



Dr. Oswaldo Cruz

Foto Prof. Vitor Vieira de Godoy
Centro da Memória da Farmácia

PROF. DR. MÁRCIO ANTÔNIO MOREIRA GALVÃO

Textos do Departamento de Ciências Médicas | Escola de Farmácia

ORIGEM DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DO BRASIL-COLÔNIA A 1930

ORIGEM DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DO BRASIL-COLÔNIA A 1930

Textos do Departamento de Ciências Médicas | Escola de Farmácia

PROF. DR. MÁRCIO ANTÔNIO MOREIRA GALVÃO

Presidente do Colegiado de Medicina

Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz

Doutor em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais

Pós-Doutor pela UTMB (University of Texas Medical Branch at Galveston -USA)

Professor do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

REITOR

Prof. Dr. João Luiz Martins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Antenor Rodrigues Barbosa Júnior

ESCOLA DE FARMÁCIA

DIRETOR

Prof. Dr. Luiz Fernando de Medeiros Teixeira

VICE-DIRETORA

Prof^a Dr^a Andréa Grabe Guimarães

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Prof. Dr. George Luiz Lins Machado Coelho

PRESIDENTE DO COLEGIADO DE MEDICINA

Prof. Dr. Márcio Antônio Moreira Gaivão

PROFESSORES DO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Prof^a Dr^a Adriana Maria de Figueiredo

Prof. Dr. George Luiz Luís Machado Coelho

Prof. João Milton Martins Penido

Prof. Dr. Márcio Antônio Moreira Galvão

Prof^a Maria Lilian Sales

APRESENTAÇÃO

E

ste primeiro Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto reveste-se de uma contextualização histórica por se tratar de um número comemorativo da Aula Inaugural do Curso de Medicina desta Universidade.

O tema abordado é extremamente oportuno já que resgata a importância do papel da Escola de Farmácia de Ouro Preto na história da Saúde Pública mineira e brasileira desde os primórdios do Ensino Médico no Brasil.

PROF. DR. MÁRCIO ANTÔNIO MOREIRA GALVÃO

Presidente do Colegiado de Medicina

SUMÁRIO

- 06 INTRODUÇÃO
- 08 OS ENSAIOS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL-COLÔNIA E NO IMPÉRIO.
- 19 AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NA PRIMEIRA REPÚBLICA
- 31 CONCLUSÃO
- 33 REFERÊNCIAS

I - INTRODUÇÃO

Ao estudarmos as origens da Saúde Pública no Brasil, deparamos com inúmeras situações, que se parecem com momentos vividos por nós em épocas atuais.

Assim acontece, por exemplo, com a questão da municipalização versus centralização, fenômeno que se sucede durante todo o período colonial, com o poder e a responsabilidade sobre a Higiêne Pública alternando-se entre um poder central e o poder das Câmaras Municipais. Essa questão perdura também durante o Império, época de intensa polêmica sobre a Higiêne Pública entre o poder leigo das Câmeras e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, detentora do saber médico nacional na época, para desembocar nas campanhas sanitárias do início do século, quando o Congresso transfere para o poder central a responsabilidade pelos problemas sanitários do Distrito Federal, a fim de que possam ser

tomadas as medidas exigidas pelo momento. Toda essa questão nos remete a épocas mais recentes do início da Nova República, quando da discussão da Reforma Sanitária com sua proposta de municipalização das Ações de Saúde. A Reforma pregava, dentro de um contexto geral, a autonomia dos municípios sobre seus próprios problemas como forma de modernização da estrutura existente e que os opositores da idéia colocavam como principal dificuldade para viabilização dessa autonomia o problema do despreparo do poder local, da mesma forma que os antigos antimunicipalistas.

Outra questão que nos é bastante atual é a polêmica entre Medicina Preventiva e Curativa. Essa questão vem ganhando corpo desde o Brasil-Colônia e se impondo como discussão dominante, à medida que se começou a vislumbrar uma idéia mais concreta de Medicina Social no

País. Isso fica mais evidente principalmente a partir do século XIX, com a importação das idéias européias sobre a Polícia Médica. A partir daí, a dicotomia entre esses dois tipos de Medicina fica bem demarcada, com desdobramentos que seriam responsáveis pela atual organização de nossos serviços de saúde.

Questão polêmica até hoje, dentro da própria Medicina Preventiva, é o problema das campanhas sanitárias com sua visão unilateral sobre o processo causal da doença, o que reflete a não-superação ainda nos dias de hoje do modelo da Medicina Preventiva Científico-Biológica do final do século XIX e início do século XX. A volta de moléstias pestilenciais, como a febre amarela, o dengue nas regiões centro-sul do País, com a incrementação de medidas em evidência no início do século e a priorização que elas recebem em detrimento do combate a outras doenças de maior taxa de mortalidade, em que a questão das condições de

trabalho, moradia e alimentação se impõe como causalidade mais evidente dessa alta mortalidade, são exemplos claros de que a nossa Saúde Pública continua voltada para problemas que possam vir a ameaçar as elites dominantes.

A questão das origens do Ensino Cirúrgico e Médico no Brasil e sua relação com a saúde pública é também discutida de passagem nesse texto, mostrando que algumas referências históricas devem ser revistas e atualizadas.

Enfim, toda essa coincidência entre teses e discussões levantadas no presente e no passado sobre Saúde Pública reflete bem a inconsistência de nosso sistema político, em que as alternâncias no poder, os interesses defendidos por ele e a falta de continuidade das ações, ora nos jogando para frente rumo a um avanço real, ora nos fazendo retroceder, ocasionam perdas não restituíveis, ou seja, vidas humanas.

II - OS ENSAIOS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL-COLÔNIA E NO IMPÉRIO

De acordo com Roberto Machado e colaboradores, a Saúde Pública Brasileira teve seu nascimento no século XIX, por peculiaridades históricas que distinguem esse período dos três primeiros séculos da colonização no Brasil. No entanto, eles fazem algumas observações sobre a Medicina nesses primórdios, a fim de que possamos realmente situar o século XIX como um marco.

Inicialmente, ele chama a atenção para a principal preocupação da Coroa com a saúde da Colônia, que era a de fiscalização, entendida como forma privilegiada de articular a atividade médica no poder soberano. A chamada Fisicatura, órgão máximo para as questões de saúde, era, na verdade, um tribunal, com leis, alvarás, regimentos e poder restrito à regulamentação da profissão, que visava punir os infratores com o objetivo de

reservar para a medicina o espaço da doença. A existência da Fisicatura não revela, também, nenhuma preocupação com a formação de uma esfera autônoma e específica de conhecimento a que o poder político central deva recorrer.

No entanto, a Fisicatura não é capaz de cobrir os vários aspectos da questão da saúde, reduzindo-se à legalização da prática curativa. Daí a necessidade de se caracterizar, como foi colocada nessa época, a questão da saúde das populações, dos habitantes da cidade, da sociedade enfim.

E, quando procura-se estabelecer a relação entre saúde e sociedade, o tema principal abordado, na época, era o da sujeira e o dever de zelar pela limpeza da cidade. As Ordenações Filipinas de 1604, que regiam todas as Câmaras Municipais das cidades e vilas de Portugal e

Colônias, fixando as atribuições gerais dos municípios, situavam a limpeza como um de seus encargos. A fiscalização do comércio de alimentos também aparece em alguns documentos como problema que deve ser abordado pelas Câmaras Municipais.

