

# O RIO GRANDE DO SUL NA AGENDA SANITÁRIA NACIONAL NOS ANOS DE 1930 E 1940

## RIO GRANDE DO SUL IN THE NATIONAL SANITARY AGENDA IN THE YEARS OF 1930 AND 1940

**Juliane Conceição Primon Serres**

Mestre e doutoranda em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Diretora do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.

E-mail: [juliane@simers.org.br](mailto:juliane@simers.org.br)

### RESUMO

Nas últimas décadas, algumas temáticas vêm possibilitando leituras originais da experiência histórica. Saúde, doença, instituições terapêuticas, políticas sanitárias, práticas oficiais e populares de cura têm balizado significativos estudos entre historiadores. Partindo de referências diversas, essas pesquisas, em geral, abordam um período delimitado, sobretudo entre a segunda metade do século XIX e as primeiras décadas do século XX, deixando à margem processos mais recentes. Nosso esforço neste texto será tentar trazer contribuições, ainda que incipientes, para pensarmos a questão da saúde no Rio Grande do Sul no período que segue a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930 até sua reformulação em 1941, com a chamada “Reforma Capanema”, que orientou a saúde pública durante o período do Estado Novo. Devido à ausência de estudos sobre essa temática abordando o Rio Grande do Sul, vamos procurar relacionar as práticas desenvolvidas neste Estado com as políticas federais, que emergem neste contexto como uma tentativa de uniformizar o tratamento das questões relativas à saúde em âmbito nacional.

### PALAVRAS-CHAVE

História da medicina. Políticas públicas de saúde.

### ABSTRACT

During the last decades, some themes have been allowing original interpretations of the historical experience. Health, sickness, therapeutic institutions, sanitary policies, official and popular healing techniques have been basing important studies among historians. From several references, these researches, in general, are about a delimited period, especially between the second half of the century XIX and the first decades of the century XX, and doesn't include recent processes. Our effort in this text is trying to bring some contributions, even incipient, to think over the matter of health in Rio Grande do Sul in the period following the foundation of the Ministério da Educação e Saúde Pública in 1930 until its reformulation in 1941 after the “Reforma Capanema” which has oriented the public health during the period called Estado Novo. Due to the lack of studies about this subject covering Rio Grande do Sul, we will try to relate the practices developed in this state with the federal policies, which emerge in this context as a trial to uniformize the treatment of matters related to health in a national scope.

### KEY WORDS

History of medicine. Health public policy.

## POLÍTICAS SANITÁRIAS NO RIO GRANDE DO SUL

A tese da “peculiaridade dos gaúchos”, defendida por Weber (1999) encontra seu referencial na perspectiva positivista adotada no Rio Grande do Sul após a proclamação da República. Um dos princípios da Constituição de 1891 referia-se à liberdade profissional, o Estado não deveria interferir nas liberdades individuais, a população deveria ser educada para aceitar os preceitos da *ciência* e da religião, não como uma imposição dos poderes públicos, mas como uma supremacia da moral. Nesse contexto, a liberdade religiosa e a liberdade profissional, com suas filosofias e práticas diversas ofereciam um repertório à sociedade que deveria adotá-las de acordo com suas convicções. Essa “brecha” proposital nas letras da lei autorizava uma convivência de diversas alternativas de cura excluindo o monopólio dos médicos (diplomados) tanto nas escolhas individuais, quanto na gerência das questões sanitárias do Estado. Entretanto, não se pode negar a participação dos médicos no processo de saneamento urbano, através de diretrizes gerais, mas esses profissionais não podiam impor sua ciência como princípio norteador, antes deveriam submeter-se ao executivo fortemente centralizado. Esses postulados prevaleceram durante o período dos governos positivistas.

A autonomia do Rio Grande do Sul e a posição dos governantes em relação à saúde pública corroboraram para que o processo de centralização federal das questões sanitárias a partir da década de 1920 sofresse uma releitura neste Estado sulino. Entretanto, não seria o caso de dizer que o Estado foi um caso *sui generis* em termos de “atraso” sanitário, devido à postura dos positivistas de não-intervenção nesse campo, pois, como analisa Castro-Santos (1985), havia falta de um movimento

vigoroso de saúde pública durante a primeira República na maioria dos Estados da Federação. Citando o caso da Bahia, o autor aponta alguns fatores que justificariam esse “atraso”, como o conservadorismo e a tradição médica, além da fragmentação oligárquica, que representavam um empecilho ao desenvolvimento científico e de políticas públicas na área da saúde.

