sendo implantados, entre este ano e 1929, mais de 50 serviços permanentes, então designados "núcleos de irradiação sanitária". Dividiam-se, segundo a complexidade dos serviços prestados e o pessoal alocado, em Centros de Saúde e Postos de Higiene. No Rio de Janeiro, também em 1927, seria inaugurada a experiência de organização de Centros de Saúde, sob a coordenação de J. P. Fontenelle. Neste caso, buscava-se "verificar experimentalmente as vantagens de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades e do funcionamento articulado de serviços de saúde pública com a colaboração de populações locais" (123).

O sucesso das experiências em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais garantiria a sua ampliação, nestes como em outros estados, até o final da década de 20. O elemento integrador dessas experiências seria a decisiva influência da Fundação Rockefeller que, através da Repartição Internacional de Saúde Pública, apoiaria, entre 1917 e 1918, os primeiros ensaios dos programas de controle da ancilostomíase, de base municipal e com a participação comunitária. Originaram-se desse modo os postos

sanitários rurais no Rio de Janeiro, Minas Gerais e outros estados. As avaliações sobre as experiências da Fundação Rockefeller no Brasil, assim como em várias partes do mundo, indicam que:

"não apenas motivações estritamente econômicas moveram a ação sanitária da Fundação Rockefeller em várias partes do mundo. A preocupação com os problemas de saúde das populações locais tinham um largo alcance político e ideológico servindo como mecanismo de criação de condições institucionais favoráveis aos investimentos e empresas americanas em uma etapa de feroz competição imperialista" (124).

De fato, as propostas de organização de serviços permanentes de saúde pública, tanto os postos rurais quanto os Centros de Saúde como unidades urbanas, antes de sua introdução e difusão no Brasil, haviam sido desenvolvidas nos Estados Unidos da América, sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. Os médicos brasileiros que primeiro tomariam conhecimento dessas experiências seriam os que se integraram na década de 20 ao curso de especialização em Saúde Pública, criado pela Universidade de John Hopkins. Paula Souza e Fontenelle estavam entre esses profissionais (125). O fomento de um programa de educação e especialização médica, através do financiamento de bolsas de estudos nos Estados Unidos, completaria assim a estratégia da Fundação Rockefeller. Sua influência na organização sanitária nacional estaria consolidada, ao final dos anos 20, com repercussões até mesmo nas estruturas regionais, em períodos posteriores. A eficácia desta estratégia se devia, além do mais, à decisão de apoio a profissionais que já vinham se notabilizando em seu campo de estudo, voltando-se a atenção inclusive para a formação de

quadros não restrita à organização central. Prova disso seria a escolha em Minas Gerais dos médicos Carlos Pinheiro Chagas, primeiro bolsista brasileiro da Fundação Rockefeller, em 1915, e de Baeta Viana, bolsista em 1924, reconhecido por suas investigações de química fisiológica na Universidade de Minas Gerais (126) e posteriormente responsável pela implantação e direção da Secretaria de Saúde e Assistência, no governo Milton Campos, como vimos no capítulo 2.

Examinados o momento de emergência das políticas de saúde na Primeira República, o sanitarismo urbano do início do século, o movimento em prol do saneamento rural datado do final dos anos 10 e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, bem como a legislação e as políticas sanitárias da década de 20, restaria a interpretação sobre o declínio da Saúde Pública no período pós 30.

3.3. Formação de uma política nacional, 1930-1945

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930, pode-se dizer que estariam criadas as condições para o surgimento de uma política de saúde de "corte" nacional. Como de fato sustentam alguns estudos, a partir de 1930, consolidar-se-ia uma política nacional que, no entanto, seria caracterizada como "política restrita", em termos da amplitude de sua cobertura populacional e dos aspectos técnicos e financeiros de sua estrutura organizacional (127). Tal interpretação vale-se das análises políticas e econômicas sobre o período que se inicia com a Revolução de 30, em que se identifica o "caráter restringido"

tanto da acumulação quanto do Estado Nacional. Como salientaram Braga e Góes de Paula:

"Do ponto de vista econômico, neste período instaura-se um processo de industrialização, ou seja o motor da acumulação passa a ser o capital industrial. Trata-se de uma industrialização limitada, restrita, dada a insuficiência técnica e financeira do próprio capital industrial. Isto é, as bases do capital industrial estavam "restringidas" porque não se implantara um setor industrial produtor de meios de produção (máquinas, equipamentos, insumos básicos) que desse maior concretude ao progresso tecnológico e impusesse a partir de seus investimentos uma dinâmica especificamente capitalista ao conjunto da sociedade"(128).

Em termos políticos, 1930 marcaria o momento de ruptura da estrutura de poder da Primeira República, abrindo-se uma crise de hegemonia com o deslocamento da burguesia cafeeira de sua posição de controle sobre o aparelho de Estado. Nesse quadro de crise, configura-se uma "autonomia relativa" do Estado frente às classes e frações de classes. A ação estatal se caracteriza por respostas aparentemente contraditórias, pois sua atenção se dirigia a interesses de distintos grupos (129). Ainda assim a ação governamental se revelaria insuficiente e limitada:

"Tratava-se (...) de um Estado "restringido", limitado pela precariedade de seu aparelho e pela estreiteza de suas bases financeiras; mesmo assim, era um Estado que tentava a industrialização e fazia avançar - certo que sob seu controle - as políticas sociais" (130).

As transformações de caráter político, em especial a mudança na natureza do Estado, teria desse modo estabelecido as condições de um novo enfrentamento às questões sociais, como aliás já se anunciara no período anterior. Nesse sentido, a saúde pública, assim como outros problemas sociais agravados com o

desenvolvimento da economia capitalista no país, seriam assimilados à pauta governamental, integrando-se entre as chamadas políticas sociais. Abrem-se as possibilidades de um significativo avanço em termos da realização de suas propostas e programas. No entanto, a considerar os estudos que tratam da Saúde Pública após 1930 (131), nesse período teria havido uma retração na atuação do setor (132), bem como uma interrupção do movimento sanitário, especialmente no âmbito rural, verificando-se uma progressiva despolitização da questão sanitária ao longo da era Vargas (133).

Nilson do Rosário Costa relacionou a desmobilização das rotinas de saúde pública, ocorrida entre 1930 e 1934, à "profunda perda de poder e prestígio do círculo intelectual médico-sanitário, grandemente identificado com a velha ordem republicana" (134).

Já L. A. Castro Santos argumentou que as antigas bases de sustentação do movimento sanitário durante a Primeira República haviam permanecido depois da Revolução de Outubro, mas a supressão do debate político nacional a partir de 1937 teria representado uma perda para o movimento. Mesmo assim:

"se os sanitaristas perderam por este lado, poderiam ter ganho por outro: o aparelho estatal, já desde a República Velha um forte aliado, experimenta maior concentração de poder político durante o período varguista" (135).

Quais seriam então os motivos da retração da Saúde Pública? Em relação ao movimento sanitário em defesa do saneamento do interior do país, o estudo de L. A. Castro Santos é suficientemente elucidativo. Mostrando que a relevância política

desse movimento esteve não nas políticas de saúde implementadas na década de 20, mas na força ideológica de suas bandeiras, o autor sugere que a burocratização decorrente da criação do Ministério da Educação e Saúde teria tido um "efeito paralisante sobre o movimento". Retirando da bandeira da reforma sanitária sua força ideológica, a burocratização a transformaria em "projeto governamental". Como afirmaria o autor em seguida:

"Na verdade os sanitaristas não atentavam para o que hoje parece trivial: o movimento não precisava de Ministério. Demandava a mobilização política da população do interior em torno da bandeira do saneamento" (136).

Essa mobilização, no entanto, não se colocaria como possibilidade no quadro político que se delineara desde o final da Primeira República. No campo, verificava-se a inexistência de qualquer movimento reivindicatório: a população rural se mantinha sob o controle oligárquico. Nas cidades, segmentos das classes trabalhadoras despontavam na cena política através de movimentos contestatórios e de "militância sindical" (137). Tal situação contribuiria também, segundo Castro Santos, para o esvaziamento do movimento sanitário, pois a política oficial deslocara seu foco de atenção dos "sertões" para as grandes cidades. Tornara-se prioritária a política de controle e integração dos trabalhadores urbanos, força política já suficientemente organizada para desafiar os interesses das classes empresariais (138). Daí que o período varguista elegeira como questões políticas fundamentais a implementação de medidas de controle da participação política dos trabalhadores urbanos, a construção de um sistema de previdência

social e o desenvolvimento de um setor industrial. A Saúde Pública deixada em segundo plano, seria reduzida a uma questão técnica que demandava soluções técnicas, perdendo assim o reconhecimento como questão de alcance nacional ou matéria de tratamento político (139).

Evidentemente, não deixariam de ocorrer campanhas sanitárias em pontos isolados do país, como a de controle de uma epidemia de malária no Ceará, entre 1930 e 1945. Mas parece ter predominado, no período, a opção por um critério econômico de combate às doenças endêmicas. Como exemplificaria Castro Santos:

"O desenvolvimento da mineração no Vale do Rio Doce exigia o saneamento da área a ser explorada. Vargas determina então que um Serviço Especial de Saúde Pública realize o saneamento da região, em 1942. No mesmo ano, o SESP desenvolve atividades de saneamento em áreas de importância estratégica na Amazônia, dado "o interesse momentâneo que a guerra criara pela borracha" (140).

Além dos estudos que tratam da institucionalização deste Serviço Especial, muito pouco se conhece sobre as políticas de Saúde Pública após 30. Afora os dois estudos amplamente utilizados em nossa revisão analítica, que avaliam a despolitização da saúde nos anos trinta, a adoção na era varguista de critérios exclusivamente econômicos para o controle das doenças endêmicas no interior do país e a desmobilização de certas rotinas da Saúde Pública urbana, entre 1930 e 1934, a literatura não fornece outras pistas, permanecendo como que um "vazio" interpretativo sobre esse período.

Já um breve exame do texto constitucional de 1934 mostraria que a Saúde Pública, pela primeira vez desde a Constituição de 1824,

receberia um tratamento especial, deixando entrever uma inflexão no tipo de política a ser adotada. Entre as competências da União e dos estados, discriminou-se o cuidado à saúde e à assistência pública, tendo-se enfatizado a assistência médica e sanitária do trabalhador e da gestante. A esta seria assegurado "descanso antes e depois do parto sem prejuízo do salário e do emprego". Visando a proteção social do trabalhador, estabelecia-se "a instituição de previdência mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte" (141). O amparo à infância e à maternidade também seria ressaltado neste texto, prevendo-se a criação de um fundo com recursos provenientes de 1% das rendas tributárias da União, dos estados e municípios, destinado à implementação de medidas concernentes à melhoria da saúde infantil e materna (142). Além dessas medidas, determinaria a Constituição de 1934 que a União se encarregasse da organização do Serviço Nacional de Combate às grandes endemias do país. O custeio, a direção técnica e administrativa deste Serviço seriam de responsabilidade da União, onde a execução do Serviço excedesse às possibilidades dos governos locais (143). Deste dispositivo, conforme salientou Orestes Diniz, resultaria a Lei Gustavo Capanema, que criou no Departamento Nacional de Saúde vários serviços nacionais especializados, dentre eles os de Lepra, Malária, Tuberculose, Câncer, Assistência Hospitalar e Sanitária (144).

Alguns dos dispositivos da Constituição de 1934 não chegariam a produzir efeitos imediatos. Já em 1937 seria outorgada nova Carta

que imporia uma legislação, em termos da Saúde Pública, relativamente menos avançada. Mesmo assim, deve ser ressaltada a originalidade de sua formulação, sobretudo no que diz respeito ao sistema de proteção social dos trabalhadores em geral. O processo de instituição de um sistema de previdência abrangendo os trabalhadores de um mesmo agrupamento ocupacional, independente da empresa a que se vinculavam (diferenciando-se portanto do sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP's - inaugurado em 1923 com a Lei Elói Chaves), já concretizado com a criação do primeiro dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, o IAPM (dos Marítimos), como autarquia federal, em 1933, ainda não se expandira, nem tampouco fôra motivo de qualquer regulamentação (145).

Também é de se registrar, no que se refere à assistência ao trabalhador, a distinção feita entre assistência sanitária e médica, fazendo supor uma redefinição da intervenção em Saúde Pública que se desdobraria em duas modalidades de atenção, a primeira voltada para problemas de escopo coletivo e a segunda para a promoção e recuperação da saúde individual. Na prática, o que viria a ocorrer, sobretudo a partir dos anos 50, seria a constituição de dois setores distintos (em termos de recursos organizacionais e financeiros): a Saúde Pública, propriamente dita, que permaneceria como modelo predominante até os anos 60, porém em franco declínio; e o setor de medicina previdenciária, que se ampliaria desde o final dos anos 50, tendo como atribuição o atendimento à saúde individual (146).

Com relação à Saúde Pública desenvolvida em instância regional, o quadro seria bem diferente. As evidências reunidas no caso de Minas Gerais indicam que, a partir dos anos 40, a organização sanitária estadual assumiria como sua atribuição, além da saúde coletiva, a assistência médica individual e gratuita, retornando a questão sanitária à pauta política governamental. As reformas de saúde pública de certos governos estaduais parecem ter respondido a essa nova orientação, significando que no interior mesmo da Saúde Pública operava-se uma mudança, tal como deixaria entrever o texto constitucional de 1934. Qual teria sido o sentido dessa mudança, seu efetivo alcance? Assinalariam as reformas estaduais uma reversão à tendência de desmobilização da Saúde Pública verificada após 30? Teria o processo de redemocratização que se iniciou em 1945 alterado o percurso das políticas de saúde? Na próxima seção deste capítulo, pretendemos avaliar algumas dessas questões à luz da discussão sobre o novo contexto político-social desenvolvido após 1945.

3.4. Saúde Pública e Política Social, 1945-1960

A considerar os estudos sobre políticas de saúde no Brasil, o restabelecimento da democracia política após 1945 não teria gerado mudanças no padrão dessas políticas. Abordando a evolução geral do aparelho de Estado, entre 1930 e 1960, o destaque nesses estudos ficaria por conta de um debate desenvolvido em plano nacional em torno do chamado modelo sanitário, entre os anos 40 e 50 (147). Ao que parece, no entanto, o debate mobilizaria não mais que os técnicos de saúde pública, restrita a questão sanitária à organização técnico-administrativa. O impulso dado à

formação de especialistas em saúde pública, nesse momento, estaria relacionado à forma como se desenvolvera desde 1930 o sanitarianismo nacional, área "técnica" voltada para soluções de problemas "técnicos". De outro modo, ao analisarmos a formação em saúde pública da perspectiva da política de saúde regional, como fizemos em relação ao Estado de Minas Gerais, verificamos que houve uma significativa mudança no padrão das políticas sanitárias após 1945. A chave dessa mudança seria a redefinição da questão de saúde; mais do que uma questão "técnica", tratava-se de um problema social e político, relacionando-se as suas soluções ao desenvolvimento econômico-social do estado.