O porto é um local da cidade privilegiado como objeto da ação municipal, já que é ponto de contato entre o interno e o externo, via de penetração de pestes.

A consideração tanto da cidade quanto do Porto, do ponto de vista da doença possível, adquire sua significação mais profunda na quadro da política metropolitana, que procura maior controle comercial e militar na colônia, na medida em que se articula com a defesa da riqueza e do território. É freqüente nos documentos a ênfase dada no particular cuidado de sua majestade com a saúde dos povos e conservação do Estado. A população, vital para defender a terra e fazê-la produzir, aparece como elemento a ser preservado em vida, como vassalos do Rei, povoadores de uma terra disputada e produtora, é neste contexto que sujeira e doença articulam-se como binômio a ser evitado. Como também é a partir dele que se explica o medo e o perigo da peste, na medida em que ela dizima as populações, a ponto de paralisar a cidade e mesmo de diminuir a mão-de-obra.¹

¹MACHADO. Roberto et al. *Danação da Norma; Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

Entretanto, a iniciativa de organizar o espaço social, visando impedir doenças ou aumentar o nível de saúde, parece não fazer parte das atribuições da Câmara. A denúncia dos habitantes aciona um processo, que depende do habitante na medida em que, muitas vezes, a Câmara é incapaz de realizá-lo eficazmente. A saúde da população está na dependência da presença de obstáculos: quando aparecem e são sentidos pelos habitantes como algo nefasto, são afrontados pela Câmara de modo local, disperso e sem continuidade. Através de uma ação pontilhada, pensa-se em evitar a doença, retirando a sujeira-intervenção que depende, entretanto, da ação privada.

Tambem o médico que recebe salário fixo proveniente dos vencimentos da Câmara não é alguém encarregado de dirigir ou orientar os encargos de saúde; é, no máximo, assessor da Câmara nas "visitas de saúde" aos navios, feitas sobretudo quando há perigo de peste, além de ser o médico dos oficiais das Câmaras e de suas famílias. Logo, não há nenhum caráter social de preocupação desse médico com a saúde da população.

O que caracteriza, portanto, a Fisicatura e as Câmaras é a atribuição pura e simples de fiscalizar seja o exercício da Medicina, seja o bom funcionamento da

cidade baseada em denúncia de irregularidade, visando impedir que um mal se propague, através da promulgação de leis e punição dos infratores. Portanto, a administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII pela organização do espaço social, visando a um ataque planejado e continuado às causas da doença, agindo dentro de uma perspectiva mais de combater o mal do que o de cultivar um bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só é percebida negativamente por causa da realidade representada pela doença.

Pelas análises da Fisicatura e das Câmaras Municipais, ficou clara a inexistência, no período citado, de um Projeto de Medicina Social, principalmente de acordo com o nosso interesse, no que tange ao campo da Saúde Pública. A afirmação dessa inexistência poderia, entretanto, encontrar dificuldades e mesmo dar lugar a uma objeção, como no caso de doenças que atingem um número elevado de pessoas, propagando-se por contágio e por isso denominadas de peste. Para combatê-las, provavelmente organizaram-se estratégias que abrangiam a cidade e sua população. Pegaremos o caso da lepra para analisar a ação do poder colonial sobre uma doença desse tipo e verificar a existência ou não de um Projeto de Medicina Social nessa ação.

No caso da lepra, a iniciativa de apontar a proliferação dos lázaros como ameaça à cidade e à população parte da Câmara Municipal e daqueles que ela denomina "povo". Os médicos eram chamados a dar seu parecer sobre o problema, de formar uma idéia aproximada sobre o número de lázaros e de formalizar um plano de combate. O combate à lepra se dava, na verdade, através do combate ao leproso e era traduzido pelo isolamento, pela criação de Lazareto e pela inspeção dos navios. O combate à lepra como doença é quase inexistente, limitando-se à aplicação de alguns remédios e à restrição aos "abusos" de cirurgias. A grande medida é a exclusão do leproso da cidade para dar a ele, antes de tudo, num gesto de "caridade", um abrigo, local intermediário entre a cidade e a sepultura. Se verificarmos, na prática, a situação desses Lazaretos - administrados, na maioria das vezes, por religiosos e auxiliados por escravos, normalmente, criminosos com a pena a cumprir-constataremos que eles não ofereciam condição mínima para abrigo dos doentes, além de não contarem com a assistência de um médico.

Com esse exemplo, tornou-se clara a ausência de um Projeto que visasse a transformação do espaço para eliminar causas de doença, como a construção de uma cidade produtora e propiciadora de saúde dos habitantes; a intervenção anterior à doença, ação que abrangesse toda

a sociedade e não somente os doentes, bem como a criação de espaços terapêuticos e não de exclusão.

No final do século XVIII, o enfoque é um pouco diferente. O poder colonial assume como um dos objetivos da própria administração, a questão da recuperação do estado de saúde de seus habitantes. São exemplos disso o Hospital Militar e o Leprosário. O Hospital, com o objetivo primário de reintegração do soldado à tropa, é um primeiro passo da transformação da própria instituição hospitalar. O Projeto de criação de um novo hospital, não meramente estabelecido em bases filantrópicas, como ocorria com essa instituição no início do período colonial, desencadeia, assim, um discurso abrangente sobre a vida da população, o trabalho e a defesa. O hospital passa a se articular como os problemas mais gerais que enfrenta o governo da cidade. O ensino médico será um dos aspectos dessa ofensiva, que tem por objetivo geral combater os desmandos e o ócio de uma população sem trabalho, a que se propõe o Governo.

O Leprosário aparece também transformado em entidade assistencial, presidida por critérios médicos de localização, organização e funcionamento, em que o isolamento do leproso incurável protege a cidade do perigo do "contágio".

Nesse preciso momento, o Estado português,

representado pelos Vice-Reis, se atribui a tarefa de conhecer as causas de doenças do Rio de Janeiro, visando a uma intervenção na cidade. O negro e o leproso são então circunscritos - como portadores de um perigo a ser evitado. Os armazéns de desembarque de escravos são transferidos para locais afastados, objetivando separar os escravos sadios dos doentes, e mesmo evitando contato imediato dos recém-chegados com a população. Paralelamente a isso, ocorreram medidas de transformação urbana, como a abertura e o calçamento de ruas, a construção de estradas, pontes e fontes, a secagem de pântanos e a drenagem de águas estagnadas.

Deve ser salientada, ainda, a consulta feita pela Câmara aos médicos considerados notáveis sobre as razões de insalubridade do Rio e sobre as principais doenças endêmicas e epidêmicas. O documento de consulta já sugere algumas respostas, ao inquirir sobre causas de origem natural, como a umidade e o calor, ou produzidas pelo homem, como a imundície, além de causas morais e dietéticas. Os pareceres médicos criticam, assim, a direção de algumas ruas, por impedir a livre circulação do ar; o tipo de construção das casas, por dificultar a renovação do ar; as águas estagnadas, por exalarem "pestíferos vapores" e a imundície das praias, praças e casas, por alterar, corromper e degenerar o ar, tornando-o propício a enfermidades. Uma série de aspectos é delimitada como possível de

intervenção, a partir da referência à degeneração do ar. O primeiro deles diz respeito à urbanização; porém, os pareceres não se restringem à urbanização, estendendo-se ao domínio da alimentação pensada tanto em relação à deterioração do ar da cidade (mercado de peixes, armazém de carne seca) quanto elemento que, inserido, poderá ser prejudicial ou benéfico à saúde.

