

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

GABRIELLE WERENICZ ALVES

**POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO RIO GRANDE DO
SUL: CONTINUIDADES E TRANSFORMAÇÕES NA
ERA VARGAS (1928-1945)**

Prof. Dr. René Ernaini Gertz
Orientador

PORTO ALEGRE

2011

GABRIELLE WERENICZ ALVES

**POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL: CONTINUIDADES
E TRANSFORMAÇÕES NA ERA VARGAS (1928-1945)**

Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em História da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof. Dr. René Ernaini Gertz

Porto Alegre

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A474 Alves, Gabrielle Werenicz
Políticas de saúde pública no Rio Grande do Sul: continuidades e transformações na Era Vargas (1928/1945) / Gabrielle Werenicz Alves. – Porto Alegre, 2011.
216 f. : il.

Diss. (Mestrado em História) - Fac. de Filosofia e Ciências Humanas, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. René Ernaini Gertz.

1. Brasil – História – Governo Getúlio Vargas. 2. Saúde Pública – Rio Grande do Sul. I. Gertz, René Ernaini. II. Título.

CDD 981.062

**Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

GABRIELLE WERENICZ ALVES

**POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL: CONTINUIDADES
E TRANSFORMAÇÕES NA ERA VARGAS (1928-1945)**

Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em História da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em 15 de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. René Ernaini Gertz – PUCRS (Orientador)

Prof. Dr. Luciano Aronne de Abreu – PUCRS

Dr^a. Juliane Conceição Primon Serres – MUHM

Ao **Vladimir**.

Companheiro de estudos e debates,
sonhos e conquistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e em especial ao Programa de Pós-Graduação em História, pela acolhida nestes anos de curso.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por ter concedido bolsa integral de estudos, sem a qual o trabalho desenvolvido perderia qualidade e dedicação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. René Ernaini Gertz, por sua paciência, compreensão e valiosas observações. Agradeço também por ter deixado o texto da dissertação mais claro e correto.

Aos professores da Banca Examinadora, Dr. Luciano Aronne de Abreu e Dr^a Juliane Conceição Primon Serres, pela minuciosa leitura da dissertação e pelos elogios, críticas e sugestões à versão final do trabalho. As observações dadas durante a Defesa da Dissertação me proporcionaram refletir ainda mais sobre meu trabalho e amadurecer minhas ideias a respeito do tema analisado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação com que tive mais contato durante o cursar das disciplinas, Dr. Charles Monteiro, Dr^a Janete Silveira Abrão, Dr. Luciano Aronne de Abreu, Dr^a. Margaret Marchiori Bakos e Dr^a. Núncia Santoro Constantino. Cada um, de sua maneira, contribuiu para meu amadurecimento intelectual e conseqüentemente, para melhorar a qualidade desta dissertação.

Aos funcionários da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em História da PUCRS, Carla Helena Pereira e Adilson Mueller, pelo excelente atendimento prestado.

Aos funcionários dos diversos Arquivos e Instituições onde pesquisei, pela ajuda na localização das fontes pesquisadas. Agradeço especialmente a Adriano Cordeiro de Oliveira, funcionário da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, por ter me enviado imagens e plantas do Centro de Saúde Modelo.

À professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Regina Célia Lima Xavier, com a qual iniciei meus primeiros passos na pesquisa histórica como bolsista de iniciação científica.

Ao também professor da Universidade Federal, Cesar Augusto Barcellos Guazzelli, meu orientador na disciplina de Técnicas de Pesquisa que, por ser historiador e médico, me ajudou a compreender melhor o universo da história da saúde e os conceitos da medicina.

A todos os colegas do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, pela amizade e pelo companheirismo. Em especial, agradeço a Juliane Serres e a Éverton Quevedo, que me apresentaram a bibliografia sobre história da saúde/doença, mas também me ensinaram a respeitar e ter um carinho especial pela história dos doentes. Apesar de não ter seguido pesquisa nesta área, lembrarei com carinho dos dias passados no Hospital Colônia Itapuã, em meio a prontuários médicos ou visitando os moradores daquela instituição. Agradeço também por terem me indicado para outros trabalhos e pesquisas.

À professora Beatriz Teixeira Weber, da Universidade Federal de Santa Maria, com quem tive a oportunidade de conviver em muitos momentos de minha vida acadêmica. Agradeço por suas preciosas observações e sugestões sobre minha pesquisa. O recorte temporal adotado nesta dissertação foi uma sugestão dada pela professora Beatriz em uma de nossas conversas.

A todos os colegas do GT História e Saúde, em especial a Ana Paula Korndorfer, pelo carinho, preocupação e pelas trocas de informações sobre nosso objeto em comum; a Aline Cadaviz e a Claudia Tomaschewski, pela amizade; a Lizete Oliveira Kummer, minha professora na Universidade Luterana do Brasil e depois minha colega de debates no GT, pelo incentivo; a Felipe Vieira, por ter compartilhado comigo suas pesquisas nos Anais da Assembleia Legislativa.

A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação em História da PUCRS, pelo companheirismo, pelas trocas de experiências e informações durante os dois anos de curso.

Aos meus pais, Luiz Carlos e Natalia, principalmente pela ajuda e apoio nos momentos finais do curso. Agradeço pela disponibilidade em entregar as cópias da minha dissertação na PUC, e também pela hospitalidade e acolhida durante minhas idas à Porto Alegre em função dos compromissos acadêmicos.

Por fim, agradeço ao meu marido Vladimir. Agradeço pelas sugestões dadas durante todo o curso, por suas críticas ferrenhas ao meu trabalho, por suas cobranças e “puxões de orelha”, por mostrar uma luz no fim do túnel quando o trabalho parecia envolto em escuridão. Agradeço também por estar sempre lembrando que muitas das coisas que eu estava estudando não eram novidades do meu período, e já eram realizadas desde o século XIX ou mesmo antes.

À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública.

Gustavo Capanema

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar as políticas públicas elaboradas pelo governo do estado do Rio Grande do Sul para a área da saúde pública, entre os anos de 1928 e 1945. Neste período, a saúde pública passou por diferentes transformações, tanto na sua estrutura administrativa, quanto no pensamento que a norteava e nas práticas adotadas. Duas reformas sanitárias - realizadas em 1929 e 1938 - estabeleceram as diretrizes para o setor e propuseram algumas inovações para esta área de atuação governamental. Novas instituições foram criadas, com objetivos e serviços inovadores. Além disso, neste momento, a saúde pública passou a ter a educação sanitária como princípio norteador. Por outro lado, apesar destas transformações, houve também continuidades nas concepções e práticas sanitárias herdadas do século XIX e dos anos iniciais do século XX.

Palavras-chave: História. Saúde Pública. Políticas Públicas. Rio Grande do Sul. Era Vargas.

ABSTRACT

This essay aims the analysis of the public policies prepared by Rio Grande do Sul government for the public health area, between 1928 and 1945. That period, the public health field has been through different transformations, both in its administrative structure and its thought, which guided it as well as its adopted practices. Two sanitary reforms performed in 1929 and 1938 had established the guidelines for the sector and proposed some innovations for this governmental action area. New institutions were created, aiming innovative services. Furthermore at that moment, public health had the sanitary education as a guiding principle. Still, despite those transformations, there also have been continuities in the conceptions and sanitary practices which were inherited from the nineteenth century and early twentieth's.

Keywords: History. Public Health. Public Policies. Rio Grande do Sul. Vargas Age.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 – Instituto de Higiene Borges de Medeiros	90
Imagem 2 – Centro de Saúde do 3º Distrito Sanitário da Cidade de Porto Alegre	92
Imagem 3 – Sorveterias remodeladas de acordo com as novas normas sanitárias.....	94
Imagem 4 – Seção de fiscalização da importação de gêneros alimentícios	95
Imagem 5 – Desinfectório	96
Imagem 6 – Hospital de Isolamento	97
Imagem 7 – Organograma da divisão interna do DES	114
Imagem 8 – Febre Tifóide	167
Imagem 9 – Febre Tifóide	167
Imagem 10 – Gripe.....	167
Imagem 11 – Gripe Pandêmica	168
Imagem 12 – As moscas.....	169
Imagem 13 – Vacinação contra a varíola	171
Imagem 14 – Higiene pessoal	171
Imagem 15 – Perigo da construção de poço perto de latrinas	171
Imagens 16 – Centros de Saúde do 1º Distrito Sanitário de Porto Alegre	184
Imagens 17 – Centros de Saúde do 2º Distrito Sanitário de Porto Alegre	184
Imagens 18 – Centros de Saúde do 3º Distrito Sanitário de Porto Alegre	184
Imagens 19 – Centros de Saúde do 4º Distrito Sanitário de Porto Alegre	184
Imagens 20 – Centros de Saúde do 5º Distrito Sanitário de Porto Alegre	184
Imagem 21 – Centro de Saúde nº 1	184
Imagem 22 – Centro de Saúde nº 2	184
Imagem 23 – Centro de Saúde nº 3	185
Imagem 24 – Centro de Saúde Modelo	187

LISTA DE ORGANOGRAMAS E TABELAS

Organograma 1 – Divisão da nova estrutura dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul ...	79
Tabela 1 – Imagens da Reforma Sanitária de 1929	88
Tabela 2 – Pessoal técnico e administrativo da área da saúde – 1937/1942	128
Tabela 3 – Propaganda Sanitária - 1939/1942.....	164
Tabela 4 – Unidades sanitárias existentes no país em 1942	178

LISTA DE SIGLAS

AHPAMV – Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Vellinho

AHRS – Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

ANM – Academia Nacional de Medicina

APERS – Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul

BALRS – Biblioteca da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul

BCG – Bacilo de Calmette-Guerin

BCPUCRS – Biblioteca Central / Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

BEPAHC – Biblioteca da Equipe de Patrimônio Histórico e Cultural / Prefeitura Municipal de Porto Alegre

BFMUFGRS – Biblioteca da Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DES – Departamento Estadual de Saúde

DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública

DNS – Departamento Nacional de Saúde

DNSAMS – Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

MCSHJC – Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - OS PRIMÓRDIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL	29
1.1 Saúde nos tempos da Colônia e do Império	29
1.2 República Velha e saúde pública	39
1.3 As peculiaridades das políticas de saúde no Rio Grande do Sul	48
CAPÍTULO 2 - A REFORMA DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS ESTADUAIS: O COMEÇO DAS TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA	58
2.1 Novas concepções para a política e para a saúde	58
2.2 A Reforma dos Serviços Sanitários de 1929	73
2.3 Imagens da Reforma Sanitária	82
CAPÍTULO 3 - SAÚDE PÚBLICA NA ERA VARGAS	99
3.1 Um tempo de discussão sobre a saúde pública: 1930 a 1937	99
3.2 O Departamento Estadual de Saúde: 1938 a 1945	111
3.3 A saúde pública estadual subordinada ao governo federal	129
CAPÍTULO 4 - INOVAÇÕES DA SAÚDE PÚBLICA ESTADUAL	141
4.1 Profilaxia e combate às doenças contagiosas	141
4.2 Educação sanitária: a nova estratégia da saúde pública	157
4.3 Novas instituições da saúde pública: os Centros de Saúde e Postos de Higiene	172
CONSIDERAÇÕES FINAIS	189

FONTES CONSULTADAS	192
---------------------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199
---	-----

ANEXOS

Anexo A - Conclusões aprovadas no 1º Congresso das Municipalidades	208
Anexo B - Funcionários das Delegacias de Saúde	209
Anexo C - Mapa dos distritos sanitários a cargo de Inspetorias de Saúde	211
Anexo D - Instituto de Higiene Borges de Medeiros	212
Anexo E - Centros de Saúde de Porto Alegre	213
Anexo F - Planta do Centro de Saúde Modelo	215

INTRODUÇÃO

Em 2008, momento em que o tema desta dissertação começou a ser pensado, o Brasil envolveu-se, no campo da saúde, numa série de problemas, ações e propostas. O ano começou com surtos de febre amarela em pontos isolados do país. Na metade daquele ano, o governo federal organizou uma grande campanha de vacinação contra rubéola. Próximo ao final daquele ano, na campanha eleitoral, foram feitas diversas críticas e propostas para a área da saúde, por candidatos aos cargos de prefeito e vereador.

O acontecimento mais marcante do ano de 2008 na área da saúde, entretanto, foi certamente a epidemia de dengue, ocorrida no Rio de Janeiro. Esta epidemia deixou transparecer os problemas sociais e sanitários daquele estado. A mídia noticiava diariamente a situação caótica gerada pela epidemia, apontando como responsáveis pelo grande número de mortes não apenas a doença, mas também a negligência e o descaso de médicos, administradores de hospitais e governantes. Alguns jornalistas fizeram comentários sobre o combate a determinadas doenças no passado, comparando-as com o momento vivido. Relembrou também a história de sanitaristas famosos por estas ações, como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas.