Na tentativa de elucidar esse padrão diferenciado de políticas de saúde pública, evidenciado pelo menos no caso de Minas Gerais, procuramos, nesta seção, apoiar-nos nos estudos de políticas sociais, focalizando especialmente o contexto brasileiro de 1945 a 1964. O conceito de "cidadania regulada" desenvolvido por Wanderley Guilherme dos Santos parece-nos de grande valia para o entendimento do quadro evolutivo das políticas de saúde pública, como mencionaremos a seguir. Ainda outros pontos serão destacados nesta seção: em primeiro lugar, o tratamento sumário dado à questão sanitária pelo texto constitucional de 1946 e a "retórica" do Plano SALTE (governo Dutra) que colocaria a saúde entre as prioridades do governo federal. Em segundo lugar, discutiremos a saúde pública na prática institucional, particularmente considerando as questões postas no debate do modelo sanitarianista, ocorrido entre os anos 40 e 50. Finalmente, procuramos avaliar o significado do programa de formação de

sanitaristas, recapitulando os seus vínculos com as políticas de saúde, em seu desenvolvimento histórico.

3.4.1. Os limites do processo de redemocratização

Os estudos sobre Política Social no Brasil em geral caracterizam o período compreendido entre o ano de 1945, marco da redemocratização da sociedade brasileira, e 1964, como de insignificantes avanços na política distributiva compensatória. De fato, o modelo institucionalizado desde os anos 30, tendo o Estado como regulador da estrutura produtiva e social, permaneceria após 1945, como permaneceriam as conquistas da legislação trabalhista, a educação fundamental e a generalização da cobertura previdenciária para amplos setores das classes trabalhadoras, muito pouco vindo a ser acrescido em termos de benefícios sociais. No entanto, há uma mudança a ser assinalada: como analisou Marcos Coimbra, o Estado Social Brasileiro, no período compreendido entre 1945 e 1964, iria observar a transformação de suas funções. Tendo um papel fundamental na estratégia de incorporação das populações trabalhadoras ao Estado corporativo nos anos 30, passaria a desempenhar um papel de freio à mobilização espontânea das populações pobres (148). Dada a intensificação da mobilização popular ao longo do período, o Estado não daria conta de cumprir esta função tão somente através das políticas sociais, haja visto o próprio desenvolvimento dessas políticas e a ruptura do regime em 1964 (149).

A característica fundamental deste período, segundo Coimbra, seriam as contradições que foram se acumulando entre o Estado

corporativo e a sociedade civil em processo de crescente ativação (150). Já desde a crise do Estado Novo, no quadro do pós-guerra, com a vitória das potências democráticas contra o nazi-fascismo em nível mundial, crescera o movimento da sociedade civil brasileira pela redemocratização do país. Nas cidades, o fortalecimento da oposição democrática reunindo forças políticas de diferentes matizes constituiria o cenário final da crise do período ditatorial varguista (151). Os fatos que se sucederam, da queda da ditadura à eleição do Presidente Dutra e da Assembléia Nacional Constituinte, revelariam que, a despeito de uma maior liberalização da ordem política nacional, as estruturas sociais e econômicas permaneceriam intactas:

"As oposições vencedoras a 29 de outubro representavam elites econômicas e oligarquias regionais afastadas do poder em 30, ou que tinham sido durante o Estado Novo, e não tinham interesse algum em realizar qualquer transformação de peso, que viesse a permitir a real participação das massas populares no processo de decisões políticas." (152).

Assim a redemocratização, como processo eminentemente político, embora não representasse uma continuação do regime implantado em 1937, também não deveria ser encarada, dadas as "garantias constitucionais e até certo ponto liberais da Carta de 46", como "inauguração de uma etapa democrática de nossa história política absolutamente distinta do autoritarismo anterior" (153). Gisálio Cerqueira Filho ressaltou a preservação do arbítrio consagrado nos anos 30, sobretudo após 37, relacionando-o às

"exigências impostas pelo "desenvolvimento" associado à industrialização, modernização, criação de uma sociedade de consumo, fortalecimento do projeto capitalista enfim"

(154).

A "democracia liberal", estruturada a partir de 1946-47, seria desse modo marcada pela restrição à participação política das classes trabalhadoras, sendo "qualquer movimento ou organização de massas sufocado e/ou atrelado ao aparelho burocrático do Estado, a par da manutenção das liberdades e garantias individuais afiançadas pela Constituição" (155).

Nesse quadro se compreende a "função desmobilizadora" das políticas sociais, como mecanismo acionado desde o governo Dutra para o controle da participação política das classes populares, num contexto de liberalização da vida política. Mesmo contido pelo autoritarismo político, o movimento operário não deixaria de crescer e ampliar sua organização após 45, marcando presença no cenário político nacional (156). Seu controle não se daria somente através da repressão à organização sindical; outras práticas herdadas do Estado Novo seriam mantidas, entre elas a de "cidadania regulada", para utilizar o conceito de Wanderley Guilherme dos Santos (157).

Segundo este autor, o período compreendido entre 1945 e 1964, caracterizado como "democracia limitada", assistiria à consolidação de um quadro de progressivas mudanças, em termos econômicos e sociais, relativas a: extensão e aprofundamento da divisão social do trabalho, indicando modificações na estrutura ocupacional, por um lado, e na estrutura de escassez, por outro; crescente processo de urbanização decorrente dos movimentos migratórios para os grandes centros, que, embora favorecendo o

processo de acumulação industrial, suscitaria problemas de saneamento, habitação e saúde pública; alterações nas concepções econômicas e de administração do governo, ampliando-se a capacidade de intervenção do Estado (158). Embora o processo configurasse uma nova estrutura para o país, permaneceria o Estado como o grande regulador. Sua tarefa seria a de

"administrar uma ordem relativamente democrática, em termos políticos, em um contexto social e econômico extremamente regulado" (159).

É nesse sentido que a manutenção da prática de "regulamentação das profissões como batismo cívico" (160), instituída e consolidada ainda no Estado Novo, favoreceria o Estado no controle do conflito social. De fato, somente seriam reconhecidas como demandas sociais legítimas, relativamente a empregos, salários, rendas e benefícios, aquelas provenientes de categorias e grupos ocupacionais previamente regulamentados pelo poder público. Prevalecendo a ordem da "cidadania regulada", em que o reconhecimento do cidadão se daria via profissão, num quadro de agravamento dos problemas urbanos, "a resposta do poder público seria pobre" (161). Especialmente no caso das políticas de saúde pública, os pequenos avanços corresponderiam ao modo como as demandas por saúde se apresentariam ao Estado, demandas difusas não pertencentes a grupos ocupacionais específicos. Com efeito, por falta de organizações que pressionassem por sua solução, essas demandas poderiam deixar de serem atendidas e mesmo terem sua solução indefinidamente protelada (162). Nessa situação, o direito à saúde não sendo reconhecido para o comum dos cidadãos, mas tão somente para aqueles pertencentes a

categorias ocupacionais legitimadas pelo poder público, trataria o Estado apenas da ampliação do sistema previdenciário, que abrangeria um número cada vez maior de grupamentos profissionais, através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, deixando de apoiar o desenvolvimento da Saúde Pública.

Após 1945, o sistema previdenciário manteria as suas características básicas, tendo sua administração ainda controlada por representantes do Ministério do Trabalho e da burocracia sindical. A eficácia desta fórmula criada desde o Estado Novo, em termos do sistema de controle sindical e de distribuição de benefícios compensatórios, dependeria da manutenção da prática de "cidadania regulada" (163). Conforme sugeriu Wanderley Guilherme dos Santos, no processo de ampliação e reforço das instituições previdenciárias, a burocracia sindical desenvolveria um comportamento dúplice: comprometida com a manutenção do sistema de "cidadania regulada", "que lhe dava recursos de poder perante seus representados", não deixaria mesmo assim de lutar por "ganhos no processo de acumulação via aumento de salários (colocando-se) naturalmente ao lado de seus representados, inclusive como recurso de poder perante o Estado" (164).

Esse comportamento da burocracia sindical que controlava as organizações operárias deixaria marcas no processo de formulação das políticas sociais, muito especialmente as políticas de saúde. L. A. Castro Santos, em relação à Primeira República, sugerira que "os trabalhadores urbanos como rurais, embora fossem o alvo das ações de saúde pública, não estiveram ativamente engajados

nas políticas de saúde" (165). Ausentes as classes trabalhadoras ou, de outro modo, regulada sua participação por categorias ocupacionais previamente reconhecidas pelo Estado, a questão da saúde coletiva, se tanto, apareceria como demanda de grupos específicos, solucionável no âmbito das instituições previdenciárias. No mais, mesmo constituindo-se como problema social de um enorme contingente da classe trabalhadora, não se apresentaria como demanda ao Estado, a não ser de modo difuso, pois que referida a pré-cidadãos, que, por não se integrarem à estrutura ocupacional reconhecida, não teriam seus direitos assegurados.

A restrição à participação de atores sociais no processo de formulação de políticas de saúde, nesse sentido, ampliaria o espaço da burocracia estatal que assumiria um papel fundamental na decisão sobre essas políticas (166). Esse ponto, a nosso ver, esclareceria o processo de redefinição das políticas de saúde, ocorrido ao final dos anos 40, ao nível dos governos estaduais, onde, supomos, a tendência ao esvaziamento das políticas de saúde não teria chegado a completar-se de modo tão crítico quanto ao nível federal, as reformas estaduais tendo significado uma tentativa de retomada do modelo sanitário.

Com efeito, à semelhança do que ocorrera nos meados da década de 10, em que o movimento pela reforma sanitária do interior do país partira "de dentro" do Estado, parece que após 1945, no âmbito dos governos estaduais também o movimento reformista teria se originado no interior mesmo da organização estatal. Condicionariam a direção desse movimento, de um lado, a

"inespecificidade" das demandas por saúde, e de outro, os interesses políticos das elites no poder. A ampliação dos serviços sanitários, como novas agências do poder público, segundo as evidências fornecidas pelo estudo das políticas de saúde de Minas Gerais, poderia servir não somente a interesses político-eleitorais dessas elites, como também à recomposição das bases político-partidárias, no momento de restabelecimento, ainda que em termos limitados, da democracia política.

No interior dessa "nova" ordem, a formação de sanitaristas desempenharia um papel fundamental. Atores importantes no processo de formulação das políticas de saúde, no cenário da burocracia oficial, responderiam, de um lado, pela necessidade de interpretação das demandas por saúde, transformando os problemas difusos em propostas especializadas, e servindo nesse sentido de interlocutores a grupos sociais ainda não reconhecidos em seus direitos de cidadania. De outro lado, participantes do jogo político, especialmente no âmbito do poder local, integrariam grupos ou facções, vinculando-se no mais das vezes a interesses dominantes. Entre o sanitarista da "fase heróica" da Saúde Pública que pretendia "assumir perante as forças da Nação a voz dos miseráveis e oprimidos, em sua ânsia de saúde e liberdade" (167) e o sanitarista dos "novos" tempos, instruído nas modernas técnicas sanitárias e voltado para a solução dos problemas de saúde locais, seria modelado um novo perfil, idealizado nas propostas oficiais de formação e especialização técnica. Sua concretização, em termos da transformação da prática médico-sanitária, dependeria de condições objetivas, relacionadas não

apenas à existência de recursos organizacionais e financeiros, mas também à capacidade desenvolvida pelo setor público de responder às necessidades e direitos sociais.

3.4.2. A questão sanitária na Constituição de 1946

Já o exame do texto constitucional de 1946 serviria de evidência à tendência, que se consolidaria no período, de omissão da garantia à saúde, entre os direitos sociais do cidadão. Eximia-se o Estado do dever de promover os meios de recuperação e manutenção da saúde individual e coletiva. Apenas no artigo quinto das Disposições Preliminares da Organização Federal, a Constituição de 1946 referia-se à Saúde Pública, como obrigação da União:

"item XIII - organizar a defesa permanente contra efeitos da seca, das endemias rurais e das inundações"; "item XV - letra b - legislar sobre normas gerais de direito financeiro, de seguro e previdência social, de defesa e proteção à saúde; e de regime penitenciário" (168).

Os sanitaristas não deixariam de criticar as falhas do texto. Em primeiro lugar, salientaram a omissão da Assembléia Constituinte no que se refere à regulamentação da questão sanitária, tratada em "estilo telegráfico", em contraste com a minúcia de muitos outros capítulos. Em trabalho apresentado no X Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belo Horizonte em 1952, Orestes Diniz assim se expressaria:

"Foi elaborada por uma numerosa assembléia que, no entanto, não teve olhos e sensibilidade para ver e sentir o panorama nosográfico que aqui tem sua representação em endemias responsáveis por sofrimentos,

prejuízos econômicos e desfalques em nossos quadros humanos. Parece que os constituintes de 1946 tiveram em mira não este Brasil físico que se estende pela América do Sul, formando a sua maior parte, mas algum país fantasma que existisse apenas na imaginação desfigurada pelo sonho ou, talvez, enlevada pela poesia. Só assim se explica que vagamente, medrosamente, como que fugindo a definir-se perante as mais caras aspirações dos sanitaristas, a Constituição de 1946 consigne apenas, de modo lacônico, (...) nas Disposições Preliminares da Organização Federal (...) a obrigação da União (para com a Saúde Pública) " (169).

Outras críticas se referem à impropriedade da utilização da noção de endemias rurais, cuja profilaxia a União se encarregaria de organizar, considerando que sua disseminação não se circunscreveria às áreas rurais, atingindo também os núcleos urbanos, como seria o caso da doença de Chagas e da lepra. Além disso, colocaram-se os sanitaristas em defesa de uma mais adequada definição do campo de ação do Governo Federal, propugnando por sua maior participação nos programas sanitários estaduais, dado que os estados por si só não dispunham de recursos para a sua completa execução. A crítica, nesse caso, tomaria como alvo não apenas a Constituição de 1946, que "nada objetiva a esse respeito", mas também, o Poder Legislativo. Este, na visão dos sanitaristas, não vinha dando tratamento adequado à saúde pública, falhando na regulamentação da grande maioria dos serviços especializados que, por esse motivo, seguiriam submetidos ao "regime de arbítrio" (170).

Na conclusão de seu trabalho, Orestes Diniz afirmaria que "sem a saúde do povo as liberdades públicas não adquirem consistência porque estão sempre periclitando" (171), deixando transparecer a diferença entre os ideais dos sanitaristas e a prática política

parlamentar. Não seria o suposto "desinteresse" do Poder Legislativo para com a Saúde Pública uma mostra de que sua primeira preocupação recairia sobre a garantia das liberdades públicas? De fato, essa posição do Legislativo não atrairia os sanitaristas, que seguiriam defendendo a prioridade à saúde (172).

3.4.3. O Plano SALTE e a prioridade à saúde

No Plano SALTE, lançado pelo Governo Federal, em 1948-49, os sanitaristas encontrariam a defendida prioridade à saúde(173). Orientado para a solução dos grandes problemas brasileiros - saúde, alimentação, transporte e energia - o Plano granjearia o apoio dos sanitaristas, que desde logo viriam a público, assinalando a importância dada pelo Plano ao setor da Saúde Pública. Já em 1948, no momento em que o Plano seria submetido ao Congresso Nacional, o que se daria através de uma Comissão Interpartidária encarregada de analisá-lo ao nível dos partidos políticos, os sanitaristas tratariam de divulgar, pela imprensa, o possível alcance das realizações da Saúde Pública, "primeiro setor do Plano SALTE": intensificação da assistência médica preventiva e curativa, sob a forma de campanhas orientadas para a solução dos problemas sanitários básicos do país, como as endemias rurais e urbanas, entre as quais, verminose, tuberculose, malária, sífilis, lepra, febre amarela, peste, tracoma, boubá e câncer; ampliação da rede nacional de estabelecimentos de assistência médico-hospitalar em geral, bem como a de proteção à maternidade e à infância; medidas para baratear a produção de medicamentos essenciais; complementação da

atual rede de postos de higiene e de centros de saúde do país; reaparelhamento do Departamento Nacional de Saúde e programas de treinamento e formação de pessoal médico e para-médico (174).