Nos primeiros anos da República, a situação vivenciada pelo Rio Grande do Sul pouco diferia dos demais Estados, apesar de algumas reformas urbanas isoladas, dos regulamentos sanitários que se sucederam desde 1895 quando foi criado um serviço sanitário e do regulamento de 1907, que restringia a ação estatal e afirmava a liberdade do exercício da medicina, prevalecendo a ausência de políticas públicas em questões de saúde. A ausência de um órgão federal de organização sanitária, somada às autonomias estaduais e, no caso de nosso Estado à perspectiva de não intervenção nas questões de saúde, tomadas como de cunho privado, vieram compor uma situação de não-ação dos poderes públicos. Saúde, portanto, era uma questão particular para a qual voltavam-se a caridade e as ações repressivas em situações emergenciais, como em tempos de epidemias com a criação de lazaretos, cordões sanitários e quarentenas.

A intervenção do Estado nas questões sanitárias foi uma das “bandeiras” do chamado *movimento sanitaria*, agremiação formada durante a primeira República por médicos voltados para as questões da saúde pública, comprometidos, na primeira década do século XX com o saneamento urbano dirigido às capitais, centros urbanos e ao combate às epidemias e, na segunda década, reunidos sob a *Liga Pró-Saneamento do Brasil* fundada em 1918, voltados aos problemas que assolavam o interior do país. Esses profissionais não apenas propunham reformar o Estado para torná-lo mais

atuante nessas questões, como estavam dispostos a ocupá-lo, trazendo a questão da saúde pública para o debate político (CASTRO-SANTOS, 1985).

O movimento sanitarista pressionava os poderes públicos a agir em nome da saúde da coletividade, a criar um aparato governamental que tivesse atuação em todo o território, estendendo a ação da União aos Estados da Federação. A resposta veio em 1920 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que, em tese, representava uma tentativa de uniformizar os serviços e assistir a população, entregue até então às ações isoladas dos poderes estaduais e das municipalidades.

Segundo Hochman (1993), a criação desse serviço e sua penetração em todo o território por meio de estruturas administrativas significava a transformação da saúde em bem público, exigindo respostas públicas e nacionais. Os problemas gerados pelas condições sanitárias evidenciavam a interdependência entre as unidades federativas e as limitações das soluções localizadas, nesse sentido, os problemas sanitários, sobretudo o combate às doenças contagiosas, tenderam a fortalecer o Estado. Com a criação do DNSP, ocorreu a emergência da intervenção da União nos Estados, principalmente através da instalação de postos sanitários, muitas vezes significando o primeiro contato das populações dessas áreas com os poderes públicos.

Ao longo da década de 1920 percebe-se uma tentativa intervencionista da União nas questões de saúde. Contudo, a criação do DNSP não significou de imediato a atuação desse órgão junto às populações, pois seus serviços estavam condicionados aos acordos com os Estados, autônomos em questões de saúde pública. Tão logo começou a funcionar, o Departamento sofreu severas críticas.

Tomemos a ação do Departamento no

combate a uma doença presente no Brasil desde os tempos Coloniais, a lepra. As medidas indicadas pelo DNSP seriam promover, através de convênios com as administrações estaduais, o isolamento dos doentes, em domicílio ou em hospitais, a vigilância sanitária, a criação de dispensários, o censo e a propaganda sanitária, executados por uma sessão especial do DNSP, denominada Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas.

As primeiras críticas públicas ao regulamento vieram da *Revista Brazil-Médico*, importante periódico especializado da época. A Revista argumentava que as providências a respeito da lepra eram insuficientes e pouco rigorosas. Por fim, condenava a aplicação condicional das medidas do regulamento aos Estados que *acordassem* com o governo federal a execução da profilaxia.

Eduardo Rabello, diretor do Departamento foi a Academia Nacional de Medicina para responder aos “ataques” da *Revista Brazil-Médico* ao regulamento do DNSP. Quanto aos acordos com os Estados para a execução da profilaxia, Rabello respondia que embora não sendo “muito versado em questões de leis, mas me parece que não poderíamos discricionariamente intervir nos Estados para fazer a profilaxia sem que houvesse uma lei que isso determinasse”. A argumentação de Rabello explicou, mas não convenceu seus pares, que seguiram publicando críticas ao DNSP na *Brazil-Médico* (SOUZA ARAÚJO, 1956).

A posição Departamento ficou muito aquém das expectativas dos médicos reunidos em torno da revista *Brazil-Médico*, entre eles sanitaristas históricos como Belisário Penna, favoráveis à intervenção direta da União na saúde pública. Segundo Penna (1929), o regulamento do DNSP foi confeccionado pela mentalidade de um clínico, não de um higienista! Defensor incontestado da necessidade de a União encarregar-se dos serviços sanitários, crítica-

va a atuação do DNSP que, “apesar do título pomposo com a palavra nacional ali intercalada”, não tinha atuação efetiva no território. A dependência dos acordos com os Estados, que organizavam os serviços “à vontade sem nenhum respeito ao Departamento” tornavam este órgão ineficiente e dispendioso, sugeria ainda que nessas condições devia se chamar “Departamento Negativo de Saúde Pública” (PENNA, 1929). Acompanhando esta discussão, independentemente das posições dos interlocutores, podemos constatar que a intenção do Departamento em ser um órgão de atuação nacional, na prática, pode ter encontrado dificuldade de execução devido às autonomias estaduais ou mesmo a própria ausência de capacidade financeira e técnica dos Estados. Além desses fatores, no Rio Grande do Sul a organização sanitária previa uma divisão entre higiene, responsabilidade dos municípios e saúde pública, encargo da administração estadual, que resultava uma dificuldade a mais, como pudemos supor a partir das discussões que se seguiram ao 1º Congresso das Municipalidades.