Na ocasião, uma importante questão veio à tona: além do *Aedes aegypti* – mosquito transmissor da dengue –, quem seria o responsável pela situação caótica enfrentada no Rio de Janeiro, e por tantos doentes e mortos? Para o presidente do Sindicato Médico do Rio de Janeiro, Jorge Darze, o poder público foi o principal responsável pela epidemia de dengue no estado. Este Sindicato considerou a epidemia um crime sanitário, e entrou com uma denúncia no Ministério Público contra as três esferas de governo – municipal, estadual e federal – por omissão e negligência no controle e combate à dengue.¹

Diante desta crise, fica uma pergunta: qual o papel das esferas públicas nas questões ligadas à saúde da população? Esta é uma discussão que grupos da sociedade brasileira já fazem há bastante tempo, e que geraram inúmeras críticas à atuação de municípios, estados e do governo federal no trato com a saúde pública.

¹ Sindicato dos Médicos diz que vai entrar com notícia-crime contra autoridades. **G1**, 19 mar. 2008. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL356664-5606,00.html>>. Acessado em: 25 mar. 2008. Em 2009, ocorreu uma nova crise sanitária, desta vez em nível mundial. A *Gripe A*, mais conhecida como *Gripe Suína*, se espalhou rapidamente pelo mundo, deixando um grande número de doentes e de vítimas fatais. No Brasil, apesar de todas as estratégias elaboradas para combater tal doença e evitar sua propagação, esta pandemia de gripe causou mortes, pânico e a paralisação de parte da vida social, principalmente dos grandes centros urbanos. Esta situação novamente gerou críticas quanto à atuação dos poderes públicos no combate a doença e tratamento dos doentes.

Os historiadores, por sua vez, podem contribuir para tal discussão analisando como governantes, instituições e médicos de outras épocas agiram, em diferentes momentos e contextos, para evitar ou solucionar situações como estas. Tais estudos podem servir para:

[...] produzir identidade, compromisso e compreensão tanto da origem e evolução dos problemas que enfrenta assim como da complexidade dos processos de negociação, fragmentação e descontinuidade que se produzem no fenômeno saúde-doença. É uma história que pode contribuir para incorporar uma perspectiva social de longa duração na formação e nas atividades dos profissionais de saúde, transcendendo a formação biomédica tradicional e eventualmente oferecendo sugestões sobre os principais desafios e sobre as perspectivas da saúde coletiva e da medicina social [...].²

Os problemas da saúde pública e a discussão sobre o papel dos poderes públicos na sua prevenção ou na sua solução acabaram me instigando a pesquisar sobre este tema. O historiador não está deslocado do seu presente, do mundo em que vive; e isto irá influenciar e refletir-se em suas escolhas. No entanto, estes elementos do presente certamente chamaram minha atenção em função de experiências que tive, enquanto cursava a graduação em História.

Meus contatos com o atual campo denominado de *História da Saúde* surgiram a partir do estágio que fiz no Acervo Histórico do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (atual Museu de História da Medicina), entre 2005 e 2007. Na ocasião, tive a oportunidade de conhecer a bibliografia que trata dos vários segmentos da história da saúde/doença e da medicina. Tais leituras foram aprofundadas em 2007, quando participei de uma pesquisa para a Fundação Oswaldo Cruz, em um projeto que teve por objetivo mapear o patrimônio cultural da saúde na cidade de Porto Alegre³, sob a orientação da professora Beatriz Teixeira Weber. Foi durante a pesquisa que realizei para a Fiocruz que pude constatar, de forma mais atenta e crítica, as lacunas existentes na bibliografia referente a este assunto.

No Brasil, os estudos históricos sobre a saúde se concentraram, até o momento, nas décadas iniciais do período republicano, ou seja, na chamada República Velha. Esta afirmação também é válida para os trabalhos que abordam a saúde pública, assim como as ações governamentais neste setor.

Nilson Rosário Costa, por exemplo, analisou as políticas para a saúde pública no

² HOCHMAN, Gilberto; CUETO, Marcos; CARRILLO, Ana Maria; ROMO, Ana Cecília. Carta dos Editores. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 9, suplemento, 2002.

³ Esta pesquisa resultou de um amplo projeto denominado Inventário Nacional do Patrimônio da Saúde, desenvolvido em seis capitais brasileiras. Os resultados da pesquisa realizada em Porto Alegre foram publicados em 2008, com o título de “Instituições de Saúde de Porto Alegre”. WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Org.). **Instituições de Saúde de Porto Alegre** – Inventário. Porto Alegre: Ideograf, 2008.

Brasil, entre os anos de 1889 e 1930, entendendo-as como respostas à implantação do capitalismo brasileiro e à manutenção da saúde da força de trabalho. Além disso, Costa abordou também as formas de resistência utilizadas pela população contra os mecanismos de regulação sanitária.⁴

Em sua tese de doutorado, o cientista político Gilberto Hochman também analisou as políticas para a saúde pública no Brasil, dando ênfase às décadas de 1910 e 1920.⁵ Hochman, entretanto, partiu do pressuposto de que este foi um período de crescimento de uma consciência, entre as elites, em relação aos graves problemas sanitários do país e de um sentimento geral de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pela saúde da população e salubridade do território. Para o autor, este período histórico, que o mesmo chamou de *Era do Saneamento*, legou para os períodos posteriores uma infra-estrutura estatal, bem como a presença da autoridade sanitária em grande parte do território brasileiro.

Gilberto Hochman também escreveu alguns artigos sobre o tema aqui discutido, analisando o sistema nacional de saúde no Estado Novo.⁶ Nestes artigos, o autor buscou identificar continuidades, inovações e rupturas em relação à República Velha, bem como ressaltou o legado do Estado Novo em termos de políticas públicas para a área da saúde.

Outra tese de doutorado apresentada sobre este tema foi a de Cristina Fonseca.⁷ Em seu trabalho, a autora se concentrou na chamada Era Vargas, com o objetivo de compreender o processo de constituição de políticas de saúde pública no Brasil enquanto políticas sociais. Para isso, a autora analisou a separação de atribuições entre dois ministérios criados em 1930 com a finalidade de, entre outras coisas, administrar as questões ligadas à saúde: o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Cristina Fonseca buscou explicar “por que” se deu esta separação e “como” ela se operacionalizou no âmbito do MESP. Além disso, a autora analisou como as disputas político-partidárias, bem como a dimensão ideológica, interagiram e influenciaram no

⁴ COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

⁵ HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC / ANPOCS, 1998. Tese defendida no PPG em Ciências Políticas do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), no ano de 1996.

⁶ HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidade e inovações. In: BOMENY, Helena (Org.). **Constelação Capanema**: intelectuais e políticas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. p. 127-151. HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). In: **Educar em revista**, Curitiba, n. 25, p. 127-144, 2005. HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-93.

⁷ FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Tese também defendida no PPG em Ciências Políticas do IUPERJ, no ano de 2005.

processo de definição de uma política institucional para a saúde no país.

Já Carlos Campos, em um artigo publicado na revista *Manguinhos*, abordou um ponto específico dentro das políticas para a saúde pública em nível federal: as origens da organização da rede de atenção básica no país, ou seja, a criação de Postos de Profilaxia Rural e dos Centros de Saúde/Postos de Higiene, entre os anos de 1918 e 1942.⁸ O trabalho de Campos foi importante para esta dissertação, pois o autor apresentou uma interessante discussão diferenciando saúde pública de medicina individual e assistencialista. Neste sentido, seus apontamentos serviram em parte de base teórica para o estudo aqui desenvolvido.

Em relação às especificidades regionais das políticas para a saúde pública, até o momento, São Paulo foi o estado que mais concentrou trabalhos sobre esta temática.⁹ Dentre os muitos estudos existentes, cabe destacar uma obra de Emerson Merhy.¹⁰ No livro intitulado *A saúde pública como política*, o autor analisou as relações que se estabeleceram entre os formuladores de projetos de políticas públicas e a organização das ações governamentais, ou seja, a relação estabelecida, principalmente, entre os médicos sanitaristas e o governo do estado, entre os anos de 1920 a 1948. Esta obra é importante por apresentar os vários “modelos tecno-assistenciais” (ou saberes) formulados no campo da saúde pública e que deram base às políticas públicas para a saúde, não apenas em São Paulo, mas também em outros estados do país.

No Rio Grande do Sul, as políticas para a saúde pública já foram discutidas em inúmeros trabalhos. No entanto, ainda não haviam sido objeto central de pesquisa. Um exemplo de estudo na área é o trabalho pioneiro de Beatriz Teixeira Weber. A obra desta historiadora, apesar de estar centrada nas diferentes práticas de cura existentes no Rio Grande do Sul na República Velha, trata também sobre as políticas adotadas pelo governo estadual em relação à saúde pública e das ideias discordantes dos membros do governo quanto a esta área.¹¹

⁸ CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 887-906, jul.-set. 2007.

⁹ Como exemplo, podem ser citados os estudos de: RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim... inventário da saúde pública** – São Paulo: 1880-1930. São Paulo: UNESP, 1993. IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1994. TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

¹⁰ MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. Além desta obra, Merhy escreveu também: **O capitalismo e a saúde pública**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1987.

¹¹ WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889/1928**. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC - Editora da Universidade do Sagrado

Assim como Weber, outros historiadores também abordaram a organização dos serviços de saúde pública no estado, as práticas sanitárias adotadas pelos governantes e os debates políticos envolvendo estes assuntos, como forma de explicar ou contextualizar seus objetos de estudo. Entre estes historiadores estão Janete Abrão¹², Lizete Kummer¹³, Paulo Garcia¹⁴, Lorena Gill¹⁵, Ana Paula Korndörfer¹⁶, Thaís Wenczenovicz¹⁷ e Raquel Silva¹⁸.

Em sua maioria, os estudos que descrevem as políticas para a saúde pública no Rio Grande do Sul priorizam a República Velha, e apontam este período histórico como sendo de início da saúde pública no Brasil. Dois trabalhos, entretanto, mostraram-se importantes para a pesquisa realizada, por romper com a ideia de que a saúde pública teria surgido apenas com a proclamação da República. Neste sentido, Nikelen Witter¹⁹ e Vladimir Ávila²⁰ argumentam que a saúde pública começou a ser pensada enquanto um ramo de responsabilidade governamental na metade do século XIX. Estes autores demonstram também que foi no século XIX que surgiram muitas das práticas sanitárias adotadas nas décadas iniciais do século XX, o que corrobora com a ideia de que as políticas para a saúde pública da Era Vargas foram herdeiras não apenas de pensamentos e práticas da República Velha, mas

Coração, 1999. Tese de doutorado defendida na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no ano de 1997.

¹² ABRÃO, Janete Silveira. **Banalização da morte na cidade calada**: a hespanhola em Porto Alegre, 1918. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. Dissertação defendida na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul no ano de 1995.

¹³ KUMMER, Lizete Oliveira. **A medicina social e a liberdade profissional**: os médicos gaúchos na Primeira República. 2002. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

¹⁴ GARCIA, Paulo César Estaitt. **Doenças contagiosas e hospitais de isolamento em Porto Alegre - 1889/1928**. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

¹⁵ GILL, Lorena Almeida. **Um mal de século**: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930. 2004. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

¹⁶ KORNDÖRFER, Ana Paula. **“É melhor prevenir do que curar”**: a higiene e a saúde nas escolas públicas gaúchas (1893-1928). 2007. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

¹⁷ WENCZENOVICZ, Thaís Janaina. **Luto e silêncio**: doença e morte nas áreas de colonização polonesa no Rio Grande do Sul (1910-1945). 2007. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

¹⁸ SILVA, Raquel Padilha da. **A Cidade de Papel**: a epidemia de peste bubônica e as críticas em torno da saúde pública na cidade do Rio Grande (1903-1904). 2009. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

¹⁹ WITTER, Nikelen Acosta. **Males e Epidemias**: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). 2007. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

²⁰ AVILA, Vladimir Ferreira. **Saberes históricos e práticas cotidianas sobre o saneamento**: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-1900). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

também do período imperial.²¹

Quanto à historiografia que aborda a Era Vargas no Rio Grande do Sul, é importante destacar três historiadores que descreveram, também de forma periférica, as políticas para a saúde pública neste estado, enfatizando as políticas para a lepra. Juliane Serres, em sua dissertação de Mestrado, discorreu sobre a campanha contra a lepra no Rio Grande do Sul, entre as décadas de 1920 e 1950, analisando as políticas desenvolvidas em relação a esta moléstia e relacionando-as a um contexto mais abrangente, a Campanha Nacional Contra a Lepra.²² Em sua obra, Serres abordou também a criação do Hospital Colônia Itapuã, instituição destinada ao internamento das pessoas portadoras de lepra no estado. Éverton Quevedo também tratou das questões relativas à Campanha Nacional Contra a Lepra, no período de 1930 a 1950.²³ Este autor, entretanto, centrou-se no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã e do Amparo Santa Cruz – instituição onde ficavam os filhos sadios dos internos daquele hospital. Já Fernanda Proença analisou os mecanismos de controle, os conflitos e a coesão existente na relação entre os internos, a direção do Hospital Colônia Itapuã, as Irmãs de Penitência e Caridade Cristã e o Estado, nas décadas de 1930 e 1940.²⁴

Por fim, cabe destacar a obra do historiador René Gertz sobre o Estado Novo no Rio Grande do Sul.²⁵ Nesta obra, Gertz procurou abranger inúmeros aspectos do Estado Novo na região, entre os quais a saúde pública. Além de muitos assuntos, Gertz tratou das políticas para a saúde pública, concentrando-se mais detidamente nas ações do governo do estado no campo da saúde infantil e na influência que o pensamento eugenista teve sobre os médicos gaúchos. Gertz discorreu também sobre o Departamento Estadual de Saúde, citando suas funções, os gastos no setor e a grande importância dada a este departamento por parte do

²¹ A obra organizada por Roberto Machado foi pioneira no Brasil em expor esta argumentação. Seus autores demonstram que no século XIX, a chamada *medicina social* passou a influenciar o Estado nas questões relativas à saúde da população. Neste momento, começaram a ser desenvolvidas medidas mais efetivas, não apenas para o combate das doenças que afetavam a coletividade, mas principalmente para a sua prevenção. MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

²² SERRES, Juliane C. P. "**Nós não caminhamos sós**": O Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950). 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004.