No entanto, a execução do Plano SALTE, originalmente formulado como plano quinquenal, se mostraria crítica, chegando a ser avaliada como uma realidade "puramente retórica, sem nenhuma eficácia executiva" (175). Ao que se indicou, nenhum de seus objetivos teria sido alcançado; apenas registrou-se a função social que acabaria cumprindo como instrumento de planejamento: "auxiliar a precisar a consciência crítica do desenvolvimento, indicando problemas e as opções possíveis", num momento em que o Governo Federal se decidira por "um afastamento significativo das linhas de ação pública defendidas na política liberal do período" (176).

Entre as debilidades técnicas do Plano seriam apontadas: a imprecisão de seu esquema financeiro no tocante a fontes de recursos; a omissão de aspectos administrativos necessários à sua implementação e, por fim, a ausência de um relacionamento funcional entre o orçamento da União e o Plano (177). Algumas dessas imprecisões seriam reconhecidas ainda no ano de seu lançamento. Em julho de 1948, o Conselho Econômico da Confederação Nacional da Indústria apresentaria ao Congresso Nacional um parecer em que não recomendava a execução do Plano, a menos que sofresse "transformações radicais". O motivo principal era "a inexistência de bases seguras para o financiamento das obras e serviços em referência" (178). Essas considerações,

entretanto, não alterariam o rumo das negociações no âmbito do Congresso, que acabaria por aprová-lo. Somente em 1950 seria promulgada a lei instituindo o Plano SALTE e dispendo sobre sua execução, embora haja evidências de que sua implementação teria sido iniciada no ano anterior.

Quanto a resultados, o destaque ficaria por conta dos programas médico-assistenciais: "No ano de 1951 - terceiro ano do Plano - de todas as consignações orçamentárias previstas, somente três chegaram a ser movimentadas e todas três dedicadas a programas de caráter médico-assistencial, sem nenhuma conexão com as inversões em infra-estrutura, defendidas com tanta ênfase nas projeções do Plano" (179). A tomar por outras informações do Relatório de Contas da Administração Geral (1949-1951), as campanhas contra a febre amarela, malária e tuberculose teriam sido os três programas sanitários a mobilizar os recursos do Plano SALTE, mencionando-se inclusive os coordenadores de cada um desses programas e a quantia recebida (180). A intensificação da campanha de combate à malária no Estado de Minas Gerais, mencionada no capítulo II, constaria da programação nacional e só teria se tornado possível graças a recursos federais. Assim, ao que parece, o Plano SALTE, em relação ao Setor Saúde, teria possibilitado algumas realizações; mas uma avaliação completa de seu alcance demandaria um aprofundamento na investigação, o que transcende o nosso objetivo. Mesmo assim, na falta de um conhecimento mais apurado sobre os resultados do Plano em termos da Saúde Pública, nossa conclusão é de que as expectativas dos sanitaristas não teriam sido atendidas. Nessa, como em outras

iniciativas do período que se segue a 1945, deixaria o poder público de fazer avançar o processo de equacionamento da questão social.

3.4.4. O modelo sanitaria em debate

No quadro de insignificantes avanços da política nacional de saúde, entre os anos 40 e 50, ganharia relevo, como mencionado anteriormente, o debate em torno do chamado modelo sanitaria. Questionava-se o padrão de desenvolvimento do sistema de saúde pública, no que se refere a seu alcance e dimensões, assim como a sua estrutura administrativa (181). Por trás desse debate, conformaram-se duas posições bem distintas, ambas tendo como cenário o poder público: de um lado, a grande maioria dos sanitaristas que, defendendo a prioridade à saúde, movimentavam-se pela renovação do sistema de saúde pública, em especial o seu modelo de atendimento. Firmavam-se no princípio de que com a solução dos problemas da saúde/doença, a pobreza e o atraso econômico estariam também resolvidos. De outro ponto de vista, a burocracia oficial identificada, sobretudo nos anos 50, com a "ideologia desenvolvimentista", viria recolocar a relação saúde/doença e pobreza, invertendo o sentido de sua determinação. Nesta perspectiva, atribuía-se ao desenvolvimento econômico, em especial o desenvolvimento industrial, a capacidade de resolver os problemas sociais, entre eles os da saúde. Esta última posição ganharia terreno na administração federal, justificando-se inclusive o insuficiente padrão de investimento na Saúde Pública pela necessidade de concentração de recursos nas chamadas medidas "desenvolvimentistas" que, segundo se idealizava, conduziriam à

solução dos problemas sociais (182).

Enquanto isso, os sanitaristas, numa tentativa de retomada do movimento sanitário nacional, voltariam à prática de realização dos Congressos Brasileiros de Higiene, interrompida nos anos 30. Entre 1947 e 1952, promoveriam cinco desses importantes eventos, cujos temas prioritários seriam: formação técnica em saúde pública (1947); educação sanitária e higiene rural (1948); organização dos programas e serviços de unidades sanitárias locais (1951). Em torno desses temas, a tomar pelos relatórios dos trabalhos transcritos nos Anais dos respectivos Congressos, existiria mais concordância do que posições em conflito, como se verá mais adiante.

No entanto, havia uma questão fundamental que, por suscitar divergências entre os sanitaristas, nem sempre aparecia com muita evidência nos debates; tratava-se do problema de a quem se atribuir a responsabilidade do cuidado à saúde, ao indivíduo ou ao Estado. O processo que teria gerado essa divergência merece menção, antes que as duas posições sejam explicitadas.

De início, seria consensual entre os sanitaristas a idéia de que o momento vivido (o pós-guerra) seria de uma "gradual porém definitiva" mudança nos conceitos e práticas de Saúde Pública (183). O reconhecimento do período de transição ou mudança na Saúde Pública já se colocara desde o final da Segunda Guerra, quando autoridades nacionais e estrangeiras se mobilizariam em torno de um amplo debate sobre novos padrões de políticas sanitárias. T. Parran, Chefe do Serviço de Saúde Pública dos

Estados Unidos, em 1948, chamaria a atenção para o novo papel da Saúde Pública na sociedade moderna: "oferecer facilidades e serviços sanitários adequados a todos que deles necessitem".

Ainda segundo Parran:

"Estamos experimentando uma era de progresso - nos serviços de saúde individuais voltados para a prevenção de doenças como as venéreas e a tuberculose, na utilização da assistência médica e nos aspectos de seguro social. Este conceito mais amplo de atividades sanitárias corresponde a uma era em que se abrem novas fronteiras científicas e surgem, por todo o mundo, novos conceitos de responsabilidade social" (184).

No Brasil, Ernani Braga ressaltaria a ampliação do campo de trabalho da Saúde Pública na abertura do IX Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Porto Alegre, em novembro de 1951. Além das novas conquistas em termos de medidas preventivas, mencionava a aproximação da Saúde Pública com as ciências sociais: "a chamada medicina social de nossos dias a preocupar-se tanto com o estudo da influência das condições sociais sobre a saúde física e mental, como com os métodos de preservá-la e conservá-la" (185).

A redefinição do escopo da ação pública em saúde se fundamentaria na construção de um novo conceito de saúde. "Saúde total, saúde vivida", como sugeriria Aristides Moll, Secretário da "Oficina Sanitária Panamericana", em 1946, em discurso pronunciado perante a Associação de Saúde Pública de Porto Rico (186). Esse pronunciamento assinalaria o conteúdo positivo do conceito de saúde, antecipando a formulação adotada pela Organização Mundial de Saúde: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se caracteriza unicamente pela ausência de doença ou

de enfermidade". Esta formulação, a despeito das críticas posteriores a sua excessiva amplidão e, por consequência, pouca operacionalidade (187), viria constituir o "ideal" em saúde, perseguido pelas mais diversas organizações sanitárias.

Ao buscar a renovação da prática sanitária, visando o estado "ideal", os sanitaristas acabariam assumindo posições diferentes. Reconhecendo a necessidade de incorporação da medicina preventiva às atividades de Saúde Pública, como recurso não apenas à prevenção das doenças, mas sobretudo à proteção e promoção da saúde, em busca da realização do "ideal" sanitário, um grupamento de sanitaristas viria posicionar-se a favor da separação entre as atividades de saúde pública propriamente ditas e as de medicina preventiva. As primeiras seriam encargo da comunidade, enquanto as últimas seriam de responsabilidade do indivíduo, executadas em benefício da família (188). Em outra posição, estariam os sanitaristas que defendiam a inclusão do trabalho de medicina preventiva no bojo das ações de saúde pública, considerando-o de responsabilidade das organizações públicas de saúde. Esta última posição assumiria a saúde como direito, o que implicaria orientar a assistência médica pública para o atendimento das necessidades dos indivíduos. Diferenciavam-se dos primeiros, que definiriam a saúde como "privilégio". E neste sentido, implicando "responsabilidade equivalente, (caberia) ao próprio indivíduo contribuir imensamente para que sua saúde não decaia" (189).

Uma questão objetiva colocava-se na base da divergência a respeito da saúde como direito ou privilégio, responsabilidade social ou individual: a forma de financiamento da assistência

médica, num momento em que os seus custos apresentavam progressiva elevação. Parran, em 1948, assinalara a relevância desse problema "que tem causado preocupações e discussão entre todos os que estão envolvidos com a Saúde" (190). Enfatizava a necessidade de solucioná-lo em primeiro lugar, de modo a garantir assistência médica acessível a toda a população. Enquanto nos Estados Unidos, o Serviço de Saúde Pública consolidaria uma forma de custeio baseada em ampla participação privada e particular, no Brasil, a despeito das propostas de sistema cooperativo (191), o programa de assistência médica só viria a se desenvolver com o financiamento estatal.

Apesar disto, o pensamento sanitarista brasileiro parecia filiar-se mais à primeira posição, ou seja, ao ideal de uma saúde "popularizada", "democratizada" (192). Não havendo espaço para a completa realização desse ideal no momento, mesmo porque dependeria de recursos públicos, os sanitaristas apelariam para a responsabilidade individual, apelo que se tornaria inócuo, dadas as condições objetivas do desenvolvimento nacional. A saída encontrada refletiria uma solução de compromisso do grupamento médico-sanitário perante a questão sócio-sanitária. Seria a redefinição do objeto da Saúde Pública, com a utilização dos conceitos de medicina social, como proporia Ernani Braga:

"O centro de interesse do trabalho de saúde pública deixou de ser o indivíduo isoladamente; passou ele a ser considerado como um valor econômico, integrante de uma comunidade social e membro de um grupo cuja unidade menor é a família. Não seria por conseguinte suficiente, apenas, preservar a saúde desse indivíduo, todo o empenho deve ser dado a que todas as suas capacidades sejam desenvolvidas ao máximo. Poderá assim ele atingir

aquela saúde definida pela Organização Mundial da Saúde" (193).

A colocação de que a prática sanitária deveria orientar-se para o desenvolvimento das "capacidades" (leia-se, da capacidade produtiva) acenaria com a possibilidade de a Saúde Pública vir a corresponder às necessidades do sistema econômico, o que implicaria a construção de um modelo de atenção em função dessas necessidades. Interessante que, embora o conceito "ideal" de saúde, formulado pela Organização Mundial da Saúde, potencialmente implicasse no atendimento às necessidades do indivíduo (o seu completo bem-estar, considerando inclusive circunstâncias econômicas, sociais e políticas restritivas ao pleno desenvolvimento (194)), nesse caso, serviria como referência a um modelo funcional ao sistema dominante. E sendo funcional ao sistema sócio-econômico, a Saúde Pública poderia ser incluída entre as áreas de "investimento rentável" (195) - este sendo o cerne da proposta de reorientação do modelo. No seu desenvolvimento, esta proposta acabaria por reconsiderar a questão da responsabilidade do Estado sobre a saúde individual e coletiva, não deixando entretanto de manter um certo distanciamento em relação às teses "desenvolvimentistas".

Uma avaliação sucinta do temário dos Congressos Brasileiros de Higiene mostraria uma Saúde Pública plenamente identificada com o atendimento às áreas rurais e aos pequenos e médios municípios do interior do país. Não constavam da pauta de discussão desses Congressos os problemas urbanos, nem sequer se mencionava o agravamento das condições sanitárias nos centros que se tornavam

mais densamente populosos em função do crescente fluxo migratório. Em termos de formulação de políticas de saúde, parecia não existir uma preocupação com a política global de saúde. A Saúde Pública teria se especializado na assistência aos não-cidadãos, diferenciando-se pois da política previdenciária, que trataria de assistir a população trabalhadora urbana. No primeiro caso, o Estado se adiantaria, concedendo o "privilégio" de uma assistência, mesmo precária e insuficiente. No segundo, asseguraria o direito à saúde, que incluiria assistência médica e hospitalar, através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, limitando a cidadania à regulamentação das profissões.

As propostas de mudança no modelo de atenção em Saúde Pública, recorrentes nos Congressos Brasileiros de Higiene, não chegariam a tratar da divisão que se estabelecera entre o setor propriamente de Saúde Pública e o de medicina previdenciária. Os limites pareciam completamente definidos. No horizonte dos sanitaristas, não havia mais que a tentativa de atribuir "valor econômico" à população-objeto da Saúde Pública, na expectativa de ter ampliadas as bases do financiamento público em saúde. Por outro lado, a fragmentação no interior da própria Saúde Pública, como processo que levaria ao desmembramento de serviços, entre os quais o Departamento da Criança, ocorrido em 1940, seria avaliada criticamente pelos sanitaristas. Manuel Ferreira, em 1946, se mostraria apreensivo com as "muitas Saúdes Públicas", vislumbrando já que a expansão da organização sanitária se daria às custas da "fratura e desagregamento da obra de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas" (196).

No entanto, as mudanças preconizadas pelos sanitaristas não alcançariam uma redefinição global do sistema sanitário. Restringia-se a reorganização administrativa de serviços de saúde subordinados aos governos federal e estaduais, seja em termos dos "programas mínimos" das unidades locais de atendimento, que deveriam, segundo alguns, incluir a assistência médica, seja da preparação e da formação de pessoal, tendo em vista uma atenção eficaz a toda a população, inclusive a de áreas rurais (197). A necessidade de mudança seria motivada por uma avaliação da ineficácia dos serviços de saúde, tal como vinham sendo organizados; entre os problemas apontados estaria o da defasagem entre a prática sanitária e os novos conhecimentos técnico-científicos relacionados à prevenção e ao tratamento das doenças (198). Também seria criticada a excessiva centralização a que fora conduzida a Saúde Pública, tomando o governo federal, através do Departamento Nacional e das Delegacias Federais de Saúde, o comando de serviços estaduais e municipais, em detrimento de uma ação partilhada e voltada para as necessidades locais (199). Tanto a necessidade de incorporação de novas técnicas sanitárias, quanto a de descentralização de serviços, estariam na dependência do desenvolvimento de um amplo programa de formação de técnicos especializados em saúde pública, uma das propostas mais ressaltadas nos Congressos de Higiene. Na mira dos sanitaristas, a formação de "técnicos e mais técnicos" possibilitaria a aplicação de todo o potencial oferecido pela ciência, como afirmaria Paula Souza, seja no campo médico, seja no da engenharia sanitária ou da enfermagem de saúde pública

(200). Possibilitaria também a descentralização e a expansão dos serviços de saúde. As mudanças defendidas na Saúde Pública necessitavam de atores e os novos especialistas poderiam cumprir esse papel. Para isso seria preciso assegurar uma formação adequada, promovida por escolas de nível superior, se possível universitário, de modo que a especialização sanitária fosse reconhecida como as demais. Além disso, a formação técnica incorporada à prática do setor público serviria ao estabelecimento de novos parâmetros aos processos de seleção, nomeação e promoção de pessoal de saúde, introduzindo uma nova racionalidade administrativa (201).