Esse Congresso foi realizado em 1928 na capital Porto Alegre com a finalidade de elaborar um plano conjunto entre Estado e municípios para reestruturar a educação e saúde pública. Do encontro seguiu um projeto de reforma sanitária. À época, o diretor dos serviços sanitários estaduais era o médico Fernando Freitas e Castro, nomeado pelo presidente do Estado, Getúlio Vargas. Castro (1933) foi responsável pelo projeto, que previa a centralização nas orientações dos serviços sanitários e a descentralização na execução.

Em artigo publicado na imprensa, o médico “diagnosticou” a situação sanitária atribuindo a precariedade dos serviços no Rio Grande do Sul à desorganização geral da saúde pública no país, afirmava que a organização sanitária no Brasil não obedeceu a um planejamento, “antes nasceu de um agrupamento de medi-

das isoladas postas em prática quase sempre sob a premência de alguma situação angustiosa, como o aparecimento de uma moléstia exótica ou um surto epidêmico de alguma endemia já constituída” (CASTRO, 1933). Um olhar sobre nosso passado sanitário nos permite compartilhar da afirmação do médico.

Castro (1933) chamava a atenção para a necessidade de serem implantadas medidas sanitárias imediatas, ao preço de em poucos anos os problemas tornarem-se calamidades para o Estado, reclamava a ausência de uma “consciência sanitária do povo” e glorificava a sorte de termos um clima que não permitia o desenvolvimento de certas moléstias, embora registrasse a presença de febre tifóide, lepra, tuberculose, varíola, verminoses, entre outras. O médico também condenava a divisão entre saúde pública e higiene, esta, encargo dos municípios, conforme a Lei nº 19, de 12 de janeiro de 1897. O ponto central da reorganização dizia respeito à unificação desses serviços sob a égide do Estado. Castro (1933) enumerava uma série de problemas de higiene, como recolhimento de lixo e matérias imundas, fiscalização de gêneros alimentícios e indústria, que comprometiam a saúde pública. Muitos dos problemas de saúde pública dependiam da ação da higiene, como o caso da febre amarela, do impaludismo, da febre tifóide, da peste, que dependiam da água potável, da higiene das habitações, combate aos ratos, etc. Nesse caso, de pouco adiantaria o Estado despender recursos com a parte que lhe tocava, se os municípios não promovessem a higiene local.

A ausência de um plano geral e a falta de médicos dos serviços públicos no interior – deslocados somente em casos de necessidade sanitária – resultavam um sistema ineficiente de atenção à saúde das populações. No Congresso citado, os municípios entregaram integralmente a guarda da saúde da população

ao governo estadual, que deveria comprometer-se – mediante convênio para não ferir as autonomias municipais – a estender uniformemente seus serviços a todas as localidades, exercer a fiscalização sobre os alimentos, fábricas e práticas de medicina, combater as endemias reinantes, promover a educação sanitária. Em contrapartida, os municípios contribuiriam com 5% de sua renda bruta ao governo e manteriam sob sua tutela os serviços de água potável e rede de esgotos (CASTRO, 1933).

Esse programa seria executado pela Diretoria de Higiene e Saúde Pública do Estado, órgão submetido à Secretaria de Negócios do Interior e Exterior. A estrutura da organização sanitária seria formada pela *repartição central* que teria por funções orientar todos os serviços e as *80 delegacias de saúde* estabelecidas em todos os municípios. As delegacias teriam relativa autonomia e seriam responsáveis pela execução dos serviços através dos Centros de Saúde, órgãos formados dispensários específicos. As delegacias seriam, ainda, divididas em 1ª, 2ª, 3ª e 4ª classes, de acordo com as necessidades das localidades e seriam agrupadas em seis *Distritos Sanitários*. Cada *Distrito* seria subordinado a uma *Inspetoria Sanitária*, responsável pela fiscalização dos serviços. Os municípios, por sua vez, ficariam encarregados exclusivamente pelo saneamento geral, distribuição de água potável, remoção de lixo e matéria imunda, sendo que em épocas de epidemias todos os serviços seriam entregues ao governo, e nas situações em que os municípios não conseguissem levar adiante tais serviços, a Secretaria de Obras Públicas assumiria os encargos.