²³ QUEVEDO, Éverton Reis. "**Isolamento, Isolamento e Ainda Isolamento**". O Hospital Colônia Itapuã e o Amparo Santa Cruz na Profilaxia da Lepra no Rio Grande do Sul (1930-1950). 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

²⁴ PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os escolhidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã (1930-1940)**. 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

²⁵ GERTZ, René E. **O Estado Novo no Rio Grande do Sul**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2005.

interventor federal, Cordeiro de Farias.²⁶

Analisada a historiografia sobre o tema escolhido, verificou-se que ainda existiam muitas lacunas sobre o assunto nos estudos que tratam do período posterior a República Velha, tanto em nível nacional quanto em nível regional. Com a finalidade de tentar suprir parte destas lacunas, desenvolveu-se uma pesquisa que teve como objeto principal analisar as políticas do governo do estado do Rio Grande do Sul para a área da saúde pública, entre os anos 1928 e 1945. Este recorte temporal compreende os anos em que Getúlio Vargas esteve no poder, inicialmente como presidente do estado do Rio Grande do Sul e, depois, como presidente do Brasil.²⁷

O principal questionamento que norteou a pesquisa foi o seguinte: quais as políticas públicas elaboradas pelo governo do estado do Rio Grande do Sul, no período de 1928 a 1945, para tratar das questões específicas da saúde pública? A partir deste questionamento central, outras dúvidas surgiram: que estrutura institucional de saúde foi herdada em 1928, o que se manteve desta estrutura e o que foi modificado até 1930? Como as transformações que estavam ocorrendo em todo o país, a partir de 1930, e as novas regras criadas pelo governo federal, influenciaram ou moldaram as políticas públicas de saúde em nível estadual? Qual a estrutura organizacional criada dentro do governo do estado, a partir de 1930, para gerenciar este campo? Que transformações esta estrutura teve ao longo do período que compreende os anos de 1930 a 1945? Quais os setores e quais as instituições criados e quais os extintos? Que estratégias foram utilizadas pelo governo do estado para dar base às práticas sanitárias?

Para responder a estes questionamentos, foi consultada uma variada gama de fontes. Priorizou-se a documentação do poder Executivo e Legislativo do estado do Rio Grande do Sul, principalmente os relatórios dos governadores/interventores e dos diretores do setor da saúde, as mensagens governamentais e anais da Assembleia, assim como o periódico *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. De forma secundária, foi utilizada a produção médica, em especial a *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, os *Archivos Rio Grandenses de Medicina* e o livro *Panteão Médico Riograndense*. Também foram utilizados de forma secundária alguns jornais da época, como o *Correio do Povo*, *Diário de Notícias* e *Folha da Tarde*.

²⁶ Idem, p. 108-113.

²⁷ Quanto à importância de se estudar este período específico da história do Brasil, a historiadora Cristina Fonseca afirma que, neste momento, “constituiu-se um amplo arcabouço institucional no âmbito da saúde pública que consolidou as bases do sistema público de saúde no Brasil e nos legou heranças que perduram até os dias de hoje”. FONSECA, op. cit., p. 257.

Os principais conceitos que nortearam o trabalho foram: *saúde pública e políticas públicas*. O termo *saúde pública* possui diferentes significados. Ele pode significar saúde da população (ou saúde coletiva), estar ligado “à ideia genérica de saúde como preocupação social”²⁸, ou à “ação que é voltada a saúde coletiva, através de prevenção e/ou combate às doenças, sejam ações estas emitidas pelo poder público ou por instituições, organismos e particulares”.²⁹ Todavia, ao longo desta dissertação, a *saúde pública* é entendida como sendo um modelo de prática de saúde³⁰, mas também um campo político e governamental, “um campo específico de atuação do Estado junto à sociedade”.³¹

Para melhor entender esta definição de saúde pública, é necessário contrapor-la à medicina clínica, prática de saúde predominante nos dias de hoje. Embora ambas tomem a saúde e a doença como seu objeto, acabam por produzir distintos quadros de compreensão e de ação sobre este processo. A saúde pública, de caráter social, subordina as necessidades individuais aos interesses da saúde coletiva, buscando a comunidade doente ou em risco de adoecer. Já a clínica médica está ligada a prestação de cuidados aos indivíduos, e pauta pela recuperação da saúde do doente enquanto um ser individual, com problemas individuais.³²

Além do caráter coletivo, a saúde pública tem também como característica a preocupação com a prevenção. Para J. Last, os programas, serviços e instituições envolvidos com as questões da saúde pública

ênfaticamente enfatizam a prevenção da doença e as necessidades de saúde da população como um todo. As atividades de saúde pública mudam com a mudança da tecnologia e dos valores sociais, mas seus objetivos permanecem os mesmos: reduzir incidência de doenças, a morte prematura e o mal-estar e as deficiências físicas produzidas pelas doenças.³³

Para além da medicina curativa, a saúde pública abarca também – e principalmente – tudo aquilo que diz respeito à medicina preventiva. De acordo com Cristina Fonseca, o conceito de prevenção, associado em alguns momentos a noção de higiene ou a práticas de educação em saúde, esteve sempre presente nos debates relativos à saúde pública. Neste

²⁸ WITTER, op. cit., p. 17.

²⁹ ÁVILA, op. cit., p. 114.

³⁰ A *saúde pública* é um campo da medicina que tem como base a Epidemiologia, ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas, e que se constitui como complementar para as ciências clínicas e para a medicina em geral. Cf. ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 1.

³¹ WITTER, op. cit., p. 17.

³² CAMPOS, op. cit., p. 878.

³³ LAST apud FONSECA, op. cit. p. 50.

sentido, os conceitos de saúde pública e prevenção se inter-relacionam, não sendo possível pensar sobre um desvinculado do outro.³⁴

Outra característica importante que delimitou o campo da saúde pública, e lhe imprimiu estatuto próprio, refere-se à dimensão estatal de suas práticas: o Estado foi a instância legítima para sua atuação e seu desenvolvimento, sendo privilegiado como a agência capaz de criar uma sociedade sadia.³⁵ Foi a saúde pública que primeiro institucionalizou a prática estatal na área da saúde, ao contrário da medicina clínica individualizada, que até meados do século XX, não propôs soluções públicas concretas e satisfatórias aos problemas ligados a saúde individual.

Para melhor utilizar o conceito de saúde pública em um trabalho de história, também foi levado em consideração as idéias de George Rosen. Este autor alerta para dois componentes que os estudiosos do assunto devem levar em conta:

Em seus estudos, o historiador da Saúde Pública deve levar em conta dois componentes. Um, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia médicas, pois o entendimento da natureza e da causa da doença fornece o solo para a ação e o controle preventivos. Mas, como a aplicação efetiva desse conhecimento depende de uma variedade de elementos não científicos – em essência, de fatores políticos, econômicos e sociais – essa é outra grande linha no tecido da Saúde Pública.³⁶

Na pesquisa realizada, foi levado em conta não apenas a tecnologia médica existente no período estudado, mas principalmente a influência do discurso médico dentro do aparelho estatal. Porém, apesar de considerar os modelos médicos e as articulações existentes entre medicina e política, buscou-se priorizar a análise do que efetivamente o governo do estado do Rio Grande do Sul fez (ou planejou fazer) quando confrontado com as questões impostas pelos problemas de saúde pública, ou seja, as questões práticas, as ações que o governo realizou ou planejou realizar, neste campo da administração pública. Neste sentido, foi também fundamental para este trabalho o conceito de *políticas públicas*. Segundo Márcia Sant'anna:

As políticas públicas são um conjunto de ações que visam determinados objetivos, e podem se desenvolver tanto no plano da sua implementação quanto no nível do discurso através de sua simples formulação. Isto significa que, nestes casos, o plano das intenções é importante, pois ele tem muito a revelar sobre o pensamento corrente a respeito de um determinado campo de interesse da sociedade. As políticas públicas também são perceptíveis e ou codificadas por meio de um conjunto de leis, decretos

³⁴ FONSECA, op. cit., p. 49-50.

³⁵ CAMPOS, op. cit, p. 879.

³⁶ ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec / UNESCO Abrasco, 1994. p. 94.

e outros documentos que regulam a ação do estado. Embora as políticas e as ações estatais nem sempre estejam completamente previstas ou regulamentadas em leis, esta é sempre o limite máximo, a instância que prevê os parâmetros gerais dentro dos quais deve se dar a decisão ou a tomada de decisão.³⁷

Para Ana Luiza Viana e Tatiana Baptista, a análise de uma política pública é a análise dos processos e atores envolvidos na construção da política, “identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade”.³⁸ Para estas autoras:

[...] falar de política pública é falar de Estado, é falar de pacto social, de interesses e também de poderes, visto que, atrás de todo interesse há o poder. Falar de política pública é falar do Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação.³⁹

Levando-se em conta estas observações, ao longo do trabalho foram analisadas as políticas públicas do governo do estado do Rio Grande do Sul para a área da saúde pública. Estas políticas foram entendidas como um conjunto de ações que podem ter sido efetivamente implementadas, ou que, apesar de terem se tornado leis, decretos ou regulamentos, por algum motivo ficaram apenas no papel e não foram colocadas em prática.

Também foi levado em consideração que as políticas para a saúde pública adotadas pelo governo foram as vencedoras, em um campo vasto de outras possibilidades e visões sobre o assunto. Os debates entre sanitaristas e políticos, sobre a melhor forma de como acabar ou amenizar os problemas ligados a área da saúde pública, é antigo. Nestes debates, discutiram-se quais seriam as formas ideais de organização das estruturas administrativas ligadas à área da saúde e quais as práticas sanitárias mais eficientes. Estas discussões acabaram refletindo nas transformações ocorridas no setor da saúde pública em todo o Brasil, assim como no Rio Grande do Sul.

³⁷ SANT’ANNA, Márcia apud MEIRA, Ana Lúcia Goelzer. Políticas públicas e gestão do patrimônio histórico. In: **História em Revista**, Pelotas, v. 10, dez. 2004. p. 19.

³⁸ VIANA, Ana Luiza D’Ávila; BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 69.

³⁹ Idem, p. 68.

A presente dissertação foi dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo tem por objetivo fazer um histórico sobre a saúde pública no Brasil e no Rio Grande do Sul, dos primeiros tempos da colonização até o final da República Velha. Inicialmente, o capítulo descreve o surgimento da saúde pública enquanto ramo da administração pública e o aumento das responsabilidades do Estado neste setor. O segundo item deste capítulo trata sobre a saúde pública a partir da proclamação da República e da descentralização ocorrida com o novo sistema político. Discorre sobre as transformações nas leis, na estrutura administrativa para o setor e nos serviços oferecidos pelo governo federal ao longo da República Velha. Por fim, o último tópico do capítulo aborda o caso específico do Rio Grande do Sul e as peculiaridades das políticas para a saúde pública desenvolvidas pelo governo gaúcho. Apresenta a estrutura administrativa criada para a saúde pública e as ações desenvolvidas pelo governo estadual neste setor. Além disso, analisa as concepções dos governantes gaúchos em relação à saúde pública, bem como as contradições e polêmicas no pensamento e nas práticas sanitárias desenvolvidas no estado.