Mas esses documentos de 1798 vão além de uma análise do clima, da urbanização e da alimentação, situando também a imoralidade como causa de doença. Com relação a essa última causa, soluções para evitar a vadiagem são propostas como, por exemplo, enviar para o campo famílias que não têm condições econômicas de viver na cidade porque comem, moram, dormem e respiram pessimamente.

Vemos o quanto é abrangente a problemática da doença e como essa análise médica representa não só uma análise de um caso isolado ou esporádico, mas também assinala a tematização da morbidade e da mortalidade da população do Rio de Janeiro pelo levantamento geral das causas patológicas encontradas. Na época, essa análise não era exclusiva dos médicos, mas se inseria de maneira homogênea no tipo de discurso da administração portuguesa da segunda metade do século XVIII, ao colocar temas como a ociosidade, o trabalho, a desordem social e a

doença da população na perspectiva de criação e fortalecimento de segurança e conseqüente manutenção do Brasil como colônia. Essa análise decorre da posição assumida pelo centro do poder no que diz respeito à saúde, na medida em que é a autoridade do Vice-Rei que aciona, através da Câmara, o processo das consultas. A questão da saúde e de suas condições não nasce dos médicos, mas da consciência da doença como um problema social que parte ainda de fora do poder constituído da Medicina; cabe ao governo tomar as providências. Embora isso não signifique uma exterioridade da Medicina em relação à política, ou uma existência do saber médico desvinculado de qualquer relação de poder, a Medicina não parece ser vista como uma prática política específica, como um poder especializado que deve assumir a responsabilidade dos indivíduos e da população, atuando sobre as condições naturais e sociais da cidade.

O século XIX assinala para o Brasil um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da Medicina, inaugurando duas de suas características: a penetração na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação de apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado.

A transformação do objeto da Medicina significa

fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde. Não é mais a ação direta sobre a doença de uma forma isolada que move o projeto médico. O "Médico Político" deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando, em nível de suas causas, contra tudo o que possa interferir no bem físico e moral da sociedade.

Vislumbra-se, assim, um novo tipo de relação com o Estado o fato de a Medicina penetrar em tudo, inclusive no aparelho estatal. O importante é que essa relação não é de justaposição ou de apropriação, nem de uma racionalidade científica e neutralidade política por parte da Medicina.

Observando uma inadequação entre seu projeto e o modo de ação dos aparelhos de Estado, os médicos impõem sua racionalidade por táticas variadas, como as de assessoria, de crítica e de penetração tanto nos órgãos do Estado quanto nas instituições da sociedade civil. A Medicina, ao estabelecer novas relações de poder, deve operar, lógica e historicamente, ao longo de uma série de modalidades de confronto com o governo, a população e o indivíduo.

A transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, desencadeia transformações que serão importantes para a relação entre o Estado, a Sociedade e a Medicina. Quando o poder central instala-se, atribui a ele mesmo determinadas funções; garantir o enriquecimento,

a defesa e a saúde do "povo" da nova terra. Dentro desse quadro, inserem-se modificações importantes no âmbito da Medicina, com a criação do Ensino Cirúrgico no Brasil e da Provedoria de Saúde.

Quanto à questão do Ensino Cirúrgico, gostaríamos aqui de abrir parênteses e citar João Amilcar Salgado, médico, historiador e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, o qual tenta mostrar que o advento do Ensino Cirúrgico no Brasil é anterior à chegada da Coroa Portuguesa, em 1808, e que o Ensino que se irradiou a partir de Vila Rica (hoje Ouro Preto), em 1801, teve influência importante sobre a Saúde Pública Brasileira da época, pelo perfil do profissional daí egresso:

De 1500 a 1801, os poucos médicos de nível superior que chegaram ao Brasil, onde saber ler já era exceção, eram demandados para afazeres afastados do atendimento de doentes. Assim a maioria dos profissionais de saúde não tinha esta qualificação ou melhor não tinha qualificação nenhuma, pelo menos do ponto de vista da elite européia. Assim, a iniciativa de criar cursos para formar apenas cirurgiões, ou seja profissionais que não gozaram de nível superior na época, foi correta, no sentido de alcançar a crescente população da Colônia. Para formá-los eram necessários cirurgiões capacitados ou, se disponíveis, médicos. Isso não foi fácil, tanto que os cursos de cirurgia do Rio e de São Paulo não vingaram. Só o de Vila Rica se prolongou por vários anos. Quando D. João VI chega ao Brasil, em 1808, são criados mais dois cursos de cirurgia, um em Salvador e outro no Rio de

Janeiro. Só em 1832 estes dois últimos passam a nível superior, surgindo as Faculdades da Bahia e do Rio. Em Minas, em vez de seu curso de cirurgia passar a nível superior, ele deu lugar, em 1839, à primeira Escola de Farmácia isolada da América Ibérica. Curiosamente, nesta época já havia, em Ouro Preto, médicos capacitados para atuar como docentes de uma faculdade de medicina, tanto é que o brilho e a sobrevivência da Escola de Farmácia se deveram a notáveis docentes médicos. Ora, os doentes não deixavam de adoecer e, assim, os farmacêuticos, com pouco mais credencial que os boticários (farmacêuticos não-formados), passaram a clinicar como estes. Acontece que boticários e farmacêuticos aceitavam atuar em lugares longínquos e, com isso, acabaram propiciando uma atenção à saúde não só democrática, mas de boa qualidade para a ciência da época. Podemos mesmo dizer que % sabendo-se o que se ensinava nas faculdades de medicina comparado com o que se ensinava na Escola de Farmácia de Ouro Preto % os farmacêuticos eram mais confiáveis do que os poucos dispersivos médicos em exercício, egressos das faculdades da Bahia, do Rio ou do exterior. Isto porque a maioria destes passou a viver como políticos, fazendeiros, burocratas e/ou professores, atividades para as quais só valiam do título de doutor, sendo excepcional o exercício efetivo da competência suposta no diploma.²

A tentativa de implantação do Ensino Médico em

Minas Gerais antes da chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808, é também citada por Machado et al. Esses autores afirmam que, até o século XIX, o número de médicos diplomados é mínimo, já que a proibição do ensino superior era um ponto básico da política de Portugal com relação ao Brasil colonial. No entanto, a Fisicatura habilita os chamados "cirurgiões práticos" que tenham servido por alguns anos nos Hospitais de Santa Casa de Misericórdia. No intuito de implantar o Ensino Superior de Medicina, as Câmaras Municipais de Minas Gerais propõem a criação de uma Faculdade de Medicina financiada por elas mesmas, o que é negado pelo Conselho Ultramarino em documento enviado às Câmaras. Esse documento argumenta "que poderia ser questão política, se convinham essas aulas de arte e ciências em colônias (...), que podia relaxar a dependência que as colônias deviam ter ao Reino"³

"A instalação da Corte portuguesa no Brasil, em 1808, modifica essa situação. A criação do Ensino Cirúrgico é agora colocada como útil ao restabelecimento da saúde do povo. A saúde torna-se objeto do poder central."⁴

Quanto à Provedoria, a sua criação assinala o

² SALGADO, João Amikar. Transformações e perspectivas da Educação Médica em Minas Gerais. IN: CONGRESSO MINEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, Uberaba, maio de 2007. (Palestra de abertura)

³ MACHADO. Roberio et al. Danação da Norma; Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

⁴ Ibidem.

momento em que uma instância propriamente médica assume o controle das medidas de Higiene Pública. Um ano depois é elaborado pelo provedor um regimento que, além de organizar as idéias já expressas em 1808, materializa o novo tipo de prática - política e médica – que diz respeito à sociedade. Nele aparece, com clareza, que é atribuição da Provedoria realizar uma política médica de instituir a quarentena dos navios em um Lazareto, dispor de saneamento para a cidade, controlar os alimentos, pastagens, matadouros e açougues públicos.