Percebe-se uma tentativa de centralizar a orientação, descentralizando as ações e ainda criar um sistema relativamente integrado de saúde pública, com orientações técnico-científicas uniformizadas. À repartição central ainda estariam submetidos o Instituto Pasteur, o

Hospital de Isolamento, o Curso e o Instituto de Higiene, este com a finalidade de executar o diagnóstico das moléstias contagiosas ou transmissíveis, produzir vacinas e orientar cientificamente as questões ligadas à higiene e saúde pública. Nessa reforma, em nenhum momento foi feita qualquer alusão às orientações do DNSP.

Esse sistema complexo para a época pode ser considerado uma primeira tentativa de racionalizar os serviços sanitários no Rio Grande do Sul. Até então, as questões sanitárias eram regidas pelo Regulamento da Diretoria de Higiene de 1907, de forte orientação positivista, ou seja, de não-intervenção nas questões de saúde pública, exceto em situações extremas provocadas por doenças contagiosas ou em casos previstos pela Assistência Pública (WEBER, 1999).

Embora algumas medidas tivessem sido tomadas, como a criação de delegacias e a divisão do território estadual em distritos sanitários, as ações ficaram muito aquém do esperado. Em 1932, ou seja, três anos após a elaboração da reforma, o diretor de higiene, Fernando Freitas e Castro, reclamava da dificuldade de organizar os serviços sanitários, devido à ausência de uma orientação central por parte da União, ficando as ações desarticuladas e improvisadas pelos governos. Entendia que as condições locais deveriam ser observadas, cabendo às repartições estaduais a execução de todos os serviços de higiene e saúde pública; no entanto, julgava que todos os diretores dos serviços nos Estados deveriam ser funcionários do DNSP para garantir uma uniformização nos serviços. Um indício bastante significativo de seu descontentamento com os rumos da reorganização sanitária no Estado foi seu pedido de exoneração do cargo em 1933. Até 1935, das 80 delegacias planejadas, apenas 11 haviam sido instaladas, conforme relatório apresentado nesse mesmo

ano pelo Interventor Flores da Cunha.

Outro caso que representa a dificuldade dos planos da saúde pública serem postos em prática foi a projetada construção de um leprosário no Rio Grande do Sul, que acabou não saindo do papel antes do final da década de 1930, quando uma política nacional determinou que os Estados construíssem suas leprosarias (SERRES, 2004).

O limitado número de delegacias de Saúde nos municípios nos anos que se seguiram à reforma sanitária, o adiamento na construção do leprosário e o próprio pedido de exoneração do cargo por parte do responsável pela saúde pública, em função do descontentamento com a ação da Diretoria, podem ser emblemáticos da falta de alcance da atuação sanitária no Rio Grande do Sul. Finalmente, podemos aferir que o DNSP compunha-se em um órgão pouco poderoso técnica e politicamente para garantir a intervenção da União nas unidades federativas antes de 1930.

Transformações significativas começaram a ocorrer na saúde pública no período posterior a 1930 *pari passu* às mudanças políticas nacionais. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) evidenciava a atenção que essas questões receberiam nos anos seguintes durante o governo federal de Getúlio Vargas. E, embora a criação do MESP não tenha representado de imediato a ação sanitária em todas as unidades federativas, não deixava de apontar para a ruptura das autonomias estaduais nessas questões. Entretanto, durante os primeiros anos do novo governo as instabilidades políticas contribuíram para que as soluções sanitárias locais e isoladas nos Estados e municípios continuassem persistindo, contrariando as orientações do Ministério.

Examinemos as mudanças indicadas pela criação do MESP. Castro Santos (1985) apontou que, em relação ao movimento sanitário, atuante durante os anos da República Velha, a

criação do Ministério representou um efeito paralisante. Transformada em projeto governamental, a atuação de combate às endemias no interior esvaziaram-se e as políticas de Vargas voltaram seu centro de atuação para as grandes cidades. Hochman (1993), ao contrário, diz que a Saúde dos anos 1930 não representou uma ruptura, o MESP incorporou o projeto de saúde pública da República Velha, manteve na sua agenda o combate às eventuais epidemias e às grandes endemias rurais, incorporou o DNSP, e avançou ao longo dos anos 1930 buscando a tão desejada centralização e uniformização dos serviços.

Depois da criação do MESP, as mudanças não foram automáticas, ao contrário, as oscilações políticas e a precária situação econômica dos anos 1930 se refletiram no Ministério, protelando a tão adiada agenda da saúde pública no Brasil. Um indicativo dessas agitações pode ser representado pelo fato de que durante os três primeiros anos do MESP três ministros ocuparam a pasta: Francisco Campos, Belisário Penna, Washington Pires. Durante o Ministério deste último, foi criada a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social (DNSAMS), por meio da qual o governo federal atuaria nos Estados subvencionando as atividades e coordenando as diretorias estaduais.