Como reconheceu Manuel Ferreira ao referir-se à questão do restabelecimento da democracia política no país, a Saúde Pública não poderia "constituir-se um corpo fora da Nação e fugir aos fenômenos gerais que escrevem a sua história"; assim, no momento de reestruturação geral do país, a política de saúde pública não escaparia às mudanças correspondentes à política geral (202). Mas não ocorrera aos sanitaristas que suas propostas de inovação, sobretudo as relacionadas a uma nova ordem técnico-administrativa, não teriam um desenvolvimento autônomo, estando muitas vezes limitadas por condições estruturais. Tal seria o caso das sucessivas tentativas de descentralização de serviços, bem como de racionalização administrativa na saúde pública, cujos fracassos os sanitaristas debitariam à fragilidade da política sanitária, tomando uma perspectiva de análise interna ao setor.

Utilizando-se a idéia de Manuel Ferreira, se a Saúde Pública almejava integrar-se ao curso da história brasileira e com isso

alterar substancialmente o sistema de atenção, uma reorientação necessária incidiria sobre a mencionada divisão entre saúde pública e medicina previdenciária, numa perspectiva de superação dessa divisão. Mantendo-se como política exclusivamente voltada para o interior do país, especializada nas áreas propriamente rurais, onde o Estado pouco interferiria, nem sequer reconhecendo os direitos de cidadania, a Saúde Pública não teria outra alternativa senão o declínio e a impossibilidade de reestruturar-se efetivamente.

Assim, os debates ocorridos entre os anos 40 e 50, a despeito de sua amplitude e mobilização de técnicos, não seriam suficientes para modificar o curso de evolução da Saúde Pública, já delineado nos anos 30. Tampouco as reformas estaduais, como a realizada em Minas Gerais entre 1946 e 1947, embora com evidente alcance político, no âmbito do poder regional e local, não somariam forças à almejada mudança na política sanitária nacional. Mesmo a criação em 1953 do Ministério da Saúde não viria inaugurar uma nova etapa na Saúde Pública. O reconhecimento político-institucional e de seu grupamento médico-sanitário não significaria um novo enfrentamento à questão sanitária. O modelo sanitariaista seguiria entre os anos 50 e 60 em progressivo questionamento; superada a "ordem policial" do início do século, a Saúde Pública, a despeito de inúmeras tentativas, falharia na conquista de uma nova ordem "educativa e assistencial", como projetaram os sanitaristas, ficando a meio caminho da história. Somente em períodos posteriores, encontraria a Saúde Pública condições objetivas de concretização de um novo modelo de

atenção, com a organização do "Sistema Nacional de Saúde" (1975). Este selaria os limites da responsabilidade pública em saúde, ao promover o ordenamento tão somente das ações sobre o meio ambiente e de prestação de serviços, até então dispersas em diferentes órgãos da administração pública federal.

3.4.5. A formação de sanitaristas e o movimento de Saúde Pública

Mesmo com todo o questionamento em torno do modelo sanitarista, o programa de preparação técnica em saúde pública seguiria reforçado após 1945. Além do Departamento Nacional de Saúde, que nas décadas de 40 e 50 se destacou na promoção de atividades de preparo de pessoal profissional, técnico e auxiliar (203), vários departamentos estaduais tomaram a seu cargo, desde então, a especialização técnica (204). Também datam desse período a transformação do Instituto de Higiene de São Paulo em Faculdade de Higiene e Saúde Pública (1945) e a criação da Escola Nacional de Saúde Pública (1950). A preparação de recursos humanos assumiria assim um caráter de atividade central no setor público de saúde, desenvolvendo-se de forma sistemática através de escolas e cursos oficiais.

Antes de examinarmos o significado alcançado por esse tipo de ação pública, entre os anos 40 e 50, buscaremos o seu sentido, retomando o movimento da Saúde Pública, desde a emergência das políticas de saúde no início do século.

Da análise do processo de determinação da origem da intervenção pública em saúde, ressalta o caráter prévio da especialização do trabalho médico-sanitário, relativamente às exigências de preparação técnica. Ou seja, no âmbito do setor público, antes de se colocar a necessidade de formação de sanitaristas, ocorreu uma mudança na prática sanitária. Essa mudança - manifesta no processo de especialização da prática médica - foi condicionada, como vimos, por transformações na estrutura econômica do país, relacionadas ao desenvolvimento de uma economia capitalista agro-exportadora e a seus desdobramentos em termos de uma política de imigração. Embora a análise dos determinantes estruturais tenha sido enfatizada por fornecer hipóteses consistentes à explicação do processo nascente de intervenção em saúde pública, outras referências foram utilizadas. Também foram analisados os condicionantes político-sociais, bem como as relações entre Saúde Pública e desenvolvimento cultural e científico, como processos que favoreceram a emergência das políticas de saúde. Ao retomar sucintamente a determinação do processo de intervenção em saúde, nosso objetivo consiste em revelar que, uma vez instaurado o curso de transformação das práticas médico-sanitárias, sua reprodução, em princípio calcada na experiência prática, se daria independentemente de programas especiais de preparação técnica. Somente no período seguinte, caracterizado pelas reformas sanitárias, é que seria reconhecida a necessidade de programas de preparação de pessoal. Desse momento em diante, o Estado assumiria a proposta de educação de médicos, atribuindo-lhe uma certa intencionalidade (205). Entre a prática no serviço de saúde

pública e a estruturação de cursos e escolas, a relação educativa, que se dava de forma difusa e assistemática no seio do trabalho médico-sanitário, seria intencionalmente apropriada pelo Estado, com o propósito de orientá-la à formação de quadros especializados. Essa formação, por sua vez, atenderia às exigências de um crescimento da organização estatal, com repercussões no processo de fortalecimento da autoridade pública, ao mesmo tempo em que significaria um instrumento à formação de uma consciência sanitária e social, como parte de um projeto ideológico de construção da nacionalidade.

Esse seria o sentido geral da proposta de formação técnica em saúde pública, conforme se deduz de nossa revisão anterior. Reconhecidos os condicionantes estruturais sobre o processo de transformação e especialização do trabalho sanitário, pareceu-nos que entre a prática e a formação sanitária, a vinculação deveria dar-se ao nível político, variando-se as formas segundo as quais o Estado se apropriaria da proposta educativa. Daí termos orientado nossa análise para o movimento da História, buscando interpretações que dessem conta das relações entre poder regional e central, política pública e questão social, ideologia e prática política.

Nessa perspectiva, buscamos discutir a Saúde Pública pós 45, assinalando que, no contexto de restrições estruturais, o processo de redemocratização, ainda que limitado, seria suficiente para gerar modificações no âmbito dos programas oficiais. A despeito de insignificantes avanços nas políticas sociais, entre as quais as de saúde, nesse período teria

ocorrido, segundo a análise de Paul Singer, um acirramento no conflito distributivo (206), com implicações nas políticas e práticas sanitárias. De acordo com o autor, a democracia "ao conferir direitos políticos a uma massa destituída de propriedade e em parte de direitos sociais, (...) multiplica assim as pressões sobre o erário público e o sistema financeiro estatal, as quais originam tensões inflacionárias e desequilíbrio nas contas externas" (207). Ao referir-se à segunda experiência democrática brasileira (1945-64), especialmente ao período JK (1956-61), Paul Singer mostraria como se daria essa pressão:

"E como os pobres também eram eleitores, uma redistribuição de renda a seu favor passou a se viabilizar politicamente. Só que essa redistribuição era reivindicada e parcialmente atendida mediante inversões públicas em serviços urbanos - escolas, postos de saúde, delegacias de polícia, asfaltamento e iluminação de vias públicas, etc. - nas áreas pobres das grandes cidades. De modo que o erário era duplamente onerado, como resultado do próprio desenvolvimento: ele tinha que financiar inversão em serviços de infra-estrutura e indústria de base, demandadas pela burguesia, e em serviços urbanos, demandados pela classe operária ou mais genericamente, pelo eleitorado de baixa renda" (208).

A viabilidade política do enfrentamento ao conflito distributivo, potencializado no período democrático, entre 1945 e 1964, sugerida por Singer, remete-nos à análise das políticas e práticas de saúde pública então desenvolvidas. Nossas evidências indicaram que o grupamento médico-sanitário, reunido nas organizações públicas de saúde, não deixaria de reagir às pressões por extensão dos serviços urbanos advindas dos "pobres (que) também eram eleitores".

De fato, seria nesse contexto que se acirraria, entre os

sanitaristas, o debate sobre a generalização do direito à saúde, independente da posição social e econômica da população a ser atendida. Mas também foi nesse período que se reequacionaram as possibilidades práticas de extensão de serviços, seja alterando-se a própria concepção e estrutura de serviços, seja retomando-se o programa de formação de recursos humanos.

Dado que o trabalho sanitário prosseguira, desde momentos anteriores, em seu processo de especialização, as propostas de formação técnica não se restringiriam mais à educação de médicos, alcançando outros profissionais, como engenheiros e enfermeiros. Também redefiniu-se a intencionalidade da ação educativa; o projeto de formação de quadros não visava apenas a viabilização da extensão de serviços (e, como anteriormente, por consequência, da autoridade pública). Tampouco seu fim último se reduziria à ampliação da consciência sanitária.

Tanto um objetivo quanto o outro foram resgatados nesse período, sendo no entanto redimensionados, segundo a concepção dos sanitaristas. A intenção seria de, através do programa de formação de técnicos em saúde pública, integrar a organização sanitária (compreendida em termos da estrutura oficial e das organizações civis que se mobilizavam pela saúde pública) no processo de redemocratização da vida política brasileira. Isto significava, inclusive, uma orientação para o fortalecimento do movimento em favor da ampliação dos direitos sociais, partindo-se da conquista do direito à saúde.

Sendo esse o significado afinal alcançado pelo programa de

formação de sanitaristas e outros técnicos em saúde pública, entre os anos 40 e 50, sua completa realização indubitavelmente estaria na dependência do processo de solução do conflito distributivo. Ocorre que a evolução do conflito levaria ao impasse, cuja ruptura se faria "às custas da democracia", num quadro de crise inflacionária, recessão e instabilidade política (209). Assim, antes que a ruptura da democracia imobilizasse o revigorado movimento sanitário, essas condições já seriam mais do que suficientes para inviabilizar qualquer projeto que instrumentalizasse a ampliação dos direitos sociais.

- (1) "Questão social" no sentido universal do termo, significando "o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs ao mundo no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim a "questão social" está fundamentalmente vinculada ao conflito capital e trabalho". In Gisálio Cerqueira Filho, A "Questão Social" no Brasil - crítica ao discurso político, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1982, p. 21.
- (2) Segundo Gisálio Cerqueira Filho, o discurso político burguês, na sua vertente liberal ou totalitária, filia-se a uma teoria da integração social na medida em que apresenta "de forma cristalina a efetiva possibilidade de que os conflitos entre capital e trabalho possam ser resolvidos fora dos limites da luta de classes". E mais adiante: "a estratégia do discurso burguês é a conversão do ideológico em "natural", visando acima de tudo neutralizar os efeitos da luta de classes, procurando apresentar uma imagem de harmonia e integração". In Gisálio Cerqueira Filho, op. cit. p. 27.
- (3) Ibid, p. 28.
- (4) Essa formulação tem em vista a compreensão de como os interesses são representados num Estado liberal clássico; nesse contexto, o critério básico de seletividade é negativo, consistindo na proibição de intervir na ordem econômica, no mundo privado. Carlos Nelson Coutinho, Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In Sônia Fleury Teixeira (org.), Reforma Sanitária: em busca de uma teoria, São Paulo, Cortez Editora, 1989.
- (5) Silvia Gerschman, Sobre a formulação de políticas sociais. In Sônia Fleury Teixeira, op. cit., p. 119 a 138.
- (6) Ibid, p. 131.
- (7) Ibid, p. 131-132.
- (8) E. D. Nunes (org.), As Ciências Sociais na América Latina. Tendências e Perspectivas, Brasília, OPAS, 1985, p. 45-46.
- (9) Sônia Fleury Teixeira, Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In Sônia Fleury Teixeira (org.), op. cit. p. 18.
- (10) Segundo Cury, "a categoria mediação expressa as relações concretas e vincula mútua e dialeticamente momentos diferentes de um todo. Nesse todo, os fenômenos ou o conjunto de fenômenos que o constituem não são blocos irreduzíveis que se oponham absolutamente, em cuja descontinuidade a passagem de um ao outro se faça através de saltos mecânicos. Pelo contrário, em todo esse conjunto de fenômenos se trava uma teia de relações contraditórias, que se imbricam mutuamente. O isolamento

de um fenômeno priva-o de sentido, porque o remete apenas às relações exteriores. O conceito de mediação indica que nada é isolado. Implica, então, o afastamento de oposições irreduzíveis e sem síntese superadora. Por outro lado, implica uma conexão dialética de tudo o que existe, uma busca de aspectos afins, manifestos no processo em curso. A distinção existente entre esses aspectos oculta uma relação mais profunda que é a fundamentação nas condições gerais da realidade". Carlos Roberto Jamil Cury, Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo, São Paulo, Cortez-Autores Associados, 1985. p. 43.

- (11) Juan Cesar Garcia, Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In E. D. Nunes (org.), Medicina Social: aspectos teóricos e técnicos, São Paulo, Global, 1983, p. 107.
- (12) E. D. Nunes, As Ciências Sociais na América Latina. Tendências e Perpectivas, op. cit., p. 40.
- (13) J. C. Garcia, op. cit., p. 107.
- (14) E. D. Nunes, op. cit., p. 39.
- (15) A. C. Laurell, citado por E. D. Nunes, op. cit., p.39.
- (16) Sônia Fleury Teixeira, op. cit., p. 18.
- (17) Ibid.
- (18) J. C. de Souza Braga e S. G. de Paula, Saúde e Previdência: estudos de política social, São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981, p. 41 a 49.
- (19) Nilson Rosário Costa, Lutas urbanas e controle sanitário, origens das políticas de saúde no Brasil, Rio de Janeiro, Vozes, 1985.
- (20) Juan Cesar Garcia, Estado e Políticas de Saúde na América Latina, ABRASCO, Rio de Janeiro, Textos de Apoio de Ciências Sociais 2. PEC/ENSP, 1984, p. 13-97.
- (21) Luís Antônio de Castro Santos, Saúde Pública, Ideologia e Poder na Primeira República, resumo apresentado ao Encontro de História da Saúde, Casa Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, s/d.
- (22) Luís Antônio de Castro Santos, Power, Ideology and public health in Brasil, 1989-1930 (tese de doutorado), Harvard University, Cambridge, Massachusetts, 1987, p. 4.
- (23) Ibid, p.10.
- (24) Ibid, p.38.
- (25) Deve ser ressaltado que o trabalho de Nilson Rosário Costa em termos metodológicos diferencia-se de outros estudos de política social, pois incorpora à sua análise a questão da distribuição de poder na Primeira República. Ao analisar as políticas de saúde também como estratégia de poder das classes dominantes, o autor reporta-se ao poder instituído pelo estado e também aos micropoderes, utilizando-se da noção introduzida por Foucault.
- (26) Ver trabalhos de Hésio Cordeiro, Jaime de Oliveira e Sônia Fleury Teixeira sobre assistência médica previdenciária.
- (27) V. Navarro, citado por Sônia Fleury Teixeira, op. cit.,

p.18.