O segundo capítulo trata sobre as políticas para a saúde pública nos dois anos em que Getúlio Vargas esteve à frente do governo do estado do Rio Grande do Sul. Neste sentido, o objetivo principal deste capítulo é analisar as mudanças nas concepções e nas ações sobre a saúde pública estadual entre os anos de 1928 e 1930. O capítulo inicia discorrendo sobre as mudanças políticas ocorridas no estado em 1928, e as conseqüentes transformações geradas na área da saúde pública. Posteriormente, aborda as críticas referentes à atuação do governo estadual neste setor, bem como as propostas sugeridas para sua reformulação. Em um segundo momento, o capítulo descreve o projeto de reforma dos serviços sanitários elaborado em 1929, analisando as modificações propostas e a estrutura administrativa planejada na ocasião. Por último, o capítulo analisa uma série fotográfica publicada junto com um artigo do coordenador da reforma, Dr. Fernando de Freitas e Castro, que representam as instituições e serviços criados ou modificados a partir da referida reorganização.

O terceiro capítulo tem por objetivo analisar as continuidades e mudanças nas concepções e práticas na área da saúde pública, entre os anos de 1930 e 1945. O capítulo inicia descrevendo os elementos previstos pela Reforma Sanitária de 1929, postos em prática nos anos iniciais da década de 1930. Posteriormente, aborda a criação da Secretaria da Educação e Saúde Pública, bem como as discussões a respeito da saúde pública na Assembleia Constituinte estadual e em sua sucessora, a Assembleia Legislativa. Por último, trata das mudanças políticas que levaram a uma nova reforma dos serviços estaduais, que

originou o Departamento Estadual de Saúde (DES). O segundo sub-capítulo descreve a nova estrutura administrativa da saúde pública estadual a partir de 1938, bem como os serviços prestados pelo DES. Este tópico aborda também as modificações quanto à subordinação administrativa do setor da saúde estadual, desvinculada da pasta da Educação, em 1940. No último item, o capítulo discorre sobre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e sobre a atuação deste órgão, que viria padronizar os serviços de saúde em todo o Brasil e subordinar a saúde pública estadual, colocando um ponto final à peculiaridade dos gaúchos nas políticas para a saúde pública.

O último capítulo tem por objetivo analisar as inovações utilizadas pelo governo estadual, no tocante aos serviços de saúde pública. A primeira parte do capítulo aborda algumas transformações nas práticas relacionadas à profilaxia e combate das doenças contagiosas, com destaque para a vacinação e para as regras relacionadas à notificação compulsória. Além disso, descreve algumas epidemias que assolaram o estado e as medidas adotadas pelo poder público estadual para seu combate. No segundo tópico, o capítulo discorre sobre a educação sanitária. Este tópico analisa o histórico da utilização da educação sanitária nos serviços de saúde pública, o papel das educadoras sanitárias, os meios utilizados para a difusão da propaganda sanitária e analisa algumas imagens utilizadas neste serviço. Já o último sub-capítulo trata das novas instituições criadas no setor da saúde pública estadual, isto é, os Centros de Saúde e Postos de Higiene. O tópico aborda a trajetória de criação dos Centros de Saúde e Postos de Higiene no estado do Rio Grande do Sul, analisa os objetivos destas instituições, os serviços prestados e as transformações que sofreram ao longo do período pesquisado.

CAPÍTULO 1 - OS PRIMÓRDIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL

1.1 SAÚDE NOS TEMPOS DA COLÔNIA E DO IMPÉRIO

A história da América Portuguesa foi marcada pela reduzida interferência do Estado nas questões relacionadas à saúde. Cabia ao Estado apenas fiscalizar e aprovar as licenças dos profissionais que exerciam as artes de curar na colônia.⁴⁰ Para isso, foi instalada no Brasil a estrutura administrativa já existente em Portugal.⁴¹

Nos primeiros tempos da colonização, eram em número reduzido os médicos com formação acadêmica. Raros eram os médicos portugueses que aceitavam vir espontaneamente para a região e era ainda menor o número daqueles que procediam de outros países da Europa, “desestimulados pelos baixos salários e amedrontados com os perigos que enfrentariam”.⁴² Os habitantes da colônia, por sua vez, solicitavam a presença de médicos e boticas através de cartas ao Rei de Portugal, mas também recorriam a curadores sem formação, jesuítas, pagés, curandeiros africanos, sangradores, aplicadores de ventosas e sanguessugas.⁴³

A própria política metropolitana, ao impedir a criação de universidades na América Portuguesa, proporcionou o baixo número de médicos formados. Somado à não-existência de universidades no Brasil, estava o fato de que “somente a nata dos segmentos letrados das

⁴⁰ Recebiam licença para trabalhar no Brasil os médicos, cirurgiões, boticários e barbeiros. Os médicos licenciados (também chamados de físicos) eram os profissionais autorizados ao exercício da medicina; os boticários eram autorizados apenas para o comércio de drogas, preparo de medicamentos e aviamento de receitas; os cirurgiões eram autorizados para tratar de lesões externas, sendo proibidos de administrar medicamentos e cuidados de moléstias internas; já os barbeiros, além de prestarem serviços de barbearia, também recebiam autorização para realizar pequenas intervenções cirúrgicas, como: sangrar, aplicar ventosas, tratar ferimento, extrair balas e dentes. Cf. SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. VIII, n. 2, jul./ago. 2001. Para maiores detalhes ver também FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, jul./out. 1999.

⁴¹ A fiscalização do exercício das atividades médicas e cirúrgicas em Portugal teve início no ano de 1260, quando foi criado o cargo de Cirurgião-mor dos Exércitos. Em 1430, o Rei exigiu que todos os que praticavam a medicina fossem aprovados pelo Cirurgião-mor, que lhes concederia carta para a atividade, sem a qual seriam presos e perderiam seus bens. Um século depois, estas atribuições foram divididas entre dois tipos de autoridade: o Cirurgião-mor, encarregado da fiscalização da cirurgia, e o Físico-mor, que teria poder similar em relação à medicina e às boticas, à qualidade e ao preço dos medicamentos. Em 1782, foi criada a Junta do Proto-Medicato, órgão que centralizou os poderes individuais do Físico-mor e do Cirurgião-mor em um conselho único. Cf. MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

⁴² BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004. p. 6.

⁴³ MACHADO, op. cit.

elites coloniais tinha recursos suficientes para custear a formação de seus filhos nas universidades européias”.⁴⁴ Isso porque, além de possuir recursos suficientes para pagar os estudos no além-mar, o candidato à formação médica em Coimbra ou Montpellier (principais instituições frequentadas por estudantes nascidos na colônia portuguesa) também deveria ter conhecimento de latim, grego e, de preferência, também saber algo de francês e inglês. Devido a estes critérios, poucos eram os estudantes que reuniam os cabedais necessários – ou seja, riqueza e instrução – para cruzar o oceano em direção às universidades do Velho Mundo.⁴⁵

Nos tempos da colônia, a preocupação com a saúde coletiva não era responsabilidade dos médicos. Estes eram apenas consultados e respondiam em seu nome, por sua opinião pessoal. O principal órgão médico do Reino, a Junta do Proto-Medicato, não era consultada, pois sua função se restringia à fiscalização do exercício da medicina, cirurgia e farmácia. Cabia aos poderes públicos, em especial às Câmaras Municipais, a responsabilidade pelas providências necessárias para prevenir ou solucionar os problemas com a saúde da população, principalmente em relação aos surtos epidêmicos.⁴⁶

Em 1808, entretanto, a instalação da Corte portuguesa no Brasil modificaria tal cenário. A transformação do Rio de Janeiro em sede da Coroa, em decorrência das guerras napoleônicas, provocou profundas transformações na colônia, e trouxe importantes consequências para a saúde pública. Na opinião de Carlos Campos, as políticas públicas para a saúde propostas no século XX só foram possíveis com o desenvolvimento do aparelho estatal constituído com a chegada de D. João ao Brasil.⁴⁷

Um dos primeiros atos da regência de D. João VI na colônia (logo elevada à categoria de Reino Unido a Portugal e Algarves) foi a abertura dos portos brasileiros às nações amigas.⁴⁸ Além disso, foram criadas, no Rio de Janeiro, inúmeras instituições para que esta

⁴⁴ SOARES, op. cit., p. 413.

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ MACHADO, op. cit., p. 148.

⁴⁷ CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, jul.-set. 2007. p. 880.

⁴⁸ Para Lucia Pereira Neves esta decisão revelava-se inevitável, “já que, dominados os portos portugueses pelos franceses, urgia assegurar, por outras vias, o escoamento dos produtos da terra cujos direitos alfandegários constituíam uma fonte essencial de recursos para as finanças da Coroa”. NEVES, Lucia M. B. Pereira. **O Império do Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 35. A abertura dos portos e o fim do monopólio comercial pela metrópole trouxeram ao Brasil não apenas modificações econômicas; tais transformações possibilitaram a circulação de navios, mercadorias e pessoas, mas também de doenças e de seus agentes transmissores. Para controlar esta situação, foi organizada, em 1828, a Inspeção de Saúde dos Portos, órgão responsável pela fiscalização dos navios e colocação em quarentena daqueles suspeitos de transportarem passageiros enfermos.

cidade se tornasse uma capital imperial mais adequada. Entre as novas instituições estavam: a Academia Militar e de Marinha, o Jardim Botânico, a Fábrica de Pólvoras, a Real Biblioteca (futura Biblioteca Nacional) e o Banco do Brasil.⁴⁹ Para a área da saúde, foi fundado o Hospital do Exército, estabelecidos os cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor, criada a Provedoria de Saúde e o cargo de Provedor-mór do Império, abolida a Junta do Proto-Medicato e instituídos os primeiros centros de formação de cirurgiões do Brasil. Neste sentido, por ordem real decretada em 1808, foram fundadas as Escolas de Cirurgia e Anatomia do Rio de Janeiro e da Bahia, “em benefício da conservação e saúde dos povos, a fim de que houvesse hábeis e peritos professores que, unindo a ciência aos conhecimentos práticos de cirurgia, pudessem ser úteis aos moradores do Brasil”.⁵⁰ Cinco anos após este decreto real, tais escolas foram transformadas em Academias Médico-Cirúrgicas.⁵¹

Em 1829, momento em que o Brasil já era independente de Portugal, um pequeno grupo de médicos radicados na Corte Imperial fundou a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. De acordo com Márcio Soares:

O objetivo principal dessa agremiação era fornecer pareceres às autoridades governamentais em matérias relativas à higiene e saúde pública. Esse vínculo existente entre a Sociedade de Medicina e o Estado revela o caráter eminentemente político dessa entidade que pretendia organizar o espaço urbano exclusivamente à luz da ciência.⁵²

Esta instituição tornou-se o principal órgão consultivo do Imperador e do poder público nas questões ligadas à saúde. Neste sentido, por solicitação do governo regencial, em 1830, esta Sociedade organizou uma comissão para cuidar da transformação das Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e de Salvador em Faculdades de Medicina, mudança efetivada em 1832. Alguns anos mais tarde (1835), a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi agraciada com o título de “Academia Imperial de Medicina”, tornando-se, juntamente com a recém-criada faculdade:

[...] o principal *locus* da produção de um discurso que se arrogava sapiente e competente – porque fundamentado no conhecimento científico – a ditar os procedimentos terapêuticos que desejava ver norteando os comportamentos sociais e

⁴⁹ CARDOSO, Ciro F. A crise do colonialismo luso na América Portuguesa. In: LINHARES, Maria Yeda. **História Geral do Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 1990. p. 105.

⁵⁰ Carta Régia de 5 de novembro de 1808, apud FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel; EDLER, Flávio Coelho. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino In: DANTES, Maria Amélia M. (Org.). **Espaços de ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 63.

⁵¹ Idem, p. 65.

⁵² SOARES, op. cit., p. 415.

a sugerir normas sanitárias para serem postas em prática pelo Estado em nome da preservação da saúde pública.⁵³

Além de atuar na Corte Imperial, esta instituição também aconselhava os poderes públicos de outras regiões do Império e enviava representantes para se estabelecerem fora do Rio de Janeiro. Na documentação da Câmara Municipal de Porto Alegre, encontram-se alguns exemplos da atuação desta Sociedade, no sul do país.⁵⁴ Nas *Atas da Câmara de Vereadores de Porto Alegre*, existe a informação de que os vereadores receberam:

[...] ofício do secretário da Sociedade de Medicina da Corte do Império comunicando haver se instalado na Cidade para atender todo problema relacionado com saúde pública.⁵⁵

[...] ofício do Presidente da Província encaminhando parecer da Sociedade de Medicina da Corte sobre os cuidados com o cólera.⁵⁶

Além da preocupação com a formação de profissionais para atuarem no campo da saúde, o governo português criou também a Junta Vacínica (1811), instituição que ficaria responsável pela aplicação da vacina antivariólica. Em 1846, através do decreto nº 464, de 17 de abril, este serviço foi reorganizado, e o Instituto Vacínico do Império foi criado. Para Nikelen Witter, este Instituto é o mais antigo órgão de atuação sanitária do Governo Imperial, “que teria como função ditar as regras e fiscalizar a atuação dos institutos provinciais, cujo financiamento, bem como a execução dos serviços ficaria a cargo dos governos locais”.⁵⁷ Esta lei também tornava obrigatória a vacinação de crianças de até três meses de vida, praças do Exército ou da Armada, bem como para aqueles que ingressassem em estabelecimentos de educação ou em oficinas do governo.⁵⁸ Para o caso específico do Rio Grande do Sul, de

⁵³ Idem. Grifo no original.