Porém, foi a partir de 1934 que mudanças mais emblemáticas passaram a ocorrer na saúde pública. Nesse ano, Gustavo Capanema assumiu a coordenação do MESP – pasta que ocuparia até 1945 – e conseguiu levar adiante as transformações que vinham sendo ensaiadas nesse campo.

A *Reforma Capanema*, como ficou conhecido o conjunto de ações empreendidas pelo ministro desde 1937 alterou a estrutura da saúde pública no país, centralizando e uniformizando as atividades através da criação das *Delegacias Federais de Saúde*, dos *Serviços Na-*

cionais e das *Conferências Nacionais de Saúde*. O Brasil foi dividido em oito regiões, cada uma com uma Delegacia Federal. Na concepção do ministro (leia-se concepção política do período), a reforma buscou nacionalizar o Ministério e ampliar a atuação federal para abranger todo o território alcançando os mais distantes pontos do país (Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937).

A capacidade intervencionista da União, a organização administrativa e centralizadora do aparato do MESP, tornou possível sua atuação em todo o território nacional através da coordenação, execução e fiscalização das ações de saúde nos Estados. Entretanto, ainda por meio de convênios e subvenções. O Ministério sofreria nova reforma em 1941, tornando-se ainda mais centralizado e atuante, realizaria estudos sobre as condições de saúde, sobre questões de saneamento e higiene, sobre epidemiologia das doenças e sua profilaxia, inspecionaria os serviços federais, coordenaria as repartições estaduais e municipais e combateria uma série de doenças através dos “Serviços Nacionais”, para combater as grandes endemias (SCWARTZMAN, 1983).

Pode-se dizer que a saúde pública no Estado Novo não representou ruptura, antes atualizou a agenda dos anos anteriores, qual seja a efetivação do combate às endemias rurais e às epidemias. O Estado Novo atualizou a herança sanitaria da primeira República e o período varguista herdou um modelo gestado durante os anos 20, de centralização e uniformização dos serviços sanitários, projeto este que não havia sido executado devido à posição que a saúde pública ocupava na agenda política daquele período e às já referidas autonomias estaduais. A mudança pode ser marcada pelo intenso processo de centralização das atividades de saúde e saneamento, organização, profissionalização e burocratização dos serviços. O Estado passou a atuar em todo o território sobrepondo-se a interesses e autonomias regionais

por intermédio da extensão do aparato governamental (HOCHMAN, 1999).

Nos Estados, foram nomeados técnicos federais do Departamento Nacional de Saúde (DNS) para assumir os serviços de higiene e saúde pública, obedecendo ao modelo dos “interventores”. No Rio Grande do Sul, na administração de Cordeiro de Farias, foi nomeado para a Diretoria de Higiene o médico Bonifácio Paranhos da Costa. Em 1938, no início de sua gestão, foi organizado o Departamento Estadual de Saúde (DES), pelo Decreto nº 7.481, de 1938, em substituição à antiga Diretoria de Higiene e subordinava-se à Secretaria de Educação e Saúde Pública, com os encargos dos serviços estaduais e municipais de higiene e assistência médico-social de finalidade sanitária.

O DES foi a primeira reorganização sanitária do Rio Grande do Sul, depois da reforma de 1929. A nova formulação correspondia às mudanças suscitadas na saúde pública do Estado Novo, marcada por uma forte orientação burocratizante e centralizadora, em consonância com a política do período. O regulamento do DES foi uma adequação para o Estado do regulamento federal e continha um número considerável de dispositivos de ordem legal, técnica e administrativa, mais de 600 artigos e, uma vez aprovado, em 1938, deu-se início à criação de unidades sanitárias. Em 1939, haviam sido instaladas unidades em 39 municípios. Ainda dentro do período 1938-45, e no auge da reforma administrativa de Vargas, o DNS foi reestruturado e dinamizado, passando a englobar vários serviços dispersos e a centralizar a direção política, administrativa e financeira de todas as atividades sanitárias do país. A chamada *Reforma Capanema*, conferiu as diretrizes básicas das políticas sanitárias no Estado Novo, marcadas por um forte intervencionismo da União. Pela extensão do regulamento, podemos pensar que a pretensão dos

legisladores era de que pouco escapasse ao controle administrativo do Departamento. O regulamento em suas orientações previa a reorganização completa dos serviços de higiene e saúde pública, por meio de um serviço uniforme. Considerando que os municípios não dispunham de aparelhamento, recursos técnicos e financeiros para garantir os serviços de higiene e saúde pública, o Estado assumia para si essas funções no tocante ao saneamento, ao combate à tuberculose, à lepra, ao tracoma, à mortalidade infantil e às doenças transmissíveis agudas.