Surge no Brasil a Polícia Médica, idéia formulada na Alemanha e muito difundida na Europa nos séculos XVIII e XIX, definida como o conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplica à saúde e ao bem-estar da mãe e da criança, à prevenção de acidentes, ao controle e prevenção de epidemias, à organização de estatísticas, ao esclarecimento do povo em termos de saúde, à garantia de cuidados médicos, à organização da profissão médica e ao combate ao charlatanismo.

Do ponto de vista da Higiene Pública, a Polícia Médica, nesse momento, parece não ter conseguido se estabelecer na sociedade, já que não contava com um poder organizado, capaz de impor esse tipo de medicina, através da elaboração de análises sanitárias da cidade, planos, estatísticas médicas, estudo de endemias e

epidemias. Ela não aprofundou o novo tipo de saber médico sobre a cidade, instrumento de luta contra a desordem urbana que começava a ser diagnosticada como também não criou mecanismos de difundir esse saber e lutar por sua efetivação. Assim, mesmo delineando melhor o objeto da Higiene Pública e recebido um órgão médico, a Provedoria, como instrumento de poder, a Polícia Médica fracassou.

Em 1828, fica abolido o lugar de Provedor-Mor de saúde, passando às Câmaras a tarefa de inspecionar a saúde pública. Estas, no entanto, não são idênticas às do período anterior que, como vimos, são alheias a qualquer projeto de Higiene Pública. No regulamento de 1828, aparece a disposição fundamental da nova organização das Câmaras: a perda das atribuições judiciais até então garantidas a elas pelas Ordenações Filipinas. A essa restrição corresponde, entretanto, uma expansão na área da atuação administrativa, importante do ponto de vista da Higiene Pública.

Com o desaparecimento da Provedoria desaparece a Medicina Social que aos poucos se esboçava? Tentaremos dar essa resposta examinando a atuação das Câmaras.

Ao pesquisar os documentos que dispõem sobre a competência das Câmaras, vemos que a Higiene

Pública aparece integrada e ao mesmo tempo diluída nos três principais setores da administração urbana, ou seja, nas questões urbanística, econômica e populacional. Não existe um discurso autônomo em relação à questão da Higiene, nem tampouco existe exigência no sentido de saber quem delibera a respeito desse quesito, sendo o cargo de Provedor de Saúde da Câmara ocupado pelo segundo vereador mais votado. A esse encargo leigo de saúde se oporão os médicos da época, denunciando o que passaram a chamar de higiene "desmedicalizada".

Nessa época, inicia-se a grande ofensiva da Medicina brasileira que procura se implantar como Medicina Social. Em 1829, surge a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a qual lutará para impor-se como guardião da saúde pública, em meio à situação conturbada da época, a Sociedade de Medicina fundamenta sua investida através do Projeto de organização de uma sociedade perfeita. Distúrbio político e distúrbio urbano são dois temas presentes nos debates médicos da recém-criada sociedade, que se diz possuidora dos meios para alcançar uma sociedade ordenada, disciplinada, oferecendo luz para a saída do caos, e se justificando como Medicina Social. Dentro desse contexto, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro estabelece como objetivos fundamentais a Saúde Pública e a defesa da Ciência Médica, parte integrante do

projeto de realização de uma Medicina Social.

Com relação ao primeiro objetivo dessa Sociedade de Medicina - a Higiene Pública - lutar por uma Medicina Social significa lutar pela criação ou reformulação dos regulamentos sanitários, pelo controle de sua aplicação por médicos, por mudança de costumes, por intervenção em hospitais, prisões e outros lugares públicos, pelo controle da venda de medicamentos, pelo estudo de epidemias, endemias e doenças contagiosas, etc.

Por suas comissões permanentes, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro elabora o saber da nascente Medicina Social Brasileira e planeja sua implantação na sociedade. Assim, devemos destacar o trabalho da comissão de moléstias reinantes, da comissão de vacina e da comissão de consultas gratuitas. Mas, sem dúvida, onde a sociedade de medicina elaborou melhor sua visão de Medicina Social e coordenou sua ofensiva de implantação foi em sua comissão de salubridade geral, a qual propõe a extinção ou a transformação disciplinar de tudo que possa ser obstáculo ao funcionamento ordenado da cidade. Esse programa logo efetiva a participação da Sociedade na problemática da Higiene Pública como uma de suas principais intervenções.

Ainda sob a influência da Sociedade de

Medicina e Cirurgia, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro organiza, em 1830, e promulga, em 1832, um código de posturas, que retoma em sua parte referente à salubridade as aquisições formuladas desde 1798 pelos primeiros pareceres médicos e desenvolvidas, em 1809, pela Provedoria de Saúde. Em 1832, a Polícia Médica está, enfim, integrada como parte da legislação municipal. Continuamente, a comissão vai produzindo documentos com novas análises concretas do espaço social, novas propostas de Polícia Médica e críticas à insuficiência da legislação sanitária.

Vê-se, assim, como a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro procura elaborar o saber da Medicina Social Brasileira e intervir na realidade, assessorando e criticando a execução das medidas de higiene que até 1850 estarão sob controle das Câmaras Municipais. Ela se constitui como a grande organizadora da ofensiva da Medicina na primeira metade do século XIX. Em 1835, essa Sociedade é transformada em Academia Imperial de Medicina a convite da regência e aceitabilidade por parte de seus membros. Essa mutação constitui aceitação pelo governo de suas proposições e objetivos. Não se deve deixar de considerar que, para essa decisão, devem ter influído não só a série de epidemias que ocorreram a partir de 1832, como as revoltas de 1835 (Cabanagem, Farrapos), já que a elas a Medicina se

opunha com seu discurso de ordem.

Nessa época, entretanto, os médicos ainda estavam longe não só de conseguir a medicalização da vida social formulada em seus discursos, mas também de deter o próprio controle da Higiene Pública. É que as Câmaras Municipais recém-incumbidas da Saúde Pública são ainda muito frágeis para intervir de forma efetiva nessa questão. Assim sendo, os médicos, sempre que possível, aproveitavam para denunciar as Câmaras Municipais por sua incompetência, por constituírem um saber leigo incapaz de refletir sobre a saúde, e por sua situação de fragilidade no fazer cumprir a legislação sanitária. Então, durante todo o tempo em que as Câmaras estiveram responsáveis pela Saúde Pública, os médicos criticaram o direito dos governos municipais de se encarregarem da Polícia Médica. Mas, paralelamente à crítica, sempre existiu uma segunda tática: a assessoria teórica ao poder das Câmaras.

É por isso que não podemos pensar o período em que as Câmaras foram responsáveis pela Saúde Pública como uma quebra na implantação da Medicina Social ou como a existência de uma higiene "desmedicalizada". A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro é a principal responsável pela elaboração de toda a legislação sanitária da época, por isso, a reivindicação dos médicos

do exercício da Polícia Médica por um órgão médico. O que a Medicina Social nascente não pode aceitar é a inadequação entre saber e poder. A fim de reverter essa situação, além do papel de criticar e assessorar às Câmaras, ela irá penetrar nessas Câmaras e no próprio Estado pela infiltração por parte de seus membros.