⁵⁴ Os médicos radicados no Rio Grande do Sul apenas criaram sua própria sociedade em 1886, denominada de Sociedade Médico-Cirúrgica Rio-Grandense. Sua criação se deu em um contexto, segundo Silveira, de “busca mais efetiva da profissionalização da prática médica no estado, mediante a institucionalização dos enunciadores do discurso médico”. SILVEIRA, Éder. **A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul-riograndense nas primeiras décadas do século XX.** Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2005. p. 136-137.

⁵⁵ **Atas da Câmara de Vereadores de Porto Alegre**, Livro 9, 2 set. 1830. (AHPAMV)

⁵⁶ **Atas da Câmara de Vereadores de Porto Alegre**, Livro 10, 10 nov. 1831. (AHPAMV)

⁵⁷ WITTER, Nikelen Acosta. **Males e Epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX).** 2007. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. p. 160.

⁵⁸ Segundo Marta Almeida e Maria Amélia Dantes, a historiografia que trata sobre saúde pública no Brasil foi “consensual em afirmar que estas primeiras medidas do governo português surtiram poucos efeitos e que não chegaram a instalar, na sociedade brasileira, uma rotina de vacinação. No entanto, durante todo o século XIX, a prática da vacinação continuou ocupando um espaço nas preocupações dos governos brasileiros.” ALMEIDA, Marta de; DANTES, Maria Amélia M. O Serviço Sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia In: DANTES, op. cit., p. 136.

acordo com Witter, a atuação do Instituto Vacínico foi medíocre e o número de pessoas vacinadas na província foi pouco significativo.⁵⁹

A partir de 1828, ficou estabelecido que as autoridades locais seriam as responsáveis por cuidar das questões que envolviam a saúde da população.⁶⁰ Entre as atribuições das Câmaras Municipais, estava o registro daqueles que pretendiam exercer a profissão médica, a fiscalização de tudo que pudesse alterar e/ou corromper a salubridade pública⁶¹, bem como a elaboração de normas sanitárias. Entre as principais medidas adotadas pelos vereadores para prevenir ou combater as doenças contagiosas estavam, em um primeiro momento, a limpeza das ruas, praças e praias da cidade, a indicação dos lugares onde deveria ser feito o despejo de lixo, materiais fecais e águas servidas, bem como o aterramento de águas estagnadas. Na segunda metade do século XIX, o poder público municipal passou a interferir cada vez mais nos espaços privados fiscalizando, por exemplo, o asseio de quintais, porões e cortiços.⁶²

Entretanto, deixar a saúde pública a cargo das municipalidades não agradava a todos no Governo Imperial. O Ministro do Império José Ignácio Borges, por exemplo, expressou descontentamento com esta situação em seu relatório à Assembléia Geral Legislativa no ano de 1835. Nas palavras do Ministro,

a abolição da Provedoria Mor de Saúde alias necessária pelo desleixo em que havia caído, e abusos praticados pelos seus Agentes, que só se ocupavam de seus interesses individuais, deveria ser substituída por uma outra Instituição que exclusivamente se empregasse em vigiar sobre este importante ramo da publica administração; mas em lugar de assim o fazermos, **entregamos as Municipalidades hum semelhante encargo [...] deixando quase em abandono a cura dos males** que se fomentam no Solo que habitamos, e que de certo não são de menor risco, do

⁵⁹ WITTER, op. cit., p. 160.

⁶⁰ A Lei Imperial de 30 de agosto de 1828 extinguiu “os lugares de Provedor-mor, Físico-mor e Cirurgião-mor do Império, passando para as Câmaras Municipais e Justiças ordinárias as atribuições que lhes competiam”. **Coleção das Leis do Império do Brasil**. Parte Primeira. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878. p. 27-28. (APERS)

⁶¹ Este momento pode ser caracterizado como sendo de predominância da ideia de indeterminação das doenças, isto é, o ar, a água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia ser a causa das moléstias. Inúmeras eram as explicações dadas, no entanto, o pensamento que prevalecia ligava o surgimento das enfermidades ao ambiente. Cf. LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 32. Quanto à relação entre doenças e ambiente, Marques argumenta: “Segundo a teoria então corrente, a inalação e o contato com o ar proveniente da decomposição de cadáveres e da matéria pútrida, ou mesmo de seres vivos, poderia causar um desequilíbrio de gases, levando à doença e à morte. A estes gases se deu o nome de miasmas, e a partir de então o acontecimento de doenças passou a ser relacionado a certas características do meio. O calor e a água, dois poderosos indutores da decomposição, bem como os miasmas oriundos dos pântanos, dos rios, dos esgotos, do solo e, posteriormente, dos pobres e suas habitações passaram a ser considerados perigosos causadores de doenças.” MARQUES, Eduardo Cesar. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento no Rio de Janeiro. **História, Ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. II, n. 2, jul.-out. 1995. p. 56.

⁶² AVILA, Vladimir Ferreira. **Saberes históricos e práticas cotidianas sobre o saneamento: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-1900)**. 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

que aqueles que não de chegar as nossas praias.⁶³

Se na primeira metade do século XIX foram principalmente os fatores políticos os impulsionadores das transformações na área da saúde pública, na segunda metade deste século duas epidemias seriam responsáveis por ampliar a atuação do Estado em relação a esta área e impulsionar a criação de novas instituições no Brasil. A ocorrência da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, no verão de 1849-1850 (considerada a primeira grande epidemia da capital do Império), e os avanços do cólera-morbus na Europa e na América do Norte (que causaram grande apreensão no Brasil, no início dos anos 1850), deixaram como consequência direta importantes transformações na administração da saúde pública, tanto no Brasil quanto em outros países afetados por estas moléstias. Na opinião de Gilberto Hochman:

A experiência das epidemias de cólera do século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, que atingiram a ricos e pobres, e disseminaram-se independente de fronteiras – cidades, regiões, países – explicitou para as elites os problemas da interdependência social e a necessidade de criação de organizações e políticas permanentes, amplas, coletivas, compulsórias e supralocais, com funções preventivas, para combater os riscos da infecção e do contágio em massa.⁶⁴

Já para Nísia Trindade Lima, a conotação do cólera enquanto pandemia “implicou não apenas a transformação da saúde em problema de natureza coletiva em sociedades particulares, mas sua compreensão como tema de política internacional”.⁶⁵ Em relação à febre amarela, a autora acredita que o impacto desta epidemia no Rio de Janeiro e o fato de ter deixado vítimas fatais na elite, favoreceu a compreensão de que o quadro sanitário do Brasil

⁶³ **Relatório do ano de 1835, apresentado pelo Ministro e Secretário de Estado José Ignácio Borges a Assembléia Geral Legislativa na Sessão Ordinária de 1836.** p. 14. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1706/000002.html>>. Acessado em: 30 mai. 2010. Grifo nosso.

⁶⁴ HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: Editora HUCITEC / ANPOCS, 1998. p. 28. O conceito de interdependência social é um importante referencial para esta dissertação. Este conceito foi originalmente utilizado por Norbert Elias para tratar da interdependência humana surgida como resultado do desenvolvimento do capitalismo e do surgimento dos Estados Nacionais, mas também do processo civilizatório de uma forma mais ampla. Gilberto Hochman se apropriou desta concepção para explicar a formação do aparato estatal no campo da saúde e identificou a epidemia de massa como um “paradigma da interdependência”. Para este autor, as epidemias ilustram os efeitos externos das adversidades individuais, que alcançam toda a sociedade e deixam transparecer as incertezas quanto à eficácia de qualquer solução individual e localizada. Neste sentido, os surtos epidêmicos seriam um mal-público, pois atingiriam a todos os membros da sociedade, independentemente de terem contribuído ou não para o seu surgimento e disseminação. Foi para combater este mal-público que surgiu o bem-público, isto é, um aparato público com a responsabilidade de solucionar ou remediar os efeitos da interdependência social. Nesta dissertação, a saúde pública é vista como este aparato estatal que tem por finalidade resolver ou amenizar os efeitos da interdependência social na área da saúde, buscando evitar o aparecimento das doenças contagiosas e a disseminação das mesmas.

⁶⁵ LIMA, op. cit., p. 36.

era um problema médico, mas também político.⁶⁶

Quanto a este momento histórico, Nikelen Witter destaca que neste período, ainda estava sendo negociada a questão de a quem caberia a responsabilidade acerca da implantação das ações em termos de saúde pública. Todavia, o início da segunda metade do século XIX pode ser identificado como sendo a época em que houve o surgimento da saúde pública como um ramo de ação institucional. Segundo a historiadora:

A década de 1850 marca o início sistemático dos debates acerca de qual papel seria representado pelo governo da nação junto ao processo de melhoramento sanitário das cidades e do país. As discussões sugeridas pela documentação perpassam as dúvidas sobre como e em que medida os órgãos administrativos deveriam atuar nesse setor específico. Sobre o que se deveria entender como *Saúde Pública* e em que medida esta definição deveria ultrapassar o antigo conceito de *Socorros Públicos*.⁶⁷

Diante deste contexto nacional e internacional, foi criada no Brasil a Junta Central de Higiene Pública⁶⁸ – instituição que pode ser considerada como uma primeira tentativa do Governo Imperial em centralizar a administração das questões ligadas à saúde pública.⁶⁹ Órgão consultivo do Estado, a Junta incorporou o Instituto Vacínico do Império, a Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro e os serviços de higiene das províncias. Tinha como atribuições a regulamentação de políticas direcionadas à saúde pública, bem como o controle do sistema de saúde da população das províncias pertencentes ao território do Império brasileiro. Para fazer este controle, o *Regulamento da Junta de Higiene* estabeleceu, em seu

⁶⁶ Idem, p. 39.

⁶⁷ WITTER, op. cit., p. 22.

⁶⁸ Instituição criada no dia 12 de fevereiro de 1850 com o nome de Comissão Central de Saúde Pública. Passou a se chamar posteriormente Junta de Higiene Pública (em 14 de setembro de 1850) e, pelo regulamento de 29 de setembro de 1851, finalmente, foi denominada de Junta Central de Higiene Pública. Idem, p. 59.

⁶⁹ Na Europa, neste mesmo período, instituições similares também foram criadas. Na Inglaterra, por exemplo, foi criado em 1848 o Conselho Geral de Saúde, instituição que tinha poderes para estabelecer e gerenciar conselhos locais de saúde. Estes conselhos locais, por sua vez, possuíam autoridade para cuidar do abastecimento de água, do sistema de esgotos, do controle dos comércios ofensivos, da provisão e da regulamentação de cemitérios. Na França, neste mesmo ano, passou a funcionar o Comitê Consultivo em Saúde Pública, que tinha por função aconselhar o Estado em assuntos relativos à saúde. Foram criados também os Conselhos Locais de Saúde Pública, com o objetivo de prestar consultoria aos prefeitos das cidades francesas. Já nos Estados Unidos, o primeiro Departamento Nacional de Saúde foi criado um pouco mais tarde, em 1879. Este Departamento tinha como funções reunir informações sobre assuntos de saúde pública, aconselhar o governo federal e os governos estaduais, além de apresentar ao Congresso um plano de organização nacional de saúde. ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994. p. 179-199.

artigo segundo, a criação das Comissões de Higiene Pública provinciais.⁷⁰

Na Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, a Comissão de Higiene Pública passou a funcionar no final de 1853.⁷¹ Dentre as atividades que pretendia desenvolver, estavam a regulamentação e o controle nas artes de curar (ou seja, a partir de então, médicos, boticários e cirurgiões teriam seu registro realizado na Câmara Municipal, mas sob o aval desta Comissão); fiscalização de boticas, enfermarias, mercados e prisões; coibição dos atos considerados perniciosos à saúde da população (como o descarte de lixo e matérias fecais em locais inadequados); por fim, propor melhorias para o aspecto sanitário da cidade.⁷²

A Comissão de Higiene da Província esbarrou inúmeras vezes nos hábitos da população, na pouca vontade de execução das Câmaras Municipais e em sua própria falta de autoridade política e institucional. Segundo Witter,

a Câmara de Vereadores de Porto Alegre, muitas vezes, não pareceu estar disposta a abrir mão de suas antigas prerrogativas no que diz respeito à organização das medidas de salubridade para a capital. Para isso, não raro ela opôs argumentos aos da Comissão de Higiene e, nas vezes em que a Presidência da província favoreceu a esta última, pode-se encontrar séries de representações da Comissão reclamando pelo fato da Câmara não estar cumprindo ou fazendo cumprir a estas determinações.⁷³

Na opinião de Witter, este debate não era apenas político, mas também sobre a quem competia a responsabilidade pela saúde pública. De acordo com Vladimir Ávila, atribuíram a Comissão de Higiene Pública funções que já eram exercidas pelo poder público municipal:

[...] se o regulamento da Junta de Higiene previa a criação das Comissões de Higiene com suas devidas atribuições, nada dizia também que estas funções não eram competências das Câmaras Municipais, ou seja, atribuía-se uma função a um órgão cuja atribuição já era de responsabilidade de outro. Isto acabou gerando muitas discórdias entre a Câmara de Vereadores, a Comissão de Higiene e os presidentes da Província.⁷⁴

Segundo Nikelen Witter, a Comissão de Higiene Pública da Província de São Pedro do Rio Grande acabou tendo apenas a função de fazer sugestões a respeito dos problemas de

⁷⁰ O Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851, mandava executar o regulamento da Junta Central de Higiene Pública. O artigo 2º deste regulamento estabelecia: “nas Províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul haverá Comissões de Higiene Pública compostas de três membros, nomeados pelo governo que, dentre os mesmos, nomeará o Presidente; nas outras províncias haverá somente Provedores de Saúde Pública”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=80946>>. Acessado em: 13 jul. 2010.