Para finalidade de execução dos dispositivos, o Rio Grande do Sul seria dividido em *distritos* sanitários, abrangendo um ou mais municípios, os órgãos distritais de higiene seriam os Centros de Saúde e Postos de Higiene, com as funções de investigação epidemiológica e profilaxia das doenças transmissíveis, polícia sanitária, exames de saúde, fiscalização profissional, educação e propaganda sanitária. Todos os serviços, quando não executados diretamente pelo Departamento seriam por ele orientados e fiscalizados. Para isso, os municípios deveriam contribuir com no mínimo 5% sobre todos os impostos arrecadados. Em relação à profilaxia das doenças transmissíveis, cabe observar que uma relação de mais de 30 moléstias foram consideradas de notificação compulsória, cabendo não apenas aos médicos, mas a qualquer pessoa promover as denúncias à saúde pública. Uma rápida passada de olhos pelo regulamento da reforma de 1929 nos faz crer que ambos eram substancialmente muito parecidos; à primeira vista, sugere uma idéia de continuidade, reforçando a tese de que não houve uma ruptura entre o modelo sanitário ensaiado na República Velha, sobretudo nos anos 1920 e o executado durante o Estado Novo. A diferença substancial talvez esteja nos mecanismos de execução das ações, mais sistematizados durante os anos de

1937-45 e nas próprias orientações quanto as liberdades individuais.

Quando indicada a remoção de algum doente acometido por uma moléstia contagiosa para um local de isolamento, o regulamento do DES (Decreto nº 7.481, de 1938) conferia à autoridade sanitária todas as prerrogativas de executá-lo a despeito da vontade dos doentes ou de seus familiares. Quando do isolamento em domicílio, se necessário se fizesse, a habitação seria sinalizada colocando-se um aviso em local bem visível indicando que no recinto havia perigo de contágio por doença transmissível. As garantias individuais, tão caras aos positivistas, soçobraram diante das novas orientações políticas. A vacinação também foi assumida pelo Decreto como uma prática obrigatória, sendo fornecido um atestado de vacinação. Quanto ao saneamento e à polícia sanitária as disposições previam a fiscalização sobre as habitações e as construções com finalidade coletivas, a higiene, o cuidado com a infância e maternidade, a fiscalização dos locais destinados a abrigar crianças, a fiscalização dos locais de trabalho, dos gêneros alimentícios de toda a ordem.

A nova configuração da saúde pública nacional pode ser pensada dentro de um projeto médico-sanitário que vinha sendo gestado desde os primeiros anos do século XX e que encontrou no governo ditatorial de Vargas as condições de impor-se à sociedade. Com a diminuição das prerrogativas individuais em nome de uma “coletividade nacional”, o governo, ao mesmo tempo em que controlava os problemas da vida em sociedade, como as doenças contagiosas, estendia o aparato estatal e legitimava, por meio de políticas públicas e respostas sociais, um Estado não legitimado democraticamente. Os médicos e os sanitaristas, ao lado dos educadores, podem ser pensados como alguns dos principais agentes de um projeto modernizante nacional do regi-



me varguista, pois tinham como tarefa a *regeneração* da população, apoiados num discurso eugênico, deviam contribuir para a constituição do homem brasileiro, do capital humano nacional para fazer frente ao desenvolvimento econômico e social da nação ensaiados naquele momento.

Um dos eventos mais importantes do período foi a I Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1941, no Rio de Janeiro. Esse evento merece destaque porque oficializou as diretrizes da saúde pública no Estado Novo, por meio de projetos nacionais para organização sanitária dos Estados e municípios. Na agenda da Conferência também estavam presentes projetos de ampliação e sistematização das Campanhas Nacionais contra a lepra e a tuberculose, que vinham sendo realizadas no país, o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento, proteção à maternidade, infância, adolescência. Perpassava o discurso dos conferencistas – destaca-se o próprio Capanema – o papel da saúde na constituição da identidade nacional, do homem brasileiro (HOCHMAN; FONSECA, 2000).

Em relatório enviado a Getúlio Vargas no ano de 1943, o interventor do Estado, Cordeiro de Farias, elogiava as ações da saúde pública e se mostrava otimista com os rumos que as políticas sanitárias estavam tomando sob a direção do técnico federal Bonifácio Paranhos da Costa, embora em seu relatório ficassem expressas as dificuldades em dotar os municípios de unidades médico-sanitárias adequadas. Nessa perspectiva, orientado pelas diretrizes nacionais, o Rio Grande do Sul pôs em movimento seus aparatos sanitários, com o funcionamento do DES e as atividades estenderam-se aos municípios através de Centros de Saúde, unidades mistas, sanitário-assistenciais.