- (28) Sônia Fleury Teixeira, op. cit., p. 19.
- (29) Ver noção de totalidade concreta em C. R. J. Cury, op. cit., p. 36: "Dados isolados não passam de abstrações. Por isso, a totalidade é concreta. Interna aos dados empíricos, implica-os e os explica no conjunto das suas mediações e determinações contraditórias. Os dados vistos na sua visibilidade imediata e nas suas relações externas só adquirem concreticidade (tornam-se concretos) quando revistos nas relações essenciais de uma totalidade histórico-social".
- (30) J. C. Garcia, Estado e Políticas de Saúde na América Latina, op. cit., p. 15.
- (31) Ibid.
- (32) Garcia mostra como esse processo foi mais violento na Europa, ao contrário da América Latina, onde a acumulação primitiva teve um desenvolvimento lento e tortuoso. "Nas etapas iniciais do capitalismo, a divisão entre o produtor e os meios de produção não foi completa e, como consequência, a medicina não teve, como a européia, um objeto de prática nas grandes massas de desapropriados". J. C. Garcia, op. cit., p. 16.
- (33) Ibid, p. 15-17.
- (34) Ibid, p. 18.
- (35) Luís Antônio de Castro Santos, Estado e Saúde Pública no Brasil (1889-1930), DADOS - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 23, n. 2, 1980, p. 245.
- (36) Ibid, p. 244.
- (37) Segundo nossa investigação, o Estado do Paraná também realizou uma reforma nesse mesmo período. Ver Paulo Roberto Michaliszen, O Sanitarista e os Cursos Descentralizados de Saúde Pública no Paraná (Mimeogr.), s/d.
- (38) Determinação significando "características intrínsecas a uma realidade e que foram sendo produzidas pelo processo que deu origem a essa realidade". Marilena Chauí, O que é ideologia, São Paulo, Brasiliense, 1981, p. 101.
- (39) Ver: 1)Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira, Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978; 2)Nilson do Rosário Costa, op. cit.
- (40) Paul Singer e outros, op. cit., p. 105. Neste mesmo trabalho, os autores distinguem doenças pestilenciais (entre as quais se incluem cólera, varíola, febre amarela, peste bubônica e tifo) das doenças de massas (malária, verminoses, doença de Chagas, tuberculose, tracoma, boubá, doenças venéreas, lepra, doenças infecciosas gastrointestinais e desnutrição) que passaram a assumir importância crescente no quadro nosológico brasileiro, desde o início do século atual. Segundo Paul Singer e outros, "à diferença das doenças pestilenciais para cujo controle pode-se prescindir de grandes modificações na vida e comportamento da população, as doenças de massa estão profundamente ligadas às condições de vida e trabalho, sendo uma melhoria substancial desta,

condição para seu controle. É de se mencionar que o desenvolvimento científico e tecnológico, ao colocar à disposição da sociedade meios de diagnóstico e tratamento de baixo custo e elevada eficácia tem, em alguns casos, permitido uma substancial redução de algumas dessas enfermidades, como é o caso da boubá, tuberculose, malária". Paul Singer e outros, op. cit., p. 117.

- (41) Ver: 1) Nilson do Rosário Costa, op. cit.; 2) J. C. Souza Braga e S. G. de Paula, op. cit.
- (42) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 117 a 121.
- (43) J. C. Garcia, Estado e políticas de saúde na América Latina, op. cit., p. 14.
- (44) Ibid, p. 29.
- (45) Ibid, p. 27.
- (46) Ibid, p. 29.
- (47) Ibid. Também em Paul Singer e outros, op. cit., p. 110.
- (48) J. C. Braga e S. Goes de Paula, op. cit., p. 42.
- (49) Ibid.
- (50) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 42.
- (51) Luís Antônio de Castro Santos, 1987, p. 296.
- (52) Luís Antônio de Castro Santos refere-se à modernização enquanto mudança estrutural ou diferenciação na sociedade, com a substituição de funções e processos "antigos" por "novos". Castro Santos, op. cit., p. 7. No caso da "modernização conservadora", o elemento central deste conceito é a mudança controlada. Baseando-se na formulação de Velho, Castro Santos anota: "nos países que passam por um processo de "modernização conservadora" as velhas estruturas não dão lugar a novas, mas realmente ajustam-se elas próprias sem desaparecer totalmente". Castro Santos, op. cit., p. 8.
- (53) Ibid, p. 96.
- (54) Ibid, p. 298.
- (55) O modelo de intervenção pública em saúde, formulado por Luís Antônio Castro Santos, combina as suas hipóteses de trabalho. Sumariamente: "em última instância, imigração e excedente econômico determinam a intervenção estatal em saúde pública" (Hipótese 1). Mas essas pré-condições devem ser mediadas por um sistema de partido único (Hipótese 2). Além disso, o clima intelectual, particularmente a presença ou ausência de uma educação médica tradicional pode dificultar ou ajudar o movimento da reforma sanitária (Hipótese 3). Castro Santos, op. cit., p. 316.
- (56) Ibid, p. 299.
- (57) Ibid, p. 299-300..
- (58) Ibid, p. 300.
- (59) Ibid, p. 301.
- (60) Ibid, p. 309.
- (61) Paul Singer e outros, op. cit., p. 106.
- (62) Ibid, p. 109. Também: 1) Nilson do Rosário Costa, op. cit., capítulo III; 2) Nicolau Sevcenko, A Revolta da Vacina - mentes insanas em corpos rebeldes, Brasiliense, 1984.
- (63) Nilson do Rosário Costa, op. cit. e Paul Singer e outros,

- op. cit.
- (64) Luís Antônio Castro Santos, 1987, p. 117-118.
- (65) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 70.
- (66) Sobre a Escola Tropicalista Bahiana ver Madel T. Luz e outros, Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930), Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- (67) Luís Antônio de Castro Santos, 1987, p. 303-304.
- (68) O grupamento positivista do Rio de Janeiro, o "Apostolado Positivista" opôs-se às medidas implementadas por Oswaldo Cruz, dado o radicalismo de sua posição em relação às teorias bacteriológicas ("instrumento de opressão médica à sociedade") sendo neutralizado no entanto pelo expressivo apoio político recebido pela Saúde Pública oficial nas primeiras décadas do século. Castro Santos, op. cit., p. 308-309.
- (69) Luís Antônio Castro Santos, op. cit., p. 306.
- (70) Nancy Stepan, Gênese e Evolução da Ciência Brasileira - Oswaldo Cruz e a Política de Investigação Científica e Médica, Rio de Janeiro, Editora Artenova, 1976.
- (71) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 40.
- (72) Ibid, p. 33.
- (73) Nancy Stepan, op. cit., p. 101.
- (74) Ibid, p. 101-102.
- (75) Ibid, p. 103.
- (76) Ibid.
- (77) Ibid, p. 109-112.
- (78) No programa oficial de controle de malária, introduziu-se o tratamento com o quinino a partir da experiência de Carlos Chagas em Xerém, Pará. Nancy Stepan, op. cit., p. 109-110.
- (79) Nancy Stepan, op. cit., p. 112-121.
- (80) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 31.
- (81) Nilson do Rosário Costa ao trabalhar as relações entre políticas de saúde e ciência mostra como se dá essa redução à "medicina das epidemias". N. R. Costa, op. cit., p. 31.
- (82) Luís Antônio de Castro Santos, O pensamento sanitariano na Primeira República, DADOS - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol.28, n.2, 1985, p. 193.
- (83) Idem, 1987, p. 340.
- (84) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 81 a 112 (capítulo IV).
- (85) Esse trabalho, como anotado anteriormente (nota 81), foi publicado na Revista DADOS em 1985.
- (86) Luís Antônio de Castro Santos, 1985, p. 194.
- (87) Ibid, p. 202.
- (88) Ibid, p. 196. Também Nilson do Rosário Costa aborda o tema, identificando na publicação do Relatório Artur Neiva - Belisário Pena o "registro de inquietação da camada intelectual médica". Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 94-99.
- (89) Luís Antônio de Castro Santos, 1985, p. 204.
- (90) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 94.
- (91) Luís Antônio de Castro Santos, 1985, p. 200.

- (92) Ibid.
- (93) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 95.
- (94) Afrânio Peixoto, citado por Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 96.
- (95) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 96.
- (96) São sugestivas as palavras de Samuel Libânio, reproduzidas a seguir: "Mas esse caboclo doente ainda assim é quem faz quase só, neste grande Estado de pequena colonização estrangeira, todo o trabalho dos campos, cujo fruto ótimo ele vai levar às cidades depois, às soalheiras ou às chuvaradas, por caminhos péssimos, carregados em seus rudimentares veículos, de canto monótono, ao passo tardio dos bois. Uma outra raça que não tivesse essa energia vital incomparável, reagindo desajudada bravamente à doença, certo se entregara inútil ao fanatismo do tipo de fantasia decantado, "sombrio urupê a madorrar silencioso no recesso das grotas". Porque é preciso recordar que o nosso caboclo tem em si, latentes, aquelas epopéias de nossa história no desbravamento do nosso sertão. Essas incomparáveis virtudes de energia e resistência, tão da nossa raça, certo ressurgirão no campônio pela ação regeneradora da higiene. Sadio ele será em toda plenitude, o homem capaz e útil, elemento primordial de nosso surto econômico, de vez que "o sertanejo é a matéria prima, o barro plástico, o sólido cimento da nossa nacionalidade", na frase tão feliz de Alvaro Fernandes". Profilaxia Rural do Estado de Minas Gerais, A Campanha do Saneamento, Conferência do Sr. Dr. Samuel Libânio, Chefe da Comissão de Profilaxia Rural em Minas, realizada no Grupo Escolar Barão do Rio Branco, Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1920, p. 10-11.
- (97) Luís Antônio de Castro Santos, 1885, p. 203.
- (98) Ibid.
- (99) Ibid, p. 204.
- (100) Ibid, p. 205.
- (101) Ibid.
- (102) Ibid. Em Minas Gerais, a participação da Missão Rockefeller na Campanha do Saneamento pode ser avaliada pelos registros nos Relatórios da Diretoria de Higiene de 1917, 1918 e 1919.
- (103) Luís Antônio de Castro Santos, 1885, p. 202.
- (104) Coleção de Leis e Decretos do Brasil, Decreto n. 3.987 de 2-01-1920, que reorganiza os serviços de saúde pública, assinado pelo Presidente Epitácio Pessoa.
- (105) Paul Singer e outros, op. cit., p. 126.
- (106) Coleção de Leis e Decretos do Brasil, Decreto n. 16.300 de 31-12-1923, que aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.
- (107) Ibid.
- (108) Artigo Primeiro - "Fica criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado diretamente ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, compreendendo: a) os serviços de higiene no Distrito Federal que deverão abranger a profilaxia geral e específica das doenças

transmissíveis, a execução de providências de natureza agressiva e defensiva, as que tiverem por fim a higiene domiciliar, a polícia sanitária de habitações privadas e coletivas, das fábricas, das oficinas, dos colégios, dos estabelecimentos comerciais e industriais, dos hospitais, casas de saúde, maternidades, matadouros, mercados, lugares ou logradouros públicos, hotéis, restaurantes e a fiscalização dos gêneros alimentícios". Coleção de Leis e Decretos do Brasil, Decreto n. 3.987 de 2-01-1920.

- (109) Coleção de Leis e Decretos do Brasil, Decreto n. 16.300 de 31-12-1923.
- (110) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 103.
- (111) Paul Singer e outros, op. cit., p. 127.
- (112) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 103.
- (113) Ibid, p. 101.
- (114) Ibid, p. 81.
- (115) Ibid, p. 81-85,
- (116) Ibid, p. 85.
- (117) Ibid, p. 86.
- (118) Maria Eliane Labra mostra que os primeiros cursos de especialização em saúde pública realizados no Brasil foram promovidos pelo Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro a partir de 1923, tendo formado uma geração de jovens sanitaristas que em seguida ascenderam a posições de direção da Saúde Pública nacional. Maria Eliane Labra, O movimento sanitarista nos anos 20 - Da "conexão sanitária internacional" à especialização em Saúde Pública no Brasil" (tese mestrado), Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1985.
- (119) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 99.
- (120) Ibid, p. 105.
- (121) Ibid, p. 105-108. Interessante observar que o foco na criança e a crença na ação pedagógica em saúde estariam relacionados ao movimento de reforma educacional em curso, nesse mesmo período, conhecido como "escolanovismo". Suas premissas básicas partiriam de experiências levadas a efeito com crianças "anormais", pretendendo-se a generalização de procedimentos pedagógicos desenvolvidos junto a esse grupo para todo o conjunto do sistema escolar. Como anotou Saviani: "Com esse movimento ... da preocupação em articular a escola como um instrumento de participação política, de participação democrática passou-se para o plano técnico-pedagógico. Daí a expressão de Jorge Nagle "otimismo pedagógico". Passou-se do "entusiasmo pela educação", quando se acreditava que a educação poderia ser um instrumento de participação das massas no processo político, para o "otimismo pedagógico", em que se acredita que as coisas vão bem e se resolvem nesse plano interno das técnicas pedagógicas". Dermeval Saviani, Escola e Democracia, p. 19 e p. 62.
- (122) Ibid, p. 115.
- (123) Ibid, p. 116.
- (124) Ibid, p. 113.
- (125) Ibid, p. 115.