⁷¹ AVILA, op. cit., p. 114.

⁷² WITTER, op. cit., p. 68.

⁷³ Idem, p. 69

⁷⁴ AVILA, op. cit., p. 118.

saúde da população, mas não tinha poder de aplicar seus “planos de ação”. Para a historiadora, apesar de ter sido o principal órgão voltado para a saúde pública, a Comissão não teve poder suficiente para este tipo de atuação e funcionou muito mais como um órgão consultivo.⁷⁵ Conclusão parecida chegou Cláudio Bertolli Filho quanto a Junta Central de Higiene Pública na capital do Império. Para o historiador, esta última se mostrou pouco eficaz, e apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população.⁷⁶

Em 1857, as Comissões de Higiene Pública das províncias foram substituídas pelo cargo de Inspetor de Saúde Pública.⁷⁷ Entretanto, para o caso do Rio Grande do Sul, se a legislação previa a substituição da Comissão por este Inspetor, por outro lado, a documentação do período não deixa claro se esta realmente deixou de existir. Além disso, também não fica claro se existia somente a figura do Inspetor de Saúde Pública (que poderia ser chamado de diferentes formas), ou se outros profissionais também interferiam nas questões da saúde pública. Segundo Ávila:

[...] ao que tudo indica através de análise da documentação existente, tal uso do termo “comissão” ou “comissões” não deixam de existir, bem como não fica totalmente compreensível se tais medidas com relação ao saneamento da cidade eram de uma possível comissão ou do Inspetor de Higiene. Como podemos observar, o uso de diferentes termos era uma constante: Inspetor da Comissão de Higiene, Inspetor da Saúde, Inspetor de Higiene, Diretor Geral da Saúde, Delegado da Higiene Pública, Comissão de Higiene, Comissão de Saúde e/ou Comissão Sanitária.⁷⁸

No âmbito municipal, um importante cargo foi instituído na época: o cargo de Médico de Partido das Câmaras Municipais.⁷⁹ Através do *Regulamento para Médicos de Partido das*

⁷⁵ WITTER, op. cit., p. 78.

⁷⁶ BERTOLLI FILHO, op. cit., p. 8.

⁷⁷ **Decreto nº 2052, de 12 de dezembro de 1857.** Aprova o regulamento desta data, pelo qual se alteram algumas disposições da Junta Central de Higiene Pública de 29 de setembro de 1851. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=79316>>. Acessado em: 13 jul. 2010. Em 1886, foi a vez da Junta Central de Higiene Pública ser substituída. Neste ano, houve a criação do Conselho Superior de Saúde Pública e a divisão dos serviços sanitários em duas inspetorias gerais: uma encarregada da higiene terrestre (atuando principalmente na corte) e outra de saúde dos portos (responsável pela higiene marítima nos portos do país). Cf. HOCHMAN, op. cit., p. 94.

⁷⁸ AVILA, op. cit., p. 88.

⁷⁹ Anos antes, na Inglaterra, também havia sido criado um cargo semelhante: os Médicos de Saúde Pública. Londres teria nomeado seu primeiro médico de Saúde Pública em 1848, sendo esta ação seguida por Leeds (1866), Manchester (1868), Birmingham (1872) e Newcastle (1873). Na opinião de George Rosen, até aquele momento, o papel da medicina para as melhorias da saúde pública (seja através de legislação ou administração) teria sido secundário, pois “não veio da profissão médica o impulso para a reforma sanitária, embora alguns médicos tivessem chamado a atenção para os problemas comunitários de insalubridade”. A partir de então, os médicos passariam a interferir e direcionar as ações do Estado para a saúde pública. ROSEN, op. cit., p. 179.

Câmaras de 1858, organizado pelo Presidente da Província, Ângelo Muniz da Silva Ferraz, ficou estabelecido:

Artigo 2º - Ao Médico de Partido incumbe:

[...]

§ 3º O exame e inspeção de todos os lugares insalubres;

§ 4º Propor a Câmara Municipal o que julgar conveniente a bem da saúde pública;

§ 5º Fazer os exames e vistorias que a Câmara Municipal lhe indicar, ou pela autoridade policial lhe forem requisitadas.

Artigo 6º - O Médico de partido será obrigado a apresentar à Câmara nas suas reuniões ordinárias, um relatório de todos os trabalhos a seu cargo, acompanhado dos competentes mapas, e documentos estatísticos.⁸⁰

Com a criação destes novos cargos e instituições (Junta e Comissão de Higiene Pública, Inspetor da Saúde Pública, Médico de Partido), os médicos passaram a ocupar um lugar dentro dos poderes públicos, enquanto formuladores e executores das políticas para a saúde pública. Entretanto, cabe ressaltar que a incorporação dos médicos ao aparelho estatal ocorreu em função da nova relação que estes passaram a ter com o Estado, a partir do surgimento da chamada medicina social.⁸¹ Apesar do nome, esta era também uma medicina política. Para Machado,

ela é política tanto pelo modo que intervém na sociedade e penetra em suas instituições, como pela sua relação com o Estado. Ela precisa do Estado para realizar seu projeto de prevenção das doenças da população. E ao mesmo tempo, ela é útil ao Estado por ser um instrumento especializado capaz de assumir com ele e por ele as questões relativas a saúde, trazendo-lhe o apoio de uma ciência.⁸²

Este novo tipo de medicina recebeu esta denominação “pela maneira como tematizou a questão da saúde da população e procurou intervir na sociedade de maneira global”⁸³, preocupando-se não mais com evitar a morte ou recuperar a saúde em uma atuação *a posteriori* e individual, mas sim combater as causas das doenças através de uma atuação preventiva e coletiva. De acordo com Machado,

a transformação do objeto da medicina significa fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde. Não é mais a ação direta e lacunar sobre a doença como essência isolada e específica que move o projeto médico. O “médico

⁸⁰ **Correspondências Recebidas pela Câmara Municipal**, Livro 26/27, 25 set. 1858. (AHPAMV)

⁸¹ A medicina social surgiu na Europa no século XVIII, e teve três etapas de formação: como medicina de Estado na Alemanha, medicina urbana na França e medicina da força de trabalho na Inglaterra. Para maiores detalhes, ver: FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003. p. 79-98.

⁸² MACHADO, op. cit., p. 242-243.

⁸³ Idem, p. 154.

político” deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando, ao nível de suas causas, contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem-estar físico e moral.⁸⁴

A saúde pública do início do século XX foi fruto da medicina social do século anterior. Ela herdou desta última a polícia médica, a inspeção sanitária, a incorporação de especialistas dentro do aparelho estatal. Estas práticas surgiram no século XIX e continuaram a ser aplicadas e aperfeiçoadas nas primeiras décadas do século seguinte, questão que será abordada a seguir.

1.2 REPÚBLICA VELHA E SAÚDE PÚBLICA

Com a proclamação da República, a saúde pública foi completamente descentralizada. Os limites legais de atuação da União neste campo foram dados pela Constituição de 1891, que garantia a autonomia estadual e municipal. Segundo esta Constituição, caberia aos poderes públicos estaduais o cuidado com a saúde pública, e somente em casos específicos a União poderia interferir nestes assuntos, mas sempre por solicitação dos próprios estados.⁸⁵ Ao governo federal competiam apenas determinadas ações de saúde no Distrito Federal, e a vigilância sanitária dos portos.

Neste momento, além das transformações políticas e redefinições na saúde pública, mudanças nas concepções médicas também alterariam as instituições governamentais ligadas a este campo. A partir de então, as teorias da chamada “medicina moderna” – fundamentadas pela bacteriologia⁸⁶ – começaram a ganhar espaço entre os médicos brasileiros e acabaram sendo incorporadas ao aparelho estatal. Neste sentido, a partir da década de 1890 foram montados os primeiros laboratórios médico-epidemiológicos, que serviam para auxiliar na pesquisa e no diagnóstico das doenças, mas também para a produção de soros e vacinas. Em São Paulo, no ano de 1892, foram criados os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de

⁸⁴ Idem, p. 155.

⁸⁵ Pelo artigo 5º da Constituição, ficava regulado que “a União [...] prestará socorro ao estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar”. Já o inciso 3º do artigo 6º diz que “a União não poderá intervir em negócios peculiares aos estados, salvo: [...] Para restabelecer a ordem e a tranquilidade nos estados, à requisição dos respectivos governos”. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, decretada e promulgada pelo Congresso Nacional Constituinte, em 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>. Acessado em: 30 mar. 2010.

⁸⁶ A Bacteriologia, atualmente, é a área da ciência que estuda as bactérias. No entanto, quando surgiu o termo, referia-se ao estudo de todos os tipos de micróbios. Cf. BERTOLLI FILHO, op. cit., p. 12.

Análises Clínicas e Farmacêuticas⁸⁷; em 1903, foi instalado nesta cidade o primeiro Instituto Pasteur do Brasil.⁸⁸ No Rio de Janeiro, nesta época, foi criado o Instituto Soroterápico, que tinha inicialmente a finalidade de produzir soros e vacinas.⁸⁹ Já no Rio Grande do Sul, em 1895, foi instalado o Laboratório de Bacteriologia (responsável pela fabricação de vacinas) e o Laboratório de Química (para pesquisas médico-legais e análises bromatológicas).⁹⁰ Alguns anos depois (1911), o Instituto Pasteur também foi fundado em Porto Alegre. Subvencionado pelo Estado e sob a direção da Faculdade de Medicina, este instituto atendia pacientes acometidos pela raiva e produzia o soro anti-rábico.

Com o regime republicano, as antigas comissões e inspetorias de higiene foram substituídas pelos serviços sanitários estaduais. Devido ao federalismo adotado com a Constituição de 1891, o serviço sanitário de cada estado do país teve um desenvolvimento diferente. Na grande maioria dos estados, a escassez de recursos fez com que pouco ou nada fosse realizado nesta área.⁹¹

Uma exceção a este caso foi o estado de São Paulo, onde foi montado o mais completo serviço de higiene e saúde pública do Brasil, e talvez de toda América Latina, resultado da enorme dotação orçamentária para o setor. São Paulo, estado rico e que recebia grande número de imigrantes, em 1891, destinou 16% do orçamento para o recém-criado Serviço Sanitário Estadual.⁹² De acordo com Bertolli Filho, “foram as maiores quantias até hoje investidas na saúde, em relação ao total de recursos anuais aplicados por um estado brasileiro”.⁹³ Tamanho investimento se justificava pela proporção que as doenças passaram a

⁸⁷ Estes mesmos laboratórios foram anos depois ampliados, tornando-se institutos e passando a se chamar Instituto Butantã, Biológico e Bacteriológico (este último mais tarde denominado Instituto Adolfo Lutz). Cf. ALMEIDA; DANTES, op. cit.

⁸⁸ MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 48.

⁸⁹ Primeiramente chamado de Instituto Soroterápico Municipal (1900), ao ser transferido para a União passou a se chamar Instituto Soroterápico Federal (1901), sendo denominado posteriormente de Instituto Manguinhos (s/d), Instituto de Patologia Experimental (1907), Instituto Oswaldo Cruz (1908), Fundação Instituto Oswaldo Cruz (1970) e Fundação Oswaldo Cruz (1974). Cf. SILVA, Raquel Padilha da. **A Cidade de Papel**: a epidemia de peste bubônica e as críticas em torno da saúde pública na cidade do Rio Grande (1903-1904). 2009. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. p. 55.