A partir de 1849, com os primeiros casos de febre amarela no Rio de Janeiro, ficou demonstrada a precariedade da organização sanitária municipal. Em 1850, foi criada a junta de Higiene Pública, visando unificar os serviços sanitários do Império. Em 1885, era ainda enfatizada a mesma situação sanitária precária do Rio de

Janeiro. Consolidou-se, então, a reforma dos Serviços Sanitários do Império, que foram divididos em Serviço Sanitário Terrestre e Serviço Sanitário Marítimo, Foi instituído um Conselho Superior de Saúde Pública, que teve função apenas normativa sobre questões de higiene e salubridade geral.

Resta afirmar que essa organização de serviços caracterizou-se por sua enorme ineficiência, já que correspondia a uma sociedade escravista pouco preocupada com os problemas sanitários da força de trabalho e com as exigências do mercado internacional.

III - AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NA REPÚBLICA

O desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, a partir do final do século XIX, significou, sem dúvida, uma profunda mudança nas práticas dominantes até então. Particularmente em relação ao saber médico-sanitário, destacou-se a adoção dos saberes experimentais, fundamentados pela Bacteriologia e Microbiologia e os questionamentos dos saberes tradicionais, baseados na teoria dos miasmas, de acordo com o processo observado nos principais centros capitalistas.

Nos programas de saúde predominaram, então, ações em relação ao saber e à organização de serviços de saúde voltados para as doenças coletivas:

a) Hegemonia do modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais vetores;

b) Concentração da investigação em instituições estatais;

c) Influência do modelo organizado para as instituições científicas do Instituto Pasteur.

Essas mudanças nas práticas de Saúde Pública estão intimamente ligadas às transformações no caráter das relações de produção imperantes no país, implementadas a partir de fins do século XIX. Consolidaram-se, em determinadas regiões, novas formas de produção subordinadas à racionalidade capitalista e articuladas ao Mercado Internacional. Nas regiões onde a racionalidade capitalista tornou-se hegemônica, impunha-se a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho. É o

caso das regiões situadas no estado de São Paulo, onde as empresas agrícolas de café se localizaram, e dos centros urbanos que estavam sob a influência do processo comercial, manufatureiro e industrial: a cidade do Rio de Janeiro e os centros urbanos de São Paulo.

Assim sendo, desde o momento em que se instaura a hegemonia das classes ligadas à produção capitalista do café, foram buscados padrões de atuação sanitária diferentes dos que predominaram no período escravista. A organização sanitária foi viabilizada em contraposição à ameaça que, principalmente, a varíola, a peste e a febre amarela, nas áreas urbanas, significava para a força de trabalho imigrada e nacional e mesmo para as classes dominantes. A ação sanitária também objetivou criar determinadas condições básicas de existência das cidades portuárias, num período de transição para a órbita da acumulação industrial.

Embora tenha sido Oswaldo Cruz quem, de fato, introduziu a chamada Medicina Científica no Brasil foi em São Paulo que primeiramente surgiram os empreendimentos de Higiene Pública visando à manutenção da força de trabalho. Antes mesmo da criação de modernas instituições de Saúde Pública, as classes dominantes estaduais perceberam que a organização sanitária estaria sem meios de ação. Faltava, na parte

científica, o auxílio de institutos bacteriológicos e de análises químicas. Na parte administrativa, havia a carência de serviços apropriados, suficientes e com autoridade para intervir nas constantes epidemias. A necessidade de ampliar o comércio externo e abrir as fronteiras para a entrada de trabalhadores europeus obrigava a busca de soluções rápidas para os problemas sanitários. Assim, o combate às epidemias levou ao surgimento, em 1892, de laboratórios de Saúde Pública e à organização de um serviço sanitário para o Estado.

À medida que o processo imigratório se intensificou no estado de São Paulo, entre 1885-1889 surgiram as epidemias de febre amarela nas cidades do interior. Além disso, os imigrantes traziam para esse Estado doenças relativamente raras na área, como a cólera, a escarlatina e o tifo.

Os interesses do Governo do Estado e a necessidade de proteger os imigrantes das doenças colocaram os novos serviços sanitários e o Instituto Bacteriológico em posição favorável para expansão. A partir de 1893, sob direção de Adolfo Luiz, o Instituto Bacteriológico realizou uma série de investigações sobre doenças e epidemias no estado e na cidade de São Paulo. Nessa época começou, também, a aplicação sistemática das técnicas de Bacteriologia e da Parasitologia na prática de Saúde

Pública. Durante o surgimento da peste em Santos, em 1889, se organizaria um laboratório sob direção de Vital Brasil, para fabricação de soros e vacinas contra a doença. O trabalho pioneiro de Emílio Ribas, a partir de 1897, traduziu os esforços em Saúde Pública no estado de São Paulo. A ação de Emílio Ribas se estenderia até 1918, com larga aplicação de medidas sanitárias e combate intensivo contra epidemias (em especial a febre amarela) e doenças endêmicas.

O que vem sendo exposto ressalta que, em fins do século XIX, o combate à febre amarela, principalmente, revelou-se como verdadeira chave para o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil. A extrema virulência da enfermidade entre trabalhadores estrangeiros colocou-a como um dos fatores inibitórios da imigração. Sua presença impediu também a expansão do comércio internacional. Desde 1849, a doença permaneceu endêmica ao longo da costa e epidêmica nas cidades importantes, com taxa de mortalidade específica muito alta. Até 1900, a regularidade com que a febre amarela atacava o Rio de Janeiro, a grande susceptibilidade dos estrangeiros à doença e o fracasso da Medicina em resolver o problema deram ao Brasil a reputação de uma das áreas mais insalubres dos trópicos.

Em 1889, irrompe a epidemia de peste no Rio de

Janeiro. A situação de crise sanitária, assinalada pela presença da epidemia, acelerou a criação de instituições médicas dedicadas ao combate da peste, da febre amarela e da varíola. Foi também essa motivação imediata para a organização do Instituto Soroterápico Municipal, em 1900, localizado na Fazenda Manguinhos.

Essa mobilização de recursos contra a epidemia da peste no Rio de Janeiro impulsionou igualmente mudanças nas iniciativas do poder central em relação à Saúde Pública. Tornou-se clara a necessidade de uma organização sanitária que fosse além das práticas esboçadas no plano municipal e estadual, e que tivesse a capacidade de intervenção em nível nacional. A necessidade de estabelecer planos de saneamento para a cidade transpareceria nas primeiras discussões do Governo Provisório Republicano. Ainda em 1889, um mês após os republicanos assumirem o poder, foram tomadas providências relativas ao Serviço da Polícia Sanitária e adotadas medidas para impedir ou atenuar o desenvolvimento das epidemias em todo o território nacional. Algumas doenças foram consideradas de notificação compulsória, e a vacinação obrigatória contra a varíola instituída para crianças até 6 meses de idade. A legislação de 1889, apesar de procurar apresentar um caráter abrangente, refletiu ainda a extrema dificuldade de

operacionalizar práticas de Saúde Pública nacionalmente. Exceto em relação ao saneamento dos portos, a legislação sanitária central estava predominantemente pautada pelos problemas médico-sanitários do Rio de Janeiro. Essa característica iria, até os anos 20, transparecer em toda a legislação federal de Saúde Pública.