Em 1949, existiam 74 postos de higiene e 8 centros de saúde no Estado. Ao longo dos

anos 1940, sobretudo com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde Pública com a criação do Ministério da Saúde em 1953, a atuação sanitária em forma de “Campanhas Sanitárias” da Primeira República e do período do Estado Novo, cedeu lugar a uma ação sanitária voltada à assistência social. A inclusão da assistência médica aos serviços de saúde foi aprovada pelo VI Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1947, no Rio de Janeiro, incorporavam-se então à saúde pública não apenas as medidas preventivas, mas também as de recuperação da saúde. Um sanitarista presente no evento discorreu sobre a importância dessas mudanças, conforme publicado nos Arquivos do Departamento Estadual de Saúde de 1948-9:

A saúde pública no Brasil não pode constituir um corpo fora da nação e fugir aos fenômenos gerais que escrevem sua história; a política sanitária tem que sofrer a mudança correspondente à política geral, a marcha tem que seguir crescente na descentralização de execução, para o Estado e para o Município. (FERREIRA, 1947 apud FAILLACE, 1948/1949, p. 7)

Esse discurso foi elucidativo dos novos rumos que as políticas sanitárias viriam a tomar, acompanhando as mudanças políticas do período. Estavam buscando nas experiências do passado, quando as ações eram descentralizadas (e ineficazes), os rumos para o futuro da saúde pública. Nessas oscilações, acompanhando o vaivém político, a saúde pública no Brasil, embora reconhecida como uma questão central pelas sucessivas administrações, ficava entregue ao bom senso dos administradores. Fazendo eco ao discurso do Congresso, ainda conforme o que foi publicado nos Arquivos do Departamento, Faillace (1948/1949), ao assumir a pasta do Departamento Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul em

1947, apontou as transformações ocorridas na saúde pública: “outrora, restritos a secções de combate às epidemias [os serviços de saúde pública], desdobraram-se em um vasto aparelhamento de órgãos preventivos e assistenciais”, dedicados não apenas à profilaxia, como a assistência clínica e educacional, de caráter preventivo.

A democratização no Brasil com o fim do Estado Novo não trouxe a ampliação dos direitos sociais, mas sim de uma assistência social. Diante disso, acentuaram-se os projetos de “Reconstrução Nacional”. Nesse processo foram contempladas na saúde, a atenção materno-infantil e as propostas de assistência médico-social, que passaram a se constituir, a partir da década de 1950, em objetos de maior interesse estatal (YDA, 1994).

Saúde e doença foram temas constantes ao longo da administração republicana, optamos por tomar as políticas de saúde como elementos constitutivos da formação do Estado Nacional no Brasil, considerando um campo privilegiado de atuação dos poderes públicos. Procuramos identificar os momentos de mudanças e continuidades na agenda sanitária estadual sempre pautada pelas conjunturas políticas mais amplas. Centralização *versus* descentralização das políticas sanitárias impregnaram o comportamento dos administradores do período, sempre em busca de um “modelo” que pudesse dar conta das respostas sociais para os problemas enfrentados pela saúde pública.

## LIMITES DESTA ABORDAGEM

A abordagem adotada ao longo do texto, da organização sanitária do Rio Grande do Sul e sua relação com a política do período, embora importante do ponto de vista de compreensão analítica, perde de vista os agentes envolvidos no processo. Essa perspectiva

esconde os sujeitos que atuaram dos dois lados do espetáculo, de um lado os médicos, de outro, os doentes. Vamos traçar aqui, a título de considerações finais e “por uma história da saúde” mais abrangente, algumas considerações sobre esses aspectos.

Primeiro, em relação aos médicos, seguindo os fecundos estudos de Weber (1998; 2003), podemos considerar que até o final da década de 1930, início dos anos 1940, a profissão médica no Rio Grande do Sul teve que se debater com “outros praticantes de cura”. Embora os médicos reivindicassem uma autoridade conferida pelos diplomas acadêmicos, sua aceitação como legítimos praticantes da ciência de Hipócrates barrava nas concepções culturais acerca do corpo e da doença e, ainda, na liberdade profissional que vigorava no Estado. Entre os próprios médicos também havia consideráveis divergências quanto aos procedimentos técnicos, estratégias políticas, crenças, dentre várias outras questões. A coesão se dava em torno do fim da liberdade profissional. Como técnicos a serviço dos poderes públicos podemos destacar somente a partir da citada reforma de 1929, na Diretoria de Higiene, uma maior atuação. Se examinarmos os periódicos especializados da época, sobretudo os *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*, podemos constatar que até meados dos anos 1920 as discussões que os médicos empreendiam limitavam-se ao campo científico de sua profissão, com quase nenhum reflexo na sociedade. Com a criação do Sindicato Médico Brasileiro, em 1927, e, sobretudo com a criação do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, em 1931, é que os médicos, organizados enquanto categoria profissional, conseguiram gradualmente impor sua especialidade sobre os demais profissionais que disputavam este campo. A criação do Sindicato teve como