⁹⁰ GARCIA, Paulo César Estaitt. **Doenças contagiosas e hospitais de isolamento em Porto Alegre - 1889/1928**. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. p. 60.

⁹¹ Cf. HOCHMAN, op. cit.

⁹² COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 42.

⁹³ BERTOLLI FILHO, op. cit., p. 17. Para maiores detalhes sobre o Serviço Sanitário do estado de São Paulo, ver: MERHY, op. cit. Ver também: MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1987. RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim... inventário da saúde pública** – São

ter neste período. Antigas epidemias que já haviam atingido o território brasileiro em épocas anteriores ganharam novas dimensões, na virada do século XIX para o XX, tanto pelo aumento da população (devido à chegada de um grande número de imigrantes) quanto pelo aumento da concentração urbana e da pobreza.

Em relação à capital da República, esta era famosa, internacionalmente, devido à regularidade com que a febre amarela a atacava. Para Bertolli Filho, nenhuma outra cidade brasileira foi alvo de tantas ações médicas quanto o Rio de Janeiro. “Porta de entrada do Brasil e principal saída das exportações, nos primeiros anos da República a cidade mantinha-se como matadouro de estrangeiros que ousavam permanecer por algum tempo nos trópicos”.⁹⁴ Já para Odair Franco,

[...] as companhias de navegação, de certa forma, tinham motivo para colocarem em suas agências avisos como esse que Oswaldo Cruz, quando em Paris, lera: NAVEGAÇÃO DIRETA PARA A REPÚBLICA ARGENTINA, SEM TOCAR NOS FOCOS DE FEBRE AMARELA. Naquelas agências corria a estória que, no porto de Santos, em um ano, a febre amarela havia matado 35 capitães de navios. Algumas nações da Europa pagavam indenização especial aos seus diplomatas designados para o Rio de Janeiro, pelo perigo a que se expunham de contrair a febre amarela.⁹⁵

Para solucionar tal problema e modificar a imagem negativa da cidade, inúmeras transformações urbanísticas e sanitárias foram realizadas na capital da República.⁹⁶ Foram realizadas reformas urbanas e de remanejamento da população pobre do centro da cidade para locais mais afastados, através da derrubada de cortiços (prática que ficou conhecida como “bota abaixo”). Para coordenar as reformas sanitárias, o Presidente da República na época, Rodrigues Alves, solicitou ao Instituto Pasteur da França a indicação de um especialista na área. Por sua vez, o Instituto Pasteur indicou um brasileiro que havia estudado naquela instituição, o Dr. Oswaldo Cruz, então diretor do Instituto Soroterápico.⁹⁷

Na tentativa de eliminar o agente causador da febre amarela, Oswaldo Cruz montou, no Rio de Janeiro, uma campanha baseada na polícia sanitária, “através de uma organização

Paulo: 1880-1930. São Paulo: UNESP, 1993. TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo.** São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

⁹⁴ BERTOLLI FILHO, op. cit., p. 24.

⁹⁵ FRANCO apud COSTA, op. cit., p. 44. Grifo no original.

⁹⁶ Transformações que tiveram como modelo as reformas realizadas na Europa, em especial na França, ao longo do século XIX.

⁹⁷ Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1915) cursou a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Especializou-se em bacteriologia no Instituto Pasteur da França. Atuou como diretor técnico do Instituto Soroterápico em 1900, assumindo dois anos mais tarde a direção geral deste Instituto. Em 1903, foi nomeado Diretor Geral de Saúde Pública. Cf. SILVA, op. cit., p. 48.

sanitária militarizada, isto é, composta de *brigadas de mata-mosquitos, polícia e delegacia sanitária*⁹⁸, que penetrava nas moradias independente da vontade de seus habitantes. A polícia sanitária tinha o propósito de induzir, através da força repressiva estatal, normas e medidas de saúde. Além das visitas domiciliares, foram publicados *Conselhos ao Povo* na imprensa e em folhetos avulsos distribuídos pela cidade, informando os meios de se evitar a doença. Foram controlados também os locais que pudessem acumular água e facilitar a procriação dos mosquitos.⁹⁹

Terminada a campanha contra a febre amarela, foi iniciado o combate à peste bubônica. Para isso, foi instituída uma esquadra que percorreu a cidade espalhando raticida e mandando recolher o lixo¹⁰⁰, além de criada a figura do comprador de ratos (que pagava pelos ratos recolhidos pela população).¹⁰¹ Para combater a varíola, foi proposto um projeto de lei que previa a vacinação obrigatória, o que acabou sendo o estopim de uma rebelião popular ocorrida no Rio de Janeiro em novembro de 1904, conhecida como a Revolta da Vacina.¹⁰² Esta revolta foi fruto não apenas da lei de vacinação obrigatória, mas também da insatisfação com as demais ações sanitárias e reformas urbanas, que feriam a liberdade individual e o direito a propriedade.

Em relação à estrutura administrativa que dava base a estes serviços, o governo federal havia criado, em 1897, a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Tal órgão tinha como atribuições: a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, os estudos sobre doenças infecto-contagiosas, a organização de estatísticas sanitárias e o auxílio aos estados mediante solicitação dos respectivos governos. Entre 1902 e 1904, a DGSP expandiu-se, incorporando os serviços de higiene defensiva, polícia sanitária, profilaxia geral e higiene domiciliar. Estes serviços, no entanto, estavam inicialmente restritos ao Distrito Federal.¹⁰³

Entretanto, nos anos finais da década de 1910, alguns acontecimentos e pressões políticas foram aos poucos modificando o modelo de políticas para a saúde. Neste momento de exacerbado nacionalismo provocado pela Primeira Guerra Mundial, surgiu o chamado

⁹⁸ COSTA, op. cit., p. 51. Grifo no original.

⁹⁹ Idem, p. 57. Conforme mencionado anteriormente, estas práticas já eram realizadas desde o século XIX, tanto na Europa como no Brasil. Na virada do século XX, elas foram apenas intensificadas.

¹⁰⁰ Prática igualmente herdada do século XIX.

¹⁰¹ SILVA, op. cit., p. 48.

¹⁰² HOCHMAN, op. cit., p. 99.

¹⁰³ HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil, 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 11, 1993. p. 8.

“movimento sanitarista” da Primeira República.¹⁰⁴ Este movimento propunha uma interpretação diferente para os problemas do Brasil, ao recusar o determinismo racial e climático como explicação para os problemas do país, e apontar as doenças como a causa destes. Além disso, o movimento sanitarista também criticava a autonomia estadual e pregava o saneamento do país, dando ênfase às regiões do sertão geralmente esquecidas pelo poder público.

Tratava-se, segundo expressão de Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina, de lançar uma “cruzada da medicina pela pátria”; ao médico cabia substituir a autoridade governamental, ausente na maior parte do território nacional. Nessa cruzada, fazia-se sentir a crítica à oligarquização da República, especialmente ao princípio da autonomia estadual, que impedia uma ação coordenada, em nível federal, capaz de promover o combate às epidemias e endemias e melhorar as condições de saúde da população.¹⁰⁵

Quatro eventos foram fundamentais para o surgimento deste grupo. O primeiro foi o discurso pronunciado em outubro de 1916 pelo professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Miguel Pereira. Na ocasião, Pereira afirmou que “fora do Rio ou de São Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas outras cidades em que a previdência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital”.¹⁰⁶ O discurso do médico foi realizado nos debates de uma possível convocação de tropas brasileiras para a Primeira Guerra Mundial, em um contexto de cunho nacionalista. A frase de Pereira foi uma reação contrária aos discursos enaltecedores da força e da higidez dos sertanejos que, se convocados, garantiriam a integridade territorial e política do país.¹⁰⁷

O segundo ponto fundamental para o surgimento do movimento sanitarista foi o lançamento do relatório da expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz, realizada quatro anos antes (1912), e chefiada pelos médicos Artur Neiva e Belisário Penna. Esta expedição percorreu o norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul

¹⁰⁴ É importante destacar que este foi um primeiro movimento surgido no Brasil. Na década de 1980, uma nova mobilização por parte da sociedade e de profissionais da saúde originou outro movimento sanitarista, desta vez denominado de “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira”. A reivindicação deste novo grupo deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cf. MOREIRA, Denise Wolffbüttel. ESP/RS: 40 anos de Educação em Saúde Pública no Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 127-143, 2002.

¹⁰⁵ LIMA, 2002, op. cit., p. 41

¹⁰⁶ PEREIRA apud LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretações do país. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 2, 2000. p. 316. No Rio Grande do Sul, esta frase de Miguel Pereira foi citada por diversas vezes em um texto do Dr. Fernando de Freitas e Castro, responsável pela Reforma Sanitária Estadual de 1929, o que pode demonstrar que a frase também causou impacto no sul do país. FREITAS E CASTRO, Fernando de. Organização sanitária do Brasil e reforma dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, Porto Alegre, vol. 19, 1933. p. 156-84.

¹⁰⁷ LIMA, 2002, op. cit., p. 40.

do estado de Goiás, com o fim de estudar as condições sanitárias da região. Desta expedição, gerou-se um relatório que denunciava as péssimas condições de vida da população no interior do Brasil, revelando “um país com uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutiva e abandonada, e sem nenhuma identificação com a pátria”.¹⁰⁸ A publicação deste relatório permitiu às elites urbanas conhecer as condições sociais e médico-sanitárias das populações sertanejas, como também transformou este tema em uma questão política.¹⁰⁹

Em terceiro lugar, há a repercussão de artigos de Belisário Penna publicados no jornal *Correio da Manhã*, em 1916 e 1917, reunidos em livro no ano de 1918, sob o título de *O saneamento do Brasil*.¹¹⁰ Nestes artigos, Penna apresenta a questão sanitária com um tom mais político, e defende a centralização dos serviços de saúde pública.

O último marco para a fundação do movimento sanitarista foi a criação e atuação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, entre 1918 e 1920, período em que foram iniciadas as reformas federais nos serviços de saúde. A Liga liderada por Belisário Penna foi fundada no primeiro aniversário da morte de Oswaldo Cruz (11 de fevereiro de 1918), e defendia a unificação, uniformização e centralização dos serviços sanitários em uma agência federal. Além disso, pretendia “alertar as elites políticas e intelectuais para a precariedade das condições sanitárias e obter apoio para uma ação pública efetiva de saneamento no interior do país”.¹¹¹ A Liga Pró-Saneamento buscou reunir nomes expressivos da sociedade, não apenas médicos, mas também engenheiros, advogados, parlamentares, além do próprio presidente da República, Wenceslau Braz, e de um ex-presidente, Rodrigues Alves.¹¹² Quanto aos ideais da Liga, Belisário Penna dizia:

Estamos convencidos de poder a União intervir livremente nos estados em questões de higiene, indissolvelmente ligadas a todos os problemas de ordem econômica, política e social. Não compreendemos autonomias estaduais e municipais em matéria de saúde pública [...]. Nesse assunto não pode, nem deve haver simples interesse regional ou local, porque ele é nacional, devendo haver uma só orientação e uma só ação, embora auxiliada essa pelos estados e municípios, que participarem dos benefícios.¹¹³

¹⁰⁸ LIMA; HOCHMAN, op. cit., p. 315.

¹⁰⁹ Para Gilberto Hochman, os diagnósticos e as propostas políticas que aparecem entre 1916-1930 foram fortemente influenciados pelo relatório de viagem de Artur Neiva e Belisário Penna. HOCHMAN, 1993, op. cit., p. 9.

¹¹⁰ PENNA, Belisário. **Saneamento do Brasil**: sanear o Brasil e povoá-lo; e enriquecê-lo; e moralizá-lo. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918.

¹¹¹ LIMA; HOCHMAN, op. cit., p. 315.

¹¹² Foram sócios da Liga Pró-Saneamento do Brasil: membros da Academia Nacional de Medicina, professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, cientista do Instituto Oswaldo Cruz, antropólogos do Museu Nacional, funcionários dos serviços federais de saúde pública, militares, educadores, juristas e políticos. Cf. HOCHMAN, 1998, op. cit., p. 77.

¹¹³ PENNA apud HOCHMAN, 1993, op. cit., p. 10.