Em 1890, foi constituído o Conselho de Saúde Pública. Explícita, então, a preocupação com o espaço urbano do Rio de Janeiro, sendo que uma inspetoria geral de Higiene ocupava-se da inspeção das habitações populares, do Serviço de Vacinação, da alimentação pública e do consumo e fabrico de bebidas nacionais. E ainda dessa época as primeiras leis, ainda que tímidas, sobre as condições de trabalho industrial.

Em 1892, foi criado o Laboratório de Bacteriologia; em 1893, a inspetoria Geral de Saúde dos Portos e, em 1894, o Instituto Sanitário Federal com funções semelhantes ao Laboratório de Bacteriologia, ou seja, de estudar a natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis.

Embora as questões de Saúde Pública estivessem sob a responsabilidade do município, o apoio financeiro do Estado possibilitou a interferência sobre os problemas sanitários do Rio de Janeiro, o que foi durante

esses anos uma fonte de atrito inesgotável entre tendências centralizadoras e descentralizadoras. Em 1897, quando são unificados os serviços de saúde do Estado na Diretoria Geral de Saúde Pública, foi destacada a importância do item constitucional que chamava a atenção para a interferência do Estado em problemas de atribuição do poder local, como em caso de epidemias. Ainda nesse ano, a Diretoria Geral de Saúde Pública dividiu, para eficácia dos Serviços Sanitários Marítimos, o litoral brasileiro nos Distritos Sanitários do Rio de Janeiro, Belém e Recife.

Enquanto a Polícia Sanitária dos Portos ganhava impulso devido às exigências do comércio exportador o Estado, no tocante ao espaço urbano, procurava intervir em tudo o que podia ameaçar a produtividade dos indivíduos. Em 1902, por causa das questões relacionadas à dificuldade de intervenção nas moradias em plena epidemia de peste no Rio de Janeiro, o Congresso transfere para o poder central a responsabilidade pelos problemas sanitários do Distrito Federal. No entanto, a legislação permanecia incompleta, por não poder obrigar os moradores de habitações consideradas insalubres a obedecer a medidas preconizadas pelas autoridades. Isso só viria com Oswaldo Cruz.

Oswaldo Cruz surgiria durante o Governo Rodrigues Alves (1902-1906); este, aliás, já se preocupava com a questão sanitária, quando governador de São Paulo, ao antever que a luta sanitária seria vital para o êxito econômico do País.

Um estudo do governo de Rodrigues Alves mostraria que as questões relativas a saneamento e à remodelação da cidade do Rio de Janeiro foram priorizadas em detrimento de outras. Tanto é que mesmo antes das campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz já se impunha uma reforma urbana, cujo alvo era a população pobre do centro da cidade. As medidas preconizadas, como as demolições de construções antigas com expulsão dos moradores, o reesquadrinhamento de ruas, as leis sobre o comércio e a permanência de vagabundos e animais nas ruas, atingiriam predominantemente os hábitos e os costumes da população pobre e da classe média baixa.

A reforma urbana preparou (minou) o terreno por onde as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz iriam se desenvolver e, sobretudo, reforçou o descontentamento de todos os excluídos e marginalizados pelo avanço inexorável e elitista de uma nova racionalidade urbana.

Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de

Saúde Pública em 1903, com o objetivo primeiro de eliminar a febre amarela do Rio de Janeiro. Para conseguir esse objetivo, ele necessitava obter apoio da população para as medidas a serem adotadas, assim como convencer o meio médico em geral da eficácia de suas medidas, centradas no combate ao vetor e na vigilância de doentes.

Para destruir os mosquitos, a Polícia Sanitária instituída por Oswaldo Cruz teve que intervir nos domicílios, mesmo sem o consentimento dos moradores. Mais do que fazer o papel de mandar retirar entulhos, limpar os depósitos de água e remover tudo o que pudesse servir de reservatório para o mosquito, ela interferiu no espaço urbano com a demolição de várias habitações coletivas e casas de cômodos.

A execução da campanha dentro dessas características deflagrou grande resistência por parte de camadas populares urbanas e da classe dominante. Aquelas por se verem, de uma hora para outra, expulsas de suas moradias e mesmo pela violação de seu domicílio: esta por já nutrir um sentimento oposicionista ao regime vigente e pela reação sintomática de oportunismo político.

Apesar das resistências, a campanha da febre amarela se realizou no período de maio a dezembro de 1903, quando foi iniciada a campanha contra a peste.

Durante os quatro meses do ano seguinte, Oswaldo Cruz voltou a ser alvo dos mais variados antagonismos. Afinal, o combate à peste também enquadrava o espaço urbano e necessitava da contribuição direta dos proprietários das moradias, que seriam os responsáveis pela execução das modificações determinadas em seus imóveis, as quais eram sempre onerosas. Basicamente, o combate a essa doença consistia no isolamento do doente e na desinfecção da zona empestada, com a extinção de ratos e pulgas transmissoras. Como citado, vez por outra demolições e modificações na arquitetura das habitações eram necessárias. No meio médico, a resistência foi menor, porque o combate à peste já estava cientificamente assentado.

Todo esse descontentamento gerado nas campanhas contra a febre amarela e contra a peste foi sendo guardado para ter seu desaguadouro na insurreição contra a campanha sanitária da varíola, última executada por Oswaldo Cruz na conjuntura do início do século. Essa última campanha, embora não interviesse no espaço urbano, intervinha no corpo das pessoas pela aplicação de uma vacina que a muitos causaria temor até mesmo em autoridades médicas e civis.

Em junho de 1904, começaram no senado os debates em torno da aprovação da lei que instituía a

vacinação obrigatória. Em 31 de outubro de 1904, a lei foi aprovada pelo Congresso e regulamentada em novembro do mesmo ano. A sua aprovação trouxe reação violenta por alguns parlamentares, militares, parte da imprensa e de setores da sociedade civil (o grupo dos positivistas e camadas populares). A insurreição que se seguiu foi um movimento de proporções jamais vistas na história da Saúde Pública Brasileira, por ter sido uma página de sangue e violência,

Sufocada a insurreição, a lei da vacina obrigatória deixou de ser posta em vigor, tendo declinado significativamente o número de pessoas vacinadas nos períodos subseqüentes. A doença, no entanto, sofreu uma queda natural em sua incidência nos 3 anos seguintes, voltando a ter uma manifestação epidêmica em 1908, quando morreram mais de 9.000 pessoas com varíola no Rio de Janeiro.

Oswaldo Cruz permaneceria à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública até 1908. Sua prática, orientada pelo modelo de Polícia Médica elaborado em fins do século XIX, teve alto reconhecimento no meio estatal, por realmente diminuir os índices de mortalidade de algumas doenças e por atender aos interesses das classes dominantes. A partir de 1908, o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos e denominado Instituto

Oswaldo Cruz, assumindo decisões de ponta no campo da produção de medicamentos para a Saúde Pública.

Em 1914, é elaborado novo regulamento para a Diretoria Geral de Saúde Pública. As características desse novo regulamento, exceto algumas pequenas alterações, são praticamente as mesmas vigentes desde o Brasil Republicano: Polícia Sanitária Marítima com ampliação das inspetorias no litoral brasileiro; Polícia Sanitária nos domicílios, lugares e logradouros públicos, ainda com direcionamento para o Rio de Janeiro, mas sem o rigor do início do século. Com relação ao trabalho industrial, a postura é ainda mais liberal, não prevendo a intervenção reguladora direta do Estado nas relações de trabalho.