- (126) Simon Schwartzman (com a colaboração de Antônio Paim e outros), Formação da Comunidade Científica Brasileira, São Paulo, FINEP/Cia. Editora Nacional, 1979, p. 158.
- (127) J. C. Braga e S. Goes de Paula, op. cit., p. 50.
- (128) Ibid, p. 50.
- (129) Aureliano da Silva, citado por J. C. Braga e S. Goes de Paula, op. cit., p. 51.
- (130) J. C. Braga e S. Goes de Paula, op. cit., p. 51.
- (131) Nenhuma das análises por nós trabalhada tratou de modo central a temática da Saúde Pública no pós-30. J. C. Braga e S. Goes de Paula, no capítulo II de seu livro, abordam a formação da política nacional de saúde, entre 1930 e 1960; Luis Antônio de Castro Santos no seu trabalho sobre Poder, Ideologia e Saúde Pública no Brasil, 1889-1930, dedica parte do capítulo IV ao período pós-30; Nilson do Rosário Costa aponta na conclusão de sua obra sobre as origens das políticas de saúde no Brasil a desmobilização das rotinas de controle sanitário entre 1930 e 1934.
- (132) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 120.
- (133) Luis Antônio de Castro Santos, 1987, p. 336.
- (134) Nilson do Rosário Costa, op. cit., p. 120.
- (135) Luis Antônio de Castro Santos, 1985, p. 207.
- (136) Ibid, p. 208.
- (137) Ibid, p. 209.
- (138) Ibid.
- (139) Idem, 1987, p. 335-336.
- (140) Idem, 1985, p. 207.
- (141) Artigo 121, item h, da Constituição Federal de 1934, segundo Orestes Diniz, As questões de saúde e assistência nas constituições brasileiras, americanas e européias, Arquivos de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais, vol.II, n.2, 1952.
- (142) Artigo 141 da Constituição Federal de 1934, op. cit.
- (143) Artigo 140 da Constituição Federal de 1934, op. cit.
- (144) Orestes Diniz, op. cit., p. 22.
- (145) Wanderley Guilherme dos Santos, Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira, Rio de Janeiro, Campus, 1979, especialmente o capítulo II, p. 15-44.
- (146) J. C. Braga e S. Goes de Paula, op. cit., p. 52.
- (147) Ibid, p. 53-65.
- (148) Marcos Coimbra, Política e Políticas de Bem-Estar: uma periodização da experiência brasileira. Fundação João Pinheiro/Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1979 (mimeo).
- (149) Em relação a saúde, educação e previdência, o período se caracterizaria por "um permanente adiar de decisões básicas, como a reforma de ensino e a unificação previdenciária (...) O que se tem é uma progressiva extensão tanto quantitativa, como qualitativa da cobertura social do Estado, apoiada nas burocracias tradicionais dos Institutos e Sindicatos e na vasta rede de agências de controle semi-público, semi-privado, usadas como trunfos eleitorais". Marcos Coimbra, op. cit., p. 17.

- (150) Marcos Coimbra, op. cit., p. 17.
- (151) Sobre o "Fortalecimento da oposição democrática e o declínio do poder de Getúlio" ver Antônio Mendes de Almeida Júnior, Do Declínio do Estado Novo ao Suicídio de Getúlio Vargas. In Boris Fausto, História Geral da Civilização Brasileira, Vol. III, Tomo 3, Sociedade Política (1930-1964), Difel, 1981.
- (152) Antônio Mendes de Almeida Júnior, op. cit., p. 239.
- (153) Gisálio Cerqueira Filho, op. cit., p.100.
- (154) Ibid.
- (155) Antônio Mendes de Almeida Júnior, op. cit., p. 244.
- (156) Ibid, p. 242.
- (157) Wanderley Guilherme dos Santos, op. cit., p. 75.
- (158) Ibid, p. 79.
- (159) Ibid, p. 80.
- (160) Ibid.
- (161) Ibid, p. 81.
- (162) Ibid.
- (163) Ibid, p. 78.
- (164) Ibid, p. 80 (os grifos são do próprio autor).
- (165) Luís Antônio de Castro Santos, 1987, p. 338. Ressalta o autor que a participação das classes trabalhadoras urbanas na "Revolta da Vacina" de 1904 no Rio de Janeiro constituiu uma exceção.
- (166) Ver discussão sobre "Burocracia e política de saúde: arena ou ator" de Geraldo Lucchesi. In Sônia Fleury Teixeira (org.), Reforma Sanitária: em busca de uma teoria, 1989.
- (167) Referência a última conferência de Carlos Chagas em 1934 por João Carlos Pinto Dias, Profilaxia da Doença de Chagas, "Modernos Conhecimentos sobre Doença de Chagas", Suplemento dos Anais de 1979 e 1980 da Academia Mineira de Medicina, UFMG/Academia Mineira de Medicina, Belo Horizonte, 1981. A seguir transcrevemos o texto final do trabalho de João Carlos Pinto Dias: "Pode-se finalmente lembrar que a imensa maioria da população chagásica, ou exposta à doença, constitui no terceiro mundo uma legião de oprimidos e de marginalizados sociais, sem voz ativa e com pouca representatividade política. Para muitos deles, certamente a maioria, a tripanosomíase não se apresenta como prioridade no dia-a-dia. Ao cientista, ao médico, ao agente de saúde e de educação pode caber, de maneira isenta, a tarefa epistemologicamente válida de ser ele o elo de ligação entre essa população e os órgãos do poder. Fê-lo CARLOS CHAGAS, hoje centro de nossas homenagens, em seu primeiro trabalho de 1909, ao denunciar precisamente o papel das cafuas na transmissão do mal. Fê-lo corajosamente em 1911, perante o Presidente da República e Ministros de Estado. Fê-lo em sua última conferência em vida, outubro de 1934, conclamando a classe médica a assumir perante as forças da Nação a voz dos miseráveis e oprimidos, em sua ânsia de saúde e liberdade". João Carlos Pinto Dias, op. cit., p. 48.
- (168) Citado por Orestes Diniz, op. cit.
- (169) Orestes Diniz, op. cit., p. 23-24.

- (170) Ibid, p. 24-25.
- (171) Ibid, p. 25.
- (172) Consideramos que Orestes Diniz representou uma importante liderança em Minas Gerais, podendo sua posição ser identificada com a do grupamento médico-sanitário em geral.
- (173) Os objetivos gerais do Plano SALTE para o desenvolvimento nacional foram indicados na Mensagem do Executivo Federal n. 196 de 10-05-1948, através da qual o Plano foi submetido ao Congresso Nacional. Somente em 1950 seria promulgada a Lei n. 1102 de 18-05-1950 aprovando o Plano SALTE e dispondo sobre sua execução. Ver: 1) Presidência da República, Plano SALTE - Relatório e Contas da Administração Geral (1949-51), Departamento de Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, Brasil, 1953; 2) Nelson de Melo e Souza, O Planejamento Econômico no Brasil: Considerações Críticas, Revista de Administração Pública, n.4, 1968, p. 59-115.
- (174) Diário Oficial de Minas Gerais, 13-08-1948, coluna "Educação Sanitária", p. 7.
- (175) Nelson de Melo e Souza, op. cit., p. 70.
- (176) Ibid, p. 69-70.
- (177) Ibid, p. 70-73.
- (178) Presidência da República, Plano SALTE, op. cit., p. 6.
- (179) Nelson de Melo e Souza, op. cit., p. 73-74.
- (180) Presidência da República, Plano SALTE, op. cit., p. 14. Segundo esse relatório, Mário Pinotti, na coordenação da campanha nacional contra a malária, seria responsável pela execução de uma quantia no valor de 11.700 milhões.
- (181) Ver a discussão sobre o modelo sanitaria em J. C. Braga e S. Goes de Paula, op. cit., p. 58-62.
- (182) Ibid.
- (183) Ernani Braga, Discurso Inaugural, Anais do IX Congresso Brasileiro de Higiene, Porto Alegre, 1951.
- (184) Thomas Parran, Progresso Sanitário, Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, ano 27, março de 1948, n.3, p. 198-204.
- (185) Ernani Braga, op. cit.
- (186) Aristides Moll, La Sanidad Viviente, Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, ano 25, setembro de 1946, n.9, p. 769-777.
- (187) Ainda hoje se avalia criticamente o conteúdo expresso no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde. Recentemente, Romualdo Dâmaso chamou a atenção para o fato de que embora o conceito tenha tematizado a simultaneidade complexa de processos em ordens diferenciadas, sua formulação idealizada da realidade levaria à representação num mesmo nível, do orgânico, do mental e do social, igualando acontecimentos que, na realidade, se organizam em ordens diferentes de complexidade. Romualdo Dâmaso, Saber e Práxis na Reforma Sanitária: Avaliação da Prática Científica no Movimento Sanitário in Sônia Fleury Teixeira (org.), op. cit., p.82. Anteriormente, Paul Singer e outros criticaram o conteúdo ideal do conceito, assinalando, no entanto, o

seu mérito: "reconhecer que é paradoxal alguém ser considerado portador de boa saúde quando é afetado por pobreza, discriminação ou repressão. O conceito nesse sentido não é funcional, implicando na definição da saúde do indivíduo em função das necessidades e possibilidades do sistema sócio-econômico, mas antes sócio-político, implicando numa avaliação do sistema (inclusive dos serviços de saúde) em função das necessidades e possibilidades do indivíduo". Paul Singer e outros, op. cit., p. 68.

- (188) Wilson G. Smillie, Medicina Preventiva e Saúde Pública, Sociedade Brasileira de Higiene, Rio de Janeiro, 1950 (tradução da edição americana de 1946).
- (189) Ernani Braga, op. cit.
- (190) Thomas Farran, op. cit.
- (191) Humberto Pascale, Assistência médica às populações rurais, Arquivos de Higiene e Saúde Pública, vol. XI, n.27, março de 1946, Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, p. 9-96.
- (192) Expressões de Aristides Moll, op. cit.
- (193) Ernani Braga, op. cit.
- (194) Ver crítica de Paul Singer e outros, nota 165.
- (195) Anos mais tarde, Ernani Braga ao tratar de "Saúde, Desenvolvimento e Direitos Humanos" avaliaria criticamente as teses desenvolvimentistas, defendendo, na linha da Organização Mundial da Saúde, a saúde como poderoso fator de desenvolvimento. Retiramos de seu texto a idéia de que "investir em saúde é altamente rentável". Ernani Braga, O pensamento de Ernani Braga (organizado por Paulo M. Buss), Rio de Janeiro, PEC/ENSP, 1984.
- (196) M. J. Ferreira, Discurso na sessão inaugural do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, outubro de 1947.
- (197) Ver Anais dos VI, VII e IX Congressos Brasileiros de Higiene.
- (198) G. H. Paula Souza, Discurso sessão inaugural do VII Congresso Brasileiro de Higiene, São Paulo, dezembro de 1948.
- (199) M. J. Ferreira, op. cit.
- (200) G. H. Paula Souza, op. cit.
- (201) Ver: 1) Urcicio Santiago, Considerações em torno dos problemas de pessoal; 2) Marcelo Silva Júnior, Bases racionais para a estruturação de carreiras sanitárias de médico e engenheiro: seleção, nomeação, estabilidade, acesso e full time. Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro, outubro de 1947.
- (202) M. J. Ferreira, op. cit.
- (203) Paul Singer e outros, op. cit., p. 137.
- (204) Como mencionado no Capítulo I, em Minas Gerais esse processo se desenvolveu a partir de 1947. No Paraná, a criação da Escola de Saúde Pública data do final da década de 50. Paulo Roberto Michaliszen, O Sanitarista e os cursos descentralizados no Paraná, s.d. (Mimeogr.)
- (205) A idéia de que o elemento distintivo da prática educativa é sua intencionalidade foi muito bem

desenvolvida por Eliane Marta Santos Teixeira Lopes, Colonizador-Colonizado: uma relação educativa no movimento da História, Belo Horizonte, UFMG, 1985, p. 209-211.

- (206) Segundo Paul Singer: "...a democracia ao interagir com o capitalismo, o modifica em vários aspectos. A principal transformação é o novo papel adquirido pelo Estado, de redistribuidor de renda. O Estado desempenha este papel de duas formas: como canal de redistribuição e como árbitro dos conflitos distributivos. Como canal, o Estado coleta tributos das empresas e camadas ricas e utiliza parte deles para financiar gastos sociais, que vão desde o auxílio aos desempregados e a previdência social até a prestação universal gratuita de serviços de educação e assistência à saúde. Como árbitro, o Estado regula a repartição da renda, principalmente entre capital e trabalho, ao fixar um salário mínimo, limitar a jornada de trabalho, instituir férias pagas, indenização por demissão não justificada, etc. Todas estas instituições são conquistas de um movimento operário que obtém reconhecimento legal por efeito da democracia e retira sua principal força política do fato de a maioria do corpo eleitoral ser constituída por mulheres e homens que vivem da venda de sua força de trabalho". Paul Singer, Reflexões sobre inflação, conflito distributivo e democracia. In: Reis, Fábio Wanderley; O'Donnel, Guilherme (org). A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas, São Paulo, Vértice, 1988, p. 94.
- (207) Paul Singer, op. cit., p. 102.
- (208) Ibidem, p. 112.
- (209) Ibidem, p. 113.

CONCLUSÃO

Em Minas Gerais, as iniciativas para a formação de sanitaristas desenvolveram-se originariamente como práticas vinculadas aos serviços de atenção à saúde pública, tal como foi visto no capítulo inicial. Em um primeiro momento, a atividade clínica no posto de atendimento público se confundia com a prática sanitária, não se colocando a necessidade de especialização do médico. Posteriormente, a programação de cursos com vistas à incorporação de novas técnicas sanitárias e a criação da Escola de Saúde Pública, já na conjuntura de 1946/47, como centro de formação em saúde pública, evidenciariam a especialização alcançada pelo trabalho sanitário, caracterizado, nesse momento, como prática distinta da clínica médica. Daí a exigência de formalização dos processos de especialização médica através de cursos de saúde pública.

A direção que esse movimento de especialização tomou, da formação prática à institucionalização de cursos, representaria tanto mudanças quantitativas, ampliando-se significativamente o número de médicos especializados em Saúde Pública, num curto espaço de tempo, quanto qualitativas, no sentido da redefinição de conceitos e práticas relacionados à autoridade sanitária. Com efeito, a vinculação de competência à aquisição de novos conhecimentos técnico-científicos, significaria a busca de superação do modelo de atuação da antiga Saúde Pública. A prática do regulamento ou da polícia sanitária já não constituiria o fundamento do exercício de autoridade; para os novos

sanitaristas, a autoridade residiria na apropriação de modernos conhecimentos e técnicas.

Além da atualização em termos das ciências biológicas (bacteriologia, microbiologia, parasitologia) e dos novos métodos profiláticos e terapêuticos, a preparação de especialistas em Saúde Pública trataria de incluir a instrumentalização para o estudo dos fenômenos médico-sanitários, tal como se encontravam desenvolvidos nos grandes grupamentos humanos, através dos métodos fornecidos pela bioestatística e pela epidemiologia. Com um novo conhecimento da realidade sanitária, calcado na metodologia científica, os sanitaristas se preparariam para inaugurar uma também nova etapa de formulação e implementação das políticas de saúde.

Assim o projeto governamental de constituição de um quadro original de autoridades sanitárias, analisado à luz das políticas de saúde pública, implementadas no final dos anos 40 em Minas Gerais, poderia ser avaliado em seu duplo significado. Primeiro, realçando-se a dimensão técnica do projeto, a formação de quadros especializados seria interpretada como contraposição ao clientelismo político, predominante na administração pública. Neste sentido, a proposta educativa serviria à política oficial, cujo objetivo de reforma das instituições públicas seria parte do programa geral de restauração democrática. Isto significaria uma orientação, intencionalmente desenvolvida, para o fortalecimento do movimento em favor da ampliação dos direitos sociais, partindo-se da conquista do direito à saúde.