orientação primeira o combate à liberdade profissional, pressionando os poderes públicos, os médicos conseguiram, durante o governo provisório de Vargas, que fosse aprovada a lei da regulamentação do exercício da medicina (Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932). A regulamentação estendia-se não apenas aos “não-diplomados”, mas também aos médicos estrangeiros que atuavam no Rio Grande do Sul. Com a regulamentação do Departamento Estadual de Saúde em 1938, finalmente os médicos conseguiram uma vitória sobre o exercício ilegal da medicina, tornando passíveis de penalidades criminais tais práticas. Esses personagens, alguns conhecidos, e outros que caíram no completo esquecimento, buscaram definir não apenas seu campo profissional, como também propuseram ocupar espaços na organização das políticas sanitárias do Estado.

Quanto aos indivíduos doentes, poucos estudos os abordam como agentes históricos. Uma referência é o trabalho de Wadi (2002). Quando aparecem nos textos, geralmente configuram em alguma tabela para ilustrar determinada situação sanitária, nas tabelas de mortalidade, ou, no máximo, são identificados enquanto grupos: homens, mulheres, brancos, negros, pardos, agricultores, jornalheiros... com praticamente nenhum protagonismo. Uma importante contribuição para alterar esse quadro tem sido dada por abordagens inspiradas história sociocultural, ou mesmo na micro-história. Ainda que timidamente, alguns trabalhos têm enfatizado a presença dos sujeitos doentes e suas trajetórias singulares. Uma primeira dificuldade para esse tipo de enfoque reside na exigüidade de fontes para trazer esses sujeitos à cena; a documentação oficial constantemente apresenta números, generaliza, raramente apresenta nomes ou informações

mais particulares. Uma alternativa para dar visibilidade a esses sujeitos, quando o acesso é possível, são os prontuários médicos. Como dificilmente esses “pacientes” deixaram registros de suas experiências, um caminho a seguir é tomarmos indícios de suas falas através da documentação produzida pelas Instituições por onde passaram. Neste sentido, os prontuários médicos, minuciosamente observados, permitem a formulação de questionamentos sobre o viver do enfermo. À primeira vista, essas fontes geralmente utilizadas em conjunto, nos oferecem informações quantitativas como sexo do doente, idade, naturalidade, cor, diagnóstico. Porém, um olhar mais atento pode captar informações significativas. A *anamnese*, ou seja, o momento da entrevista do médico com o doente na busca pelo diagnóstico da doença, pode se apresentar rica em informações. Mais que questões de ordem médica, os prontuários podem nos trazer informações sociais e culturais do paciente, sua concepção da doença, suas práticas terapêuticas, seu cotidiano, suas relações familiares, suas práticas religiosas, etc., permitindo recuperar o homem doente como um personagem social, contribuindo para a superação do declarado desconhecimento do doente na perspectiva histórica.

Outro caminho possível é o trabalho com História Oral, permitindo acesso às experiências dos doentes, neste caso podemos evidenciar o papel dos doentes nos contextos específicos, lançando possibilidades de pensar a relação entre História e Medicina de uma forma mais complexa, levando em conta atores múltiplos, tensionando uma narrativa mais tradicional voltada aos progressos da ciência médica aos êxitos sanitários das políticas públicas, que excluem a problematização sobre os agentes envolvidos.

## REFERÊNCIAS

- CASTRO, Fernando de Freitas e. Organização sanitária do Brasil e as reformas dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**. Porto Alegre, v. 19, n.19, 1933.
- CASTRO-SANTOS, L. A. de. 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.
- FAILLACE, J. Maya. Evoluções e novos rumos dos serviços de saúde pública no Rio Grande do Sul. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 9/10, p. 7-23, 1948/1949.
- HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e a construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.
- \_\_\_\_\_. O que há de Novo? Políticas de Saúde Pública e Previdência 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 567 p.
- IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1994. 148 p.
- PENNA, Belisário. O Problema Brasileiro da Lepra. **Archivos Rio-Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p.12-36, jan. 1929.
- SCWARTZMAN, Simon (Org.) **Estado Novo, um auto-retrato: arquivo Gustavo Capanema**. Brasília, DF: FGV; UNB, 1983. 624 p.
- SERRES, Juliane Conceição Primon. **Nós não caminhamos sós: o Hospital Colônia Itapua e o combate à Lepra no Rio Grande do Sul (1920-1940)**. 2004. 282 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004.
- SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. **História da Lepra no Brasil: o período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956. cap. 4, v. 3.
- WADI, Yonissa Marmitt. **Louca pela vida: a história de Pierina**. 2002. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.
- WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de Curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928**. Santa Maria: UFSM; Bauru: Universidade do Sagrado Coração, 1999. 252 p.
- \_\_\_\_\_. Médicos e charlatanismo: uma história da profissionalização no sul do Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares da (Org.). **História, medicina e sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.