Até 1920, quando é criado o Departamento Nacional de Saúde, a atuação se pautará por campanhas sanitárias orientadas para problemas de saúde que ameacem concretamente as relações de produção. Assim é que no restante do país se situam as campanhas contra a malária, especialmente em momentos de expansão de fronteiras como na construção de estradas de ferro. Está aí também a preocupação com a Amazônia, explicitada no trabalho de estabelecimento de bases da profilaxia dessa área realizado também por Oswaldo Cruz, no período de 1912-1913.

Um contraponto importante para mostrar a

insensibilidade do Estado ante os problemas reais de saúde da população está no exemplo da tuberculose. A tuberculose foi, nessa época, uma das principais causas de mortalidade da população. Entretanto, a tuberculose nunca se caracterizaria como doença transmissível que atacasse, indiscriminadamente, as diversas classes sociais, predominando nos setores populares. Daí a baixa importância conferida a ela, o que pode ser visto na pouca aceitação de medidas de controle propostas pelo próprio Oswaldo Cruz, o qual, ao trabalhar o controle da doença, percebeu os limites do modelo sanitário e propôs leis de proteção aos trabalhadores, além de lhes proporcionar melhores condições de moradia e alimentação.

O fracasso das propostas de Oswaldo Cruz revela que as políticas de Saúde Pública só se tornaram realidade porque atenderam aos interesses das classes dominantes. O desenvolvimento capitalista nessa época tornou-se possível sem que fosse necessário intervir na alta mortalidade provocada pela tuberculose, o que não ocorria com as doenças epidêmicas como a peste, a febre amarela e a varíola.

Apesar do pouco caso do Estado para com os problemas reais de saúde da população, o agravamento desses problemas nos anos compreendidos entre 1910 - 1920 viriam a criar um clima próprio para o surgimento de

revoltas populares, principalmente no final desse período, e para uma modificação da postura do Estado diante da situação, através da emergência de um projeto de Organização Sanitária Nacional no início da década de 20.

O agravamento da situação de saúde da população dou-se principalmente em função da crise econômica dos anos 10, com acentuamento da recessão por causa de início da Primeira Guerra Mundial em 1914. Como era de se esperar, as conseqüências mais penosas da recessão se abateram sobre as classes populares, que sofreram os efeitos do desemprego, da redução de salários, das más condições de trabalho nas fábricas e da escassez de gêneros alimentícios no mercado interno. A ocorrência, em fins de 1918, de uma extensa crise sanitária, provocada por uma epidemia de gripe, "a gripe espanhola", viria a demonstrar na prática, que as condições de vida das populações urbanas tinham atingido níveis baixíssimos, pela alta mortalidade que a gripe ocasionou na cidade do Rio de Janeiro e em praticamente todos os centros urbanos de importância econômica no País.

Diversas foram as reações das várias forças sociais a essa extensa crise social e sanitária em fins dos anos 10. O movimento operário respondeu com greves e sublevações. Além do mais, o movimento sindical

avançava, surgia uma imprensa operária, ocorriam grandes manifestações de massa, como a greve geral de 1917, levando as classes dominantes a se preocuparem com a possibilidade de uma versão brasileira da Resolução Bolchevique de 1917 ocorrida na Rússia.

Esse contexto levaria, como já dissemos, o Estado a rever sua posição diante da questão social. Assim, surge a primeira Lei de Acidentes de Trabalho, em 1919, e o Departamento Nacional de Saúde em 1920.

Porém, antes mesmo da epidemia de 1918 e da grave crise social que culminariam na criação do Departamento Nacional de Saúde, já havia uma inquietação cultural e ideológica nos meios médico-sanitários do País. Isso se deu, principalmente, a partir de 1916, com a publicação do Relatório da Expedição de Artur Neiva e Belisário Pena ao interior do País em 1912. Também Monteiro Lobato se dedicou a denunciar as condições de visão do homem do interior, evoluindo de uma visão em que ele apontava a miscigenação como causa de tudo para uma posição em que o homem em consumo pelas doenças endêmicas e o saneamento do País é que seria a questão básica. Seu melhor período foi por volta de 1918 com artigos publicados no estado de São Paulo.

Essa inquietação, na verdade, viria desde o início do século com a publicação, em 1912, da obra "Os Sertões", de Euclides da Cunha, a qual propunha uma retomada da consciência nacional pela da volta das nossas origens.

O relatório Neiva-Pena possibilitou as elites urbanas tomar conhecimento da situação social e médico-sanitárias dos sertões. Durante todo o relatório, a preocupação maior é a denúncia das condições sociais injustas no campo, assim como a crítica da visão difundida pelas oligarquias de que a causa da pobreza no nordeste seria o clima. O relatório, porém, se posiciona de modo ambíguo com relação a superação da pobreza e da doença na região, pois se por um lado ele fala na inviabilidade de paliativos, por outro as medidas propostas, como a colonização por meio de imigração europeia e o serviço médico itinerante para toda a região, não colocam em xeque a estrutura de poder vigente. Embora não tenha tido resultados práticos imediatos, a missão de Neiva e Pena teve o mérito de reavivar nos meios científicos e políticos a preocupação pelos sertões.

Em setembro de 1917, Belisário publica *Saneamento do Brasil* em que ele se posiciona de maneira mais avançada politicamente do que com seu trabalho anterior com Neiva. Essa obra foi o ponto de partida para a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, a

qual congregou os maiores nomes do pensamento sanitário na época, difundindo suas idéias no País, através da Revista Saúde, seu principal órgão de divulgação.

Um dos principais objetivos da Liga Pró-Saneamento era rejeitar a ideologia colonialista, que apontava como causa do atraso do País e de sua situação sanitária a composição étnica da população e a miscigenação racial. Além do mais, tentou fortalecer a idéia da formação de um serviço de Saúde Pública, o qual pudesse enfrentar os problemas das áreas urbanas, e a gravíssima situação sanitária das áreas rurais.

Todo esse movimento teria como consequência criação, em maio de 1918, ainda no Governo de Wenceslau Brás, do Serviço de Profilaxia Rural, com o propósito de controlar o que eram considerados as três grandes endemias das regiões agrárias do país: a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas. A criação desse serviço pouco alteraria a situação sanitária das regiões agrárias. Para dar solução aos problemas sanitários nacionais, a Liga Pró-Saneamento sugeriria a criação de um Ministério de Higiene e Saúde Pública ou, pelo menos, um Departamento Nacional de Higiene, o qual compreenderia:

- 1) Uma Inspeção de Saúde Pública do Distrito Federal;

- 2) Uma Inspetoria Geral de Profilaxia Rural e Urbana dos Estados;
- 3) Uma Inspetoria de Saúde dos Portos e Rios;
- 4) Uma Inspetoria de Demografia Sanitária.

A proposta de organização defendia também a possibilidade de estados e municípios criarem serviços próprios, desde que fossem evitados "os atritos de competências".

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública durante o Governo de Epitácio Pessoa viria como desaguadouro natural desses movimentos do final da década de 10. Através do Departamento Nacional o Estado abordaria questões que durante a ordem republicana, ou vivera como experiência isolada, ou simplesmente transformara em questão policial. A direção do Departamento é dada a Carlos Chagas em 1920, o qual levou adiante algumas proposições da Reforma Sanitária até 1926. Entretanto, o esforço da criação de uma organização sanitária nacional e que respondesse a algumas das reivindicações operárias não foi obra de um só indivíduo, sendo resultado, principalmente, das grandes mudanças políticas no pensamento médico-sanitário e da pressão que a questão social passou a exercer em fins dos anos 10.