Mas não somente dessa forma se vincularia o projeto de formação técnica à política. Ao definir competência técnico-científica como critério de autoridade, postulando a neutralidade dos novos sanitaristas frente às disputas político-partidárias, a proposta oficial implicaria a constituição de um grupamento com interesses próprios e com possibilidade de afirmar-se como força política. E nesse sentido que ressalta, no projeto de formação de sanitaristas, uma dimensão política. Enquanto proposta educativa, fortaleceria a autoridade do novo grupamento médico-sanitário, relativamente aos antigos sanitaristas formados na prática do serviço. A maneira de uma nova missão sanitária, como grupo potencializado, os sanitaristas se integrariam ao executivo estadual devendo, segundo o projeto oficial, participar do rearranjo do poder político, no âmbito dos municípios e regiões do estado. Legitimado pelo voto popular, o poder público então constituído possuiria suficiente força política (e moral) para enfrentar a antiga tradição de vinculação dos profissionais de medicina aos quadros do clientelismo partidário sobretudo no interior do estado. A forma escolhida para o enfrentamento seria a retomada de uma outra tradição: a missão sanitária, atualizada segundo a idealização de Baeta Viana, na marcha esclarecida das novas e competentes autoridades sanitárias.

Tanto o movimento de reforma, quanto a especialização sanitária realizada em Minas Gerais, a partir do final dos anos 40, constituíram iniciativa do Poder Público, seu desenvolvimento resultando mais de interesses originados no interior do próprio Estado, do que de pressões da sociedade civil. A reorganização

dos serviços de saúde pública receberia expressivo apoio político da representação do setor agrário no Legislativo Estadual, cujo interesse imediato voltava-se para o controle de endemias prejudiciais ao crescimento econômico regional. Daí a defesa, em primeiro lugar, da ampliação da rede de unidades sanitárias, ficando a especialização em saúde pública como proposta mais ligada à área técnica, a depender de sustentação do próprio poder executivo.

Como projeto, o movimento reformista em Minas Gerais poderia ser relacionado aos processos de construção e consolidação do Estado, na perspectiva trabalhada por Luís Antônio de Castro Santos (1), em termos da ampliação de serviços e da extensão da autoridade pública. Deve ser mencionado que esse movimento também contribuiria para a formação da consciência sanitária, da qual, segundo a perspectiva dos sanitaristas do período, derivaria a consciência social. Essa concepção reorientaria o trabalho em saúde pública, que se voltaria para o reconhecimento do direito à saúde, como conquista prévia aos direitos sociais.

Na prática, no entanto, o movimento da saúde pública dos anos 40 e 50 não chegaria a desenvolver-se como em momentos anteriores. A precária articulação com outros movimentos sociais, refletindo os limites do processo de redemocratização, somada à fragmentação interna da Saúde Pública nacional - que separou o cuidado à saúde da população trabalhadora (a cargo do setor da medicina previdenciária) da atenção às massas não reconhecidas em seus direitos de cidadania (como atribuição do setor de saúde pública propriamente dito) - enfraqueceriam o movimento, que não chegaria

a superar a sua base regional.

Neste nível, deve ser salientado que as propostas de reorganização contariam, em um primeiro momento, com a sustentação do executivo estadual, sendo o programa de especialização técnica um importante elemento indicativo da prioridade à saúde. Em evidência, essa programação se completaria com o aproveitamento dos novos especialistas nos serviços da rede pública, assim como com o estabelecimento de quadros e carreiras sanitárias. Essas iniciativas da Saúde Pública, entretanto, perderiam o vigor e a extensão, no momento em que a saúde deixou de ser reconhecida como questão prioritária, em favor da implementação de programas que viabilizassem a industrialização do estado, qual seja o desenvolvimento dos setores energético e de transportes, bem como a expansão da indústria básica. Do mesmo modo, o projetado fortalecimento do grupamento médico-sanitário, como condição de possibilidade de melhoria do quadro sanitário e social do estado, não encontraria espaço de completa realização. Seja pela descontinuidade das políticas públicas, seja pelo próprio desenvolvimento político-institucional do sanitarismo oficial, o projeto da Saúde Pública de transformação das práticas sanitárias a partir "de dentro" mesmo do Estado se defrontaria, desde logo, com sérias limitações, perdendo ainda nos anos 50 o seu caráter inovador.

A história da formação de sanitaristas em Minas Gerais repetiria, assim, a de outros programas oficiais. Como projeto, representaria mudanças, potencializadas pelo envolvimento de

múltiplos atores, perdendo, no entanto, seu objetivo inovador no processo de assimilação pela administração pública. Recuperar essa história, transformá-la em memória viva, este é o sentido maior de nosso estudo, especialmente levando-se em conta o momento atual, em que se instaura uma nova reforma sanitária, e o nosso posicionamento como integrante de uma instituição pública de saúde, voltada para a participação ativa no movimento de reforma. A memória viva e dinâmica, como possibilidade de recuperação do passado, em termos do reconhecimento não somente de realizações e conquistas, mas também de tentativas, desvios e fracassos, poderia contribuir para uma permanente auto-avaliação das instituições públicas, assim como para um relacionamento crítico com outras instituições e com a sociedade como um todo.

A par dessa contribuição, a reconstrução da história da formação de sanitaristas em Minas Gerais, como processo de reconhecimento e busca de uma identidade institucional e social, colocaria em evidência questões e problemas ainda não esclarecidos pela pesquisa em saúde. Como primeiro problema, de acordo com nosso entendimento, seria preciso investigar o alcance das políticas nacionais de saúde pública, no período compreendido entre o final do Estado Novo e os anos 60. As análises desenvolvidas, que caracterizam insuficientemente o período como de insignificantes avanços na Saúde Pública, problematizaram a ampliação e reforma das instituições de saúde federais nesse momento, sem no entanto construir um quadro referencial que explicasse tais mudanças. Tanto a caracterização do período deveria ser revista, quanto mereceriam sistematização e aprofundamento os estudos sobre as

propostas de reorganização dos serviços de saúde pública formuladas, nesse período, em vários estados e regiões do país.

A investigação sobre as políticas de saúde pública no período da redemocratização do país, após 1945, possibilitaria ainda uma compreensão das relações entre os níveis político e ideológico e a ampliação da intervenção estatal em saúde, cobrindo um campo pouco explorado. Em especial, pareceu-nos relevantes os vínculos entre as organizações político-partidárias e o movimento da saúde pública, na forma como se desenvolveu no caso da Saúde Pública em Minas Gerais. Como nossa investigação tratou da saúde em sua dimensão pública, ficaria também como proposta de investigação a correlação público/privado, em especial a partir do momento em que o próprio setor público passou a investir na saúde individual, em atenção às demandas colocadas por frações organizadas da classe trabalhadora.

Outra questão de interesse, inclusive para o movimento atual de reforma sanitária, refere-se às formas como se estruturam as relações entre políticas e programas nacionais (do "centro") e estaduais ou municipais (da "periferia"). Ou seja, reconhecendo a existência de diferenças regionais (econômicas, sociais e políticas-ideológicas) e as dificuldades de reprodução, em âmbito estadual, de uma política formulada no centro do poder, além das possibilidades de incorporação pelo centro de demandas políticas da periferia, interessaria averiguar as condições possíveis de avanços no movimento de reforma sanitária, a partir de uma e/ou outra direção determinada: do centro para a periferia, e desta para o centro.

Já o estudo sobre a formação de sanitaristas em Minas Gerais evidenciaria os limites e as possibilidades de inovação em diretrizes e estratégias políticas, tomando-se como ponto de partida os recursos de que dispõe um estado, como centro de poder regional. Entre esses recursos, como concluimos, o programa de formação técnica se revelaria como instrumento de primeira ordem para a realização de mudanças político-institucionais. E a apropriação do significado instrumental desse programa teria constituído a grande conquista da Saúde Pública mineira, que entre programações não completamente realizadas e toda sorte de projetos inviabilizados desde sua formulação original, ainda assim encontraria condições de fazer avançar, progressivamente, a extensão do direito de atenção à saúde a parcelas cada vez mais ampliadas da população.

NOTAS:

- (1) Luis Antônio de Castro Santos, Power, Ideology and Public Health in Brasil, 1889-1930, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, 1987. (Tese, Doutorado)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

I - DOCUMENTOS: LEIS, DECRETOS - DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. Decreto n. 3.987 - 2 jan. 1920. Reorganiza os serviços de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921. (Leis da República, 1920. v.1, p. 1-6).

BRASIL. Decreto n. 16.300 - 31 dez. 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1924. (Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, 1923. v. 3, parte 2, p. 581-974).

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Cursos, atividades dos cursos do DNS, período 1942-1950. Rio de Janeiro, 1950.

BRASIL. Presidência da República. Plano SALTE - Relatório e Contas da Administração Geral (1949-51). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1953.

COLEÇÃO de Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1946-1960.

MINAS GERAIS. Decreto n. 876 - 30 out. 1895. Regulamenta a Lei n. 144 de 23 de julho de 1895, que organiza o serviço sanitário. Ouro Preto: Imprensa Oficial, 1895. (Coleção das Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1895. p. 311-339).

MINAS GERAIS. Decreto n. 2733 - 11 jan. 1910. Regulamenta a Lei n. 452 de 9 de outubro de 1906. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1910. (Coleção das Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1910. p. 16-75).

MINAS GERAIS. Decreto n. 5010 - 18 jun. 1918. Cria o serviço de profilaxia rural. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1918. (Coleção das Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1918. p. 253-276).

MINAS GERAIS. Decreto n. 6031 - 14 mar. 1922. Aprova o regulamento das delegacias regionais de higiene. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1922. (Coleção das Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1922. p. 109-114).

MINAS GERAIS. Decreto n. 8116 - 31 dez. 1927. Aprova o regulamento de Saúde Pública. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1928. (Coleção das Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1927. v. 3, p. 1883-2181).

MINAS GERAIS. Decreto n. 11.289 - 05 abr. 1934. Dispõe sobre nomeações de médicos e auxiliares acadêmicos para o Centro de Estudos e Profilaxia da Leprosia. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1935. (Coleção dos Decretos do Estado de Minas Gerais, 1934. p. 171-172).

MINAS GERAIS. Decreto-Lei n. 69 - 20 jan. 1938. Faz modificações no quadro de pessoal da Diretoria de Saúde Pública e suas dependências e reorganiza os serviços de Saúde Pública do Estado. Belo Horizonte: Minas Gerais, 21 jan. 1938. p. 6.

MINAS GERAIS. Decreto-Lei n. 1751 - 3 jun. 1946. Reorganiza o Departamento Estadual de Saúde. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1954. (Coleção dos Decretos-Leis e Decretos, 1946. p. 157-172).

MINAS GERAIS. Lei n. 12 - 13 nov. 1891. Cria um instituto vacínico na Capital. Ouro Preto: Imprensa Oficial, 1985. (Coleção das Leis Confeccionadas pelo Congresso em sua primeira reunião em 1891. p. 62-66).

MINAS GERAIS. Lei n. 144 - 23 jul. 1895. Organiza o serviço sanitário do Estado. Ouro Preto: Imprensa Oficial, 1895. (Coleção das Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1895. p. 36-42).

MINAS GERAIS. Lei n. 145 - 23 jul. 1895. Autoriza o governo a garantir aos municípios que têm sido invadidos por moléstias epidêmicas o empréstimo da quantia necessária aos respectivos saneamentos. Ouro Preto: Imprensa Oficial, 1895. (Coleção das Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1895. p. 42-43).

MINAS GERAIS. Lei n. 452 - 9 out. 1906. Reorganiza os serviços sanitários do Estado de acordo com a Lei 144 de 23-7-1895. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1906. (Coleção de Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1906. p. 50-52).

MINAS GERAIS. Lei n. 961 - 10 set. 1927. Reorganiza os serviços sanitários do Estado. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1928. (Coleção de Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1927. v.1, p. 43-48).

MINAS GERAIS. Lei n. 152 - 4 jun. 1948. Transforma em Secretaria de Saúde e Assistência o atual Departamento Estadual de Saúde e cria o Departamento Estadual da Criança. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1950. (Coleção de Leis e Decretos, 1948. v. 1, p. 62-3).

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Delfim Moreira da Costa Ribeiro, Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Zoroastro Rodrigues Alvarenaga, Diretor Geral de Higiene, 1910. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1911. 40p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Delfim Moreira da Costa Ribeiro, Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Zoroastro R. Alvarenaga, Diretor Geral de Higiene, 1912. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1913. 55p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Américo Ferreira Lopes, Secretário de Estado dos Negócios do Interior pelo Dr. Zoroastro R. Alvarenga, Diretor Geral de Higiene, 1913. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1914. 42p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Américo Ferreira Lopes, Secretário de Estado dos Negócios do Interior pelo Dr. Zoroastro Alvarenga, Diretor Geral de Higiene, 1914. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1915. 62 p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Américo Ferreira Lopes, Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Zoroastro R. Alvarenga, Diretor Geral de Higiene, 1915. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1916. 62p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Américo Ferreira Lopes, Secretário de Estado dos Negócios do Interior pelo Dr. Zoroastro R. Alvarenga, Diretor Geral de Higiene, 1916. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1917. 58p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Secretário do Interior do Estado de Minas Gerais pelo Dr. Samuel Libânio, Diretor de Higiene, 1918. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1919. 131p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Affonso Penna Júnior, Secretário de Estado dos Negócios do Interior do Estado de Minas Gerais pelo Dr. Samuel Libânio, Diretor Geral de Higiene, 1919. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1920. 123p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Afonso Pena Jr., Secretário de Estado dos Negócios do Interior do Estado de Minas Gerais, pelo Dr. Samuel Libânio, Director Geral de Higiene, 1921. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1922. 170 p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Fernando de Mello Viana, Secretário de Estado de Negócios do Interior do Estado de Minas Gerais, pelo Dr. Samuel Libânio, Diretor Geral de Higiene, 1922. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1923. 168 p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Higiene. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Fernando de Mello Viana, M. D. Secretário do Interior do Estado de Minas Gerais, pelo Dr. Samuel Libânio, Diretor Geral de Higiene, 1923. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1924. 332p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Saúde Pública. Relatório apresentado ao Sr. Secretário de Segurança e Assistência Pública,

relativo ao ano de 1929, pelo Dr. Raul d'Almeida Magalhães, Diretor de Saúde Pública, Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1930. 136 p.

MINAS GERAIS. Diretoria de Saúde Pública. Relatório apresentado ao Sr. Secretário da Educação e Saúde Pública pelo Dr. Mário Alvares da Silva Campos, Diretor de Saúde Pública, ano 1935. Belo Horizonte: Papeleria Brasil. [s.d.]. 104 p.

MINAS GERAIS. Departamento Estadual de Saúde. Reorganização. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1946. 88 p.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde. Projeto Memória da ESMIG. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 1988. (Relatório de Pesquisa).

MINAS GERAIS. Plano de Recuperação Econômica e Fomento da Produção. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1947. v. 1.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde e Assistência. Serviço Médico Escolar em Minas Gerais. Belo Horizonte, 1950. 68 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde e Assistência. Unidades Sanitárias construídas, adaptadas, instaladas e postas a funcionar no governo Milton Campos. Belo Horizonte, 1951.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde e Assistência. Boletim Informativo da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1959. 24 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria de Estado da Educação. Formação em larga escala de pessoal de níveis médio e elementar para o Sistema Operacional de Saúde Pública/SOSP. Belo Horizonte, 1982.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, PPREPS. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Cultura, 1976.

SEMINARIO DO PROJETO LARGA ESCALA EM MINAS GERAIS, Belo Horizonte, 1984. Relatório ... , Belo Horizonte, Secretaria de Estado da Saúde, 1984.

II - EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

BAETA VIANA, José. Exposição de Motivos [ao Projeto que dispõe sobre subvenção e auxílio do Estado a Instituições de Saúde e Assistência sem fins lucrativos]. In: CAMPOS, Milton. Mensagem n. 454, 18 nov. 1948. Diário da Assembléia, 20 nov. 1948. p. 3-4.

BIAS FORTES, José Francisco. [Exposição de Motivos ao Decreto n.

8116 de 31 dez. 1927]. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1928. (Coleção de Leis e Decretos do Estado de Minas Gerais, 1927. v. 3, p. 1879-1883).

III - DISCURSOS

ALBERGARIA, Jaeder Soares de. [Discurso]. Diário da Assembléia, Belo Horizonte, 2 jul. 1949, p. 2, col. 4-5.

BADARO JR, Francisco. [Discurso]. Diário da Assembléia, Belo Horizonte, 27 dez. 1947. p. 1, col. 3-4.

BAETA VIANA, José. [Discurso de inauguração do Posto de Higiene de Alfenas]. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde e Assistência. Unidades Sanitárias construídas, adaptadas, instaladas e postas a funcionar no Governo Milton Campos. Belo Horizonte, 1951.

----- [Discurso de inauguração do Posto de Higiene de São Lourenço]. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde e Assistência. Unidades Sanitárias construídas, adaptadas, instaladas e postas a funcionar no Governo Milton Campos. Belo Horizonte, 1951.

----- [Discurso de posse ao cargo de Secretário da Saúde]. Folha de Minas, Belo Horizonte, 26 jun. 1948. p. 2, col. 1-2.

----- [Discurso na solenidade de entrega de certificados aos novos médicos sanitaristas do curso intensivo de Saúde Pública, agosto de 1949]. Minas Gerais, Belo Horizonte, 20 ago. 1949. p. 11, col. 4-5, p. 12, col. 1-4.

----- O papel da educação sanitária. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde e Assistência. Serviço Médico Escolar. Belo Horizonte, 1950.

BRAGA, Ernani. Discurso Inaugural. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 9, Porto Alegre, 1951. Anais... Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Higiene, 1952. p. 16-19.

CARVALHO, Ultimo de. [Discurso]. Diário da Assembléia, Belo Horizonte, 11 ago. 1950. p. 4, col. 4-5, p. 5, col. 1.

CRUZ FILHO, Dilermando Martins da Costa. [Discurso]. Diário da Assembléia, Belo Horizonte, 3 out. 1947. p. 6, col. 4-5.

FERREIRA, M. J. [Discurso na sessão de instalação do 6. Congresso Brasileiro de Higiene]. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 6, Rio de Janeiro, 1947. Anais... Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, 1947. p. 41-49.

ERREIRA PINTO, H. [Discurso em homenagem a Alvino de Paula]
Minas Gerais, Belo Horizonte, 18 jun. 1948. p. 8.

IGUEIREDO, Augusto Batista de. [Discurso]. Diário da Assembléia,
Belo Horizonte, 17 set. 1947. p. 2, col. 5, p. 2, col. 1-2.

IBANIO, Samuel. A Campanha do Saneamento; Conferência realizada
no Grupo Escolar Barão do Rio Branco. Belo Horizonte:
Imprensa Oficial, 1920. 11 p.

LIMA GUIMARAES, João. [Discurso]. Diário da Assembléia, Belo
Horizonte, 11 maio 1949. p.3, col. 4-5.

LOPES, Cid Ferreira. Discurso na solenidade de entrega de
diploma dos médicos sanitaristas e da primeira turma de
médicos tisiólogos de 1954 paraninfados pelo Sr. Governador
Clóvis Salgado em 10-08-1955. Belo Horizonte, 1955. (Mimeogr.).

MENDONÇA, Otto Pessoa. [Discurso na solenidade de abertura do
período letivo de 1967 na Escola de Saúde Pública de Minas
Gerais]. Belo Horizonte, 1967. (Mimeogr.).

PAULA SOUZA, Geraldo Horácio. [Discurso de saudação na sessão
inaugural do 7. Congresso Brasileiro de Higiene] In:
CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 7, São Paulo, 1948. Anais ...
São Paulo: Sociedade Brasileira de Higiene, 1949. v.1. p. 13-
16.

PRATES, Carlos Martins. [Discurso]. Diário da Assembléia, Belo
Horizonte, 7 jun. 1949. p. 4, col. 2-4.

SILVEIRA, Emílio Soares da. [Discurso]. Diário da Assembléia,
Belo Horizonte, 11 maio 1948. p. 2, col. 1-5.

IV - LIVROS E PARTES DE LIVROS

ALMEIDA JUNIOR, Antônio Mendes de. Do Declínio do Estado Novo ao
Suicídio de Getúlio Vargas. In: FAUSTO, Boris. O Brasil
Republicano. São Paulo, DIFEL, 1981. t. 3. v. 3. p. 225-255.
(História Geral da Civilização Brasileira, 10).

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. Saúde e
previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES/
HUCITEC, 1981.

CANDAU, Marcolino e BRAGA Ernani. Novos rumos para a saúde
pública rural. In: BUSS, Paulo Marchiori (org.). O pensamento
de Ernani Braga. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1984. (Memória da
Saúde Pública, 1)

CASTRO-SANTOS, Luís Antônio. Saúde pública, ideologia e poder

- na Primeira República. In: ENCONTRO DA HISTORIA DA SAUDE, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. [s.d.]. (Resumo).
- CERQUEIRA FILHO, Gisalio. A "questão social" no Brasil: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.
- CHAUI, Marilena. O que é ideologia. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- COHN, Amelia. Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo: Moderna, 1981.
- COIMBRA, Marcos. Política e políticas de bem-estar: uma periodização da experiência brasileira. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/Universidade Federal de Minas Gerais, 1979. (Mimeogr).
- COSTA, Nilson Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário, origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 47-60.
- CURY, Carlos Roberto Jamil. Educação e contradição, elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1985.
- DAMASO, Romualdo. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 61-90.
- DIAS, João Carlos Pinto. Profilaxia da Doença de Chagas. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; ACADEMIA MINEIRA DE MEDICINA. Modernos Conhecimentos sobre Doença de Chagas. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1981. (Suplemento dos Anais de 1979 e 1980 da Academia Mineira de Medicina).
- DINIZ, Clélio Campolina. Estado e capital estrangeiro na industrialização mineira. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1981.
- FUSARI, José Cerchi; FRANCO, Luiz Antônio C. Capacitação de recursos humanos, problemas e perspectivas. São Paulo: CENAFOR, 1983. (Reflexões, 28).
- GARCIA, Juan Cesar. Estado e Política de Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: ABRASCO/ENSP, 1984. p. 13-97. (Textos de Apoio de Ciências Sociais, 2).

- Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. D. (org.). Medicina Social: aspectos teóricos e técnicos. São Paulo: Global, 1983. p. 95-132.
- HERSCHMAN, Silvia. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 119-138.
- HIPPOLITO, Lucia. De raposas e reformistas - o PSD e a experiência democrática brasileira (1945-64). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- LIANNI, Octávio. Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970). 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.
- KOSIK, Karel. Dialética do concreto. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LOPES, Cid Ferreira. A necessidade de técnicos de Saúde Pública. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, Rio de Janeiro, 1947. Anais ... Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, 1947. p. 117-123.
- LOPES, Eliane Marta Santos Teixeira. Colonizador-colonizado: uma relação educativa no movimento da História. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1985.
- LUCCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 157-179.
- LUZ, Madel T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACHADO, Roberto et al. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAGALHAES, Otávio. Ensaio. Belo Horizonte: [s.n.], 1957.
- MENEZES, Ulpiano Bezerra. Identidade cultural e arqueologia. In: BOSI, Alfredo (org.). Cultura brasileira: temas e situações. São Paulo: Atica, 1987. p. 182-190.
- MICHALISZEN, Paulo Roberto. O sanitarista e os cursos descentralizados de saúde pública no Paraná. [s.n.t.]. (Mimeogr.).
- MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. O modelo sanitarista. Belo Horizonte, 1980. (Mimeogr.).

----- . O sanitarismo nas primeiras décadas do período republicano. Belo Horizonte, 1980. (Mimeogr.).

MORAIS, Nelson L. Araújo de; SILVA, Orlando J. Contribuição do Serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericanos à formação de técnicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, Rio de Janeiro, 1947. Anais... Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, 1947. p. 51-58.

NUNES. E. D. (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora, 1983.

----- . As ciências sociais na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985.

PAULA SOUZA, Geraldo Horácio; VIEIRA, Francisco Borges. Formação de técnicos para os serviços de saúde pública. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, Rio de Janeiro, 1947. Anais... Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, 1947. p. 93-101.

PINHEIRO, Maria Virgínia Vieira. Saúde Escolar. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde. Projeto Memória da ESMIG. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 1988. (Relatório de Pesquisa).

RAGO, Margareth. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

SANTIAGO, Urcicio. Considerações em torno dos problemas de pessoal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, Rio de Janeiro, 1947. Anais... Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, 1947. p. 149-157.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e justiça, a política na ordem Brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SAVIANI, Dermeval. Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. 20. ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.

SCHWARTZMAN, Simon et al. Formação da comunidade científica brasileira. São Paulo: FINEP/ Nacional, 1979.

SEVCENKO, Nicolau. A revolta da vacina - mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Bases racionais para a estruturação de carreiras sanitárias de médico e engenheiro: seleção, nomeação, estabilidade, acesso e full time. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, Rio de Janeiro, 1947. Anais... Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, 1947. p. 125-131.

SINGER, Paul et al. Prevenir e curar: o controle social através

dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

----- Reflexões sobre inflação, conflito distributivo e democracia. In: REIS, Fábio Wanderley ; O'DONNELL, Guilherme (org.). A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas. São Paulo: Vértice, 1988. p. 91-135.

SMILLIE, Wilson G. Medicina preventiva e saúde pública. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, 1950. Tradução de: Preventive Medicine and Public Health, ed. americana de 1946.

STEPAN, Nancy. Gênese e evolução da ciência brasileira - Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: ___ (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 17-46.

VELOSO, Antônio Augusto. Constituição Mineira: texto e anotações. Ouro Preto: [s. n.], [s.d.].

V- TESES

CASTRO-SANTOS, Luís Antônio. Power, ideology and public health in Brazil, 1889-1930. Cambridge: Harvard University, , 1987. (Tese, Doutorado).

LABRA, Maria Eliana. O movimento sanitarista nos anos 20 - Da "conexão sanitária internacional" à especialização em Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/EBAP, 1985. (Dissertação, Mestrado).

PEIXOTO, Ana Maria Casasanta. Educação e Estado Novo em Minas Gerais. São Paulo: PUC/SP, 1989. (Tese, Doutorado).

VI - ARTIGOS DE PERIODICOS E JORNAIS

ARROYO, Miguel Gonzalez. Administração da educação, poder e participação. Educação e Sociedade, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 36-46, jan. 1979.

CASTRO-SANTOS, Luís Antônio. Estado e Saúde Pública no Brasil (1889-1930). DADOS; Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 237-250, 1980.

----- O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. DADOS; Revista de

- Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.
- DALLARI, Adilson Abreu. A problemática da seleção de recursos humanos para a administração pública. *Educação e Seleção*, São Paulo, n.11, p.59-67, jan./jun. 1985.
- DINIZ, Orestes. As questões de saúde e assistência nas constituições brasileiras, americanas e européias. *Arquivos de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 2, p. 19-31, nov. 1952.
- FLEISCHER, David V. A redemocratização em Minas. *Cadernos DCP*, Belo Horizonte, v.4, p.109-166, 1977.
- FOSDICK, Raymond B. La Salud Pública como problema internacional. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 23, n. 12, p. 1065-1071, dec. 1944.
- LOPES, Cid Ferreira. Atividades da Escola de Saúde Pública. *Arquivos de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 61-87, out. 1955.
- MATA-MACHADO, Bernardo. Notas para uma historia do capitalismo em Minas Gerais. *Fundação João Pinheiro*, Belo Horizonte, v. 15, n.7/8, p.73-92, set./dez. 1985.
- MOLL, Aristides. La Sanidad Viviente. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 25, n.9, p. 769-777, set. 1946.
- OLIVEIRA, Betty. Aprendendo a ser educador técnico+político. *Educação e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 15, p. 20-31, ago. 1983.
- PARRAN, Thomas. Las Escuelas de Hygiene y la Salud Nacional. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 23, n. 4, p. 324-331, abr. 1944.
- . Progreso Sanitário. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 27, n.3, p. 198-204, mar. 1948.
- PASCALÉ, Humberto. Assistência médica às populações rurais, *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 11, n. 27, p. 9-94, mar. 1946.
- RAMOS, Domingos F. Esbozo de coordinacion de las Escuelas Sanitarias en las Americas, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 23, n. 12, p. 395-398, mayo 1944.
- ROUX, Jorge. Treinamento, empresa e hegemonia. *Educação e Sociedade*, São Paulo, v. 4, n. 12, p.38-60, set. 1982.
- SAVIANI, Dermeval. Competência política e compromisso técnico ou (o pomo da discórdia e o fruto proibido). *Educação e Sociedade*, v. 5, n. 15, p. 111-143, ago. 1983.

SIQUEIRA, Moema Miranda de. Elites políticas em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, v. 29, p. 173-179, 1970.

SOUZA, Nelson Melo e. O Planejamento econômico no Brasil: considerações críticas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n.4, p. 59-115, 1968.

O DIARIO, Belo Horizonte, 1949.

ESTADO DE MINAS, Belo Horizonte, 1948-1949.

FOLHA DE MINAS, Belo Horizonte, 1946-1948.

MINAS GERAIS, Belo Horizonte, 1946-1950.

VII - VERBETE

PISTONE, Sergio. Relações Internacionais. In: BOBBIO, Norberto et al. *Dicionário de política*. 2. ed. Brasília, Universidade de Brasília, 1986, p. 1092-1094.

VIII - ENTREVISTAS

ARMANDO RIBEIRO DOS SANTOS (1909-1990), médico sanitарista do quadro da Saúde Pública estadual. Iniciou a carreira em 1934, tendo trabalhado em Centro de Saúde no interior do estado e posteriormente ocupado a chefia da Divisão de Unidades Sanitárias do Departamento Estadual de Saúde, em Belo Horizonte. Entre setembro de 1947 e junho de 1948, respondeu pela direção do Departamento, tendo transmitido o cargo ao Secretário Baeta Viana, por ocasião da criação da Secretaria de Saúde e Assistência. Entrevista concedida à autora no dia 08-06-1988.

CID FERREIRA LOPES, médico sanitарista do quadro da Saúde Pública estadual. Entre 1928 e 1961 ocupou os cargos de chefia de Subposto e Posto de Higiene, de Centro de Saúde e de Serviço Técnico, no interior e na Capital. Foi diretor da Escola de Saúde Pública no período compreendido entre 1947 e 1960. Entrevista concedida à autora em 25-08-1987 (primeira parte) e 13-10-1987 (segunda parte).

OTTO PESSOA DE MENDONÇA, médico sanitарista do quadro da Saúde Pública estadual. Iniciou a carreira em 1946, tendo trabalhado em

Centro de Saúde, no Serviço Médico Escolar e na Chefia do Departamento de Demografia e Educação Sanitária. Foi diretor da Escola de Saúde Pública entre 1967 e 1971. Entrevista concedida à autora em 09-11-1987.