Os Serviços de Profilaxia Rural no Distrito Federal, nos Estados e no Território do Acre, o controle sobre a qualidade dos alimentos, e a vigilância das condições de trabalho de mulheres e crianças, além do convênio entre o Estado e a Fundação Rockefeller para a profilaxia da febre amarela seriam as principais inovações da legislação de 1920.

O novo código sanitário de 1920 deu maiores poderes ao Governo Federal para intervir nos Estados. Em poucos meses, onze Estados haviam firmado acordos com o Governo Federal para a criação de postos de profilaxia no interior. Em 1922, perto de 100 postos rurais estavam em funcionamento, além dos postos abertos pela Fundação Rockefeller.

Durante a presidência de Artur Bernardes, os serviços de saúde tornaram-se ainda mais centralizados sob a tutela federal, sendo exemplo disso as atividades de saneamento entre 1923-1925, através das campanhas de Higiene Infantil e Antituberculose movidas pelo Governo Federal.

O Departamento de Saúde Pública, consolidado pelos sucessivos decretos entre 1920 e 1924, institucionalizaria de maneira irreversível as práticas sanitárias no interior do aparelho do Estado na Primeira República.

Como desdobramento do movimento articulado em torno da extinta Liga Pró-Saneamento do Brasil os intelectuais da Saúde Pública criariam, em 1923, a Sociedade Brasileira de Higiene, verdadeira linha auxiliar de atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Através da Sociedade Brasileira de Higiene, os profissionais da Saúde Pública tiveram como prática a realização de freqüentes Congressos Nacionais de Sanitaristas. Entretanto, logo ocorreria uma ruptura com a geração nacionalista da Liga Pró-Saneamento do Brasil. O movimento básico seria contra os compromissos assumidos pelo Estado com a Fundação Rockefeller como o objetivo de profilaxia da febre amarela e outras doenças em algumas regiões do País.

Numa conjuntura de ascensão dos movimentos militares de contestação da hegemonia burguesa agrária (Tenentismo) e da emergência de tentativas de modernização da cultura dominante (Semana de Arte Moderna, em 1922), um grupo de intelectuais da Saúde Pública, liderados por Carlos Chagas, ainda apostaria na defesa da ordem reinante. Assim, nos Congressos Brasileiros de Higiene, após 1923, permaneceu distante a reflexão da questão social como um problema de Saúde Pública. Na verdade, os Congressos Brasileiros de Higiene registraram a institucionalização das práticas de Saúde Coletiva,

baseadas na experiência do início do século. O prestígio dessas práticas deveu-se a eficácia que seus métodos demonstraram em relação a determinadas doenças que ameaçavam os interesses dominantes na sociedade. Mesmo a ocorrência de doenças, como a febre amarela no Rio de Janeiro em 1928-1929, não abalou a crença na eficácia dessas práticas, servindo apenas para questionamentos sobre as opções estratégicas de controle da doença, que levaram ao convênio com a Fundação Rockefeller.

O Saneamento Rural recebeu menor atenção durante a presidência de Washington Luís. Alguns Postos de Profilaxia Rural no Nordeste chegaram a ser fechados em decorrência de cortes nos gastos públicos. Entretanto, as atividades que visavam o despertar da consciência sanitária do povo prosseguiram durante os últimos anos da República Velha. Belisário Pena, então Inspetor Federal de Educação Sanitária, deu prosseguimento a sua cruzada de muitos anos, percorrendo de 1927 a 1930 o interior dos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e vários estados do Nordeste. Essas atividades revelavam que o movimento sanitário não perdera ainda seu vigor como ideologia.

Na verdade, várias forças políticas e institucionais concorreram para o crescimento do

PROF. DR. MÁRCIO ANTÔNIO MOREIRA GALVÃO

movimento sanitarista. Uma que merece ser destacada foi o Tenentismo, mais precisamente os revolucionários da Coluna Prestes. Entre 1924 e 1927, a marcha da Coluna pelo interior do País contribuiu para a idéia da reforma social e política definida pelos propagandistas do saneamento.

Paradoxalmente, o movimento manifestamente contrário ao Governo Federal favoreceu uma causa que encontrava amplo respaldo do aparelho de Estado. Isso se explica, em parte, pelo fato de os rebeldes e os sanitaristas terem compartilhado ideais reformistas.

IV - CONCLUSÃO

Os anos vinte constituíram a fase de maior politização do movimento sanitário no Brasil. As Políticas de Saúde - que refletem essa fase de agitação política em torno da questão do Saneamento - em nenhum momento concretizaram os objetivos de um Belisário Pena ou de um Monteiro Lobato, mas representaram os primeiros passos naquela direção. Aparentemente, a ideologia da "Redenção dos Sertões" pegara. Entretanto, no período pós 30, o movimento perdeu progressivamente o vigor dos últimos dez a quinze anos da República Velha.

A chave para a compreensão do esvaziamento do movimento sanitário a partir de 30 está no fato de que a relevância política do movimento esteve não nas políticas da Saúde da década de 20, mas na força ideológica de suas bandeiras. E o governo Vargas, com sua política populista de incorporação da Política Social como um dever do Estado, exerceu um efeito paralisante sobre o movimento.

Primeiramente através da burocratização - a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930 retira da bandeira da Reforma Sanitária sua força ideológica e transforma-a em projeto governamental. Na verdade, o movimento não precisava de Ministério. Demandava a mobilização política da população do interior em torno da bandeira do Saneamento. Essa mobilização exigia que Vargas estivesse determinado a enfrentar as oligarquias agrárias e a promover a elevação dos padrões de Saúde e Saneamento dentro das fazendas e nas sedes dos municípios. Essas eram as condições que não se verificaram durante a era de Vargas para a erradicação das "Grandes Endemias" dos campos. O segundo fator responsável pelo fim do movimento sanitário foi a "Invenção da Conquista da Brasilidade através da Ocupação da Fronteira" em detrimento do combate à opressão política e às doenças endêmicas nos territórios já conquistados do interior.

brasileiro.

Assim, com a crescente burocratização no período, por um lado, e a formulação da Ideologia da Ocupação da Fronteira, por outro, deslocam o "Projeto de Construção da Nacionalidade dos Sertões para a Fronteira"

em manobras que poupa o novo regime do enfrentamento com as oligarquias do Grande Sertão; o "Estado Administrativo" de Vargas sepultou a "Ideologia de Redenção dos Sertões" e deixou de realizar a erradicação das endemias no País.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - COSTA, Nilson do Rosário, **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985. 121 p.

2 - MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma**; Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978, 559p.

3 - ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401 p.

4 - SALGADO, João Amilcar. **Transformações e Perspectivas da Educação Médica em Minas Gerais**, IN: CONGRESSO MINEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, Uberaba, maio de 2007. (Palestra de abertura)

5 - SANTOS, Luiz Antônio de Castro. **O Pensamento Sanitarista na Primeira República**; uma ideologia de construção da nacionalidade. [s.n.t.]

6 - SINGER, Paul et al. **Prevenir e Curar**; o controle social através dos serviços de saúde, 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 1981, 166p.