A conclusão disseminada pelo movimento era que, em lugar da resignação, da condenação ao atraso eterno em decorrência dos cruzamentos raciais, seria possível recuperar o país através de ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico, e implementadas pelas autoridades públicas. Seus membros acreditavam que era fundamental transformar os “estranhos” habitantes do interior do Brasil em brasileiros, e somente a aliança entre poder público e a medicina teria capacidade para operar esta transformação.¹¹⁴

Paralelamente às atividades da Liga, estavam as manifestações da principal instituição representativa dos médicos na época: a Academia Nacional de Medicina. Em 1917, uma comissão nomeada pela ANM apresentou um relatório com sugestões para o saneamento dos sertões.¹¹⁵ Esta comissão chegou à seguinte conclusão: para resolver os problemas de saneamento do interior do país, seria necessário que os serviços de saúde pública tivessem autonomia e unificação. Para isso, aconselhou a criação do Ministério da Saúde Pública. Entretanto, tendo consciência das dificuldades que seria a criação deste Ministério naquele momento, a comissão sugeriu como medida provisória a instalação de um Conselho Superior de Higiene, com atribuições de coordenar as ações de saúde e saneamento em áreas endêmicas e também com a função de negociar com estados e municípios um plano geral de saneamento. Em relação ao posicionamento da Academia Nacional de Medicina, Hochman salienta que “para a elite médica e para a sua instituição mais poderosa, com estreitos vínculos com a elite política brasileira, ou melhor, parte dela, a solução seria uma agência centralizadora, com autonomia política, técnica, financeira e administrativa”.¹¹⁶

Quanto ao movimento sanitário, na opinião de Luiz Antônio de Castro Santos, este representou um canal dos mais importantes na República Velha para o projeto ideológico de construção da nacionalidade. Para este sociólogo, a ligação saúde pública-nacionalidade é talvez o traço mais distintivo do movimento sanitário brasileiro:

Os sanitários acenavam com uma proposta que atraía não só as elites do sul como as do norte. Nosso atraso, diziam, se devia à doença, não ao determinismo biológico. A construção da nacionalidade exigia que as elites desviassem os olhos sempre postos na Europa para o interior do Brasil. A (re)integração dos sertões à civilização do litoral representava o grande desafio para o fortalecimento da nacionalidade, pois população doente = raça fraca = nação sem futuro.¹¹⁷

¹¹⁴ LIMA; HOCHMAN, op. cit., p. 317.

¹¹⁵ Comissão composta pelos principais expoentes da categoria médica no Brasil: Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Seidl, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas e Aloysio de Castro, todos médicos, professores e diretores de órgãos públicos. HOCHMAN, 1993, op. cit., p. 9.

¹¹⁶ Idem, p. 10.

¹¹⁷ CASTRO SANTOS, Luiz Antônio. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. **Dados**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, 1985. p. 202.

Um dos questionamentos que Castro Santos faz diz respeito à função que a ideologia sanitarista teria desempenhado durante os anos vinte. Segundo o autor, este foi fundamentalmente um movimento de elite, mas também uma ideologia de mobilização política, que conseguiu formar correntes favoráveis às teses sanitaristas dentro do Congresso e na imprensa. Este movimento teria desencadeado mudanças nas políticas públicas e o início da centralização do poder federal, com a reorganização e ampliação dos serviços sanitários da União nos anos 1920.¹¹⁸

Entretanto, alguns estudiosos indicam que uma epidemia ocorrida na época também teria ajudado no processo de centralização do Estado brasileiro e nas mudanças das políticas direcionadas à saúde pública.¹¹⁹ O historiador Gilberto Hochman identifica a epidemia de Gripe Espanhola (que vitimou até mesmo o presidente da República), como uma das motivadoras para as mudanças na saúde pública e no papel do Estado nesta área. Esta epidemia, que praticamente coincidiu com o final da Primeira Guerra Mundial, se alastrou por todo o mundo e causou um grande número de mortes.¹²⁰ Para Hochman,

essa experiência de terror e medo causada por uma epidemia que atingiu as cidades sem muita distinção de classe social, ocupação ou região, com a autoridade pública revelando-se impotente e despreparada, significou uma inflexão nas respostas até então dadas pelo Estado. [...] Ao atingir também o presidente da República, a epidemia gerou um consenso sobre a necessidade urgente de mudanças na área de saúde pública. Afinal, todos eram iguais perante algumas epidemias, o que certamente aumentou a sensibilidade de muitos parlamentares para as propostas de mudança na organização dos serviços de saúde.¹²¹

Neste sentido, a Câmara dos Deputados, que em 1918 havia vetado o projeto de criação do Ministério da Saúde,¹²² após a Gripe Espanhola acabou aprovando a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. O DNSP foi criado para ser uma agência maior e mais complexa que a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública instalada em 1897, e que tinha atuação restrita aos portos e à capital da República. Com o DNSP, houve a ampliação das atribuições legais do Estado no campo da saúde pública.

Para não ferir os princípios constitucionais, o Departamento Nacional de Saúde

¹¹⁸ Idem.

¹¹⁹ Assim como o cólera e a febre amarela teriam gerado transformações na administração da saúde pública no século XIX, a Gripe Espanhola repetiu esta situação no início do século XX.

¹²⁰ Calcula-se que a moléstia tenha infectado em torno de 600 milhões de pessoas, e deixado 20 milhões de mortos. Cf. ABRÃO, Janete Silveira. **Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

¹²¹ HOCHMAN, 1993, op. cit., p. 12.

¹²² Em 1918, o projeto de criação do Ministério da Saúde, proposto pelo deputado Azevedo Sodré foi vetado pela Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados. Em 1919, entretanto, foi aprovada a criação do DNSP, órgão com atribuições e mecanismos de financiamento mais amplos do que aqueles propostos por Sodré.

Pública agia sob a forma de contratos. Caberia aos estados pedir ajuda à União, que passaria então a prestar serviços de saúde pública e saneamento. Grande parte dos estados da federação fez acordos com a União para a contratação de serviços de profilaxia e combate às endemias rurais. Neste sentido, foram criados postos sanitários rurais, construídos hospitais regionais de assistência geral e de isolamento, bem como dispensários e asilos. Enfim, como argumentou Hochman,

começou a se formar no país uma teia de regulamentações e organizações estatais, principalmente com a instalação de postos sanitários em áreas não-urbanizadas e nas periferias das principais cidades, muitas vezes significando o primeiro contato efetivo da população dessas áreas com o poder público. O “saneamento dos sertões”, que como vimos começava na periferia dos centros urbanos, não era apenas uma figura retórica de um movimento que buscava a construção de uma identidade nacional, mas um projeto e um processo de construção do poder público, e através deste, de integração territorial.¹²³

Cada vez mais, os custos com as obras de saneamento e profilaxia, bem como a implementação de políticas de saúde pública nos estados realizavam-se de forma centralizada pelo governo federal. Impossibilitados técnica e financeiramente de dar respostas aos imensos problemas desta área, quase todos os estados da federação acabaram negociando sua autonomia em troca de recursos financeiros e humanos, sob controle e administração direta do governo federal.¹²⁴ Entretanto, dois estados com forte tradição autonomista ficaram fora desses convênios por mais tempo: São Paulo e Rio Grande do Sul. Ambos preferiram solicitar ajuda da Fundação Rockefeller, entidade americana que já prestava serviços de saúde em outras regiões do país.¹²⁵ No caso de São Paulo, o estado havia realizado uma reforma nos seus serviços de saúde pública em 1917, e acabou dispensando a ajuda do governo federal, até o final da década de vinte.¹²⁶

No Rio Grande do Sul, defendia-se o federalismo radical, identificado pelo partido dominante – o PRR – como a única postura verdadeiramente republicana.¹²⁷ Em função deste posicionamento, o governo gaúcho expressou grande resistência em firmar contratos com a

¹²³ HOCHMAN, 1993, op. cit., p. 15.

¹²⁴ Idem, p. 16.

¹²⁵ Fundação Norte-Americana que em nome da filantropia e da defesa sanitária internacional, estabeleceu relações de cooperação técnica com países sub-desenvolvidos para o controle de doenças endêmicas. Para Costa os seus objetivos se relacionavam aos interesses políticos e econômicos de expansão da influência norte-americana no mundo. COSTA, op. cit., p. 113.

¹²⁶ Para maiores informações sobre as políticas para a saúde pública no estado de São Paulo e sobre a Reforma Paulista de 1917, ver: HOCHMAN, 1998, op. cit., p. 209-242. Ver também: MERHY, 1992 e 1987, op. cit. RIBEIRO, op. cit.

¹²⁷ PINTO, Celi Regina J. **Positivismo**: um projeto político alternativo (RS: 1889-1930). Porto Alegre: L&PM Ed., 1986. p. 60.

União. Porém, em 1922 acabou cedendo e firmando um acordo que resultou na construção, em Porto Alegre, do Dispensário Eduardo Rabelo, para profilaxia da lepra e doenças venéreas.¹²⁸ Por sua vez, a intendência de Rio Grande também solicitou ajuda da União. Por intermediação do então deputado federal Lindolfo Collor, este município contratou o estabelecimento de um dispensário que também deveria realizar a profilaxia da lepra e doenças venéreas. Porém, ao que tudo indica, este projeto parece não ter saído do papel.¹²⁹

O estado do Rio Grande do Sul na República Velha, para além da resistência à interferência federal nos assuntos estaduais, teve também algumas peculiaridades que diferenciaram seu posicionamento e suas práticas políticas dos demais estados do país. Vejamos a seguir quais foram estas peculiaridades.

1.3 AS PECULIARIDADES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Com a Proclamação da República, em 1889, e com a instauração de uma nova Constituição Federal, em 1891, o Brasil passou a ser um país não apenas republicano, mas também federativo. Neste sentido, qualquer intervenção da União poderia representar um retrocesso à característica fundamental da monarquia, ou seja, o centralismo. Por isso, os estados passaram a ter ampla autonomia em diversos campos da atuação pública, como nas questões sanitárias. Em um primeiro momento, ficou definido que este setor seria responsabilidade dos poderes públicos estaduais.¹³⁰ Entretanto, em 1897 estes serviços foram reorganizados e divididos entre estados e municípios. A partir de então, caberiam aos estados as questões referentes à saúde pública e aos municípios os serviços de higiene. Na opinião do médico gaúcho Fernando de Freitas e Castro,

¹²⁸ Questão que será abordada no último capítulo desta dissertação.

¹²⁹ SILVA, op. cit., p. 138. Isso se deve provavelmente a crise econômica ocorrida no final da década de 1920, bem como as mudanças políticas ocorridas no período. Nos anos trinta, ao invés de um posto federal, um centro de saúde estadual foi instalado na cidade de Rio Grande.

¹³⁰ Algumas décadas mais tarde, Fernando de Freitas e Castro criticava esta atitude, afirmando que “a União ficou com a defesa do país, comprometendo-se a fazê-la, porém, exclusivamente, por via marítima, como se o país fosse uma ilha no meio do oceano. O Brasil tem largas fronteiras com os países vizinhos, e no entanto, a União não se preocupou com a profilaxia internacional por via terrestre que ficou abandonada porque os Estados não a podiam fazer por não terem relações diretas com os Governos dos países estrangeiros. Este erro perdura até hoje e, ainda, agravado pela via aérea que encurtando as distâncias, tornou o problema da importação de moléstias muito mais sério. [...] De tamanha liberdade em matéria de organização sanitária, nada se podia esperar e o resultado não podia ser outro, senão o fracasso.” FREITAS E CASTRO, op. cit., p. 157-158.

os Estados por seu lado repartindo a parte que lhes tocou com os respectivos Municípios, ficaram, somente, com o que dizia respeito a saúde pública e entregaram a estes a higiene propriamente dita. Assim, dividiram aquilo que é considerado indivisível, pois é absurda a separação dos problemas de higiene dos de saúde pública, por haver entre eles laços de estreita dependência que os tornam inseparáveis.¹³¹

Na grande maioria dos estados que compunham a Federação brasileira, assumiram o poder partidos republicanos com projetos liberais. Todavia, tal situação não ocorreu no Rio Grande do Sul. Neste estado, o Partido Republicano Rio-Grandense (partido politicamente dominante na região) tinha um projeto peculiar e possuía uma percepção específica da questão pública. O PRR tinha o positivismo de Augusto Comte como princípio político, e incorporou tal posicionamento ao aparelho estatal, através da Constituição Estadual de 14 de julho de 1891.¹³² Em função das alterações ocorridas em relação às ideias de Comte, o positivismo gaúcho ficou conhecido como “positivismo-castilhistas”.

Entre as peculiaridades da Constituição Estadual de 1891, estava a questão da liberdade profissional. No artigo 71, parágrafo 5º desta Constituição, ficou estabelecido que “não são admitidos também no serviço do Estado os privilégios de diplomas escolásticos ou acadêmicos, quaisquer que sejam, sendo livre no seu território o exercício de todas as profissões de ordem moral, intelectual e industrial.”¹³³ Já o parágrafo 17º estabelecia: “Nenhuma espécie de trabalho, indústria ou comércio poderá ser proibida pelas autoridades do Estado, não sendo permitido estabelecer leis que regulamentem qualquer profissão ou que obriguem a qualquer trabalho ou indústria.”¹³⁴

No caso da Medicina, bastava o interessado em exercer esta atividade ou um de seus ramos (farmácia, drogaria, obstetrícia e arte dentária), se registrar na Inspetoria de Higiene.¹³⁵ Assim, houve a estipulação do livre exercício da atividade de cura sem exigência de uma formação acadêmica, e abriu-se espaço para o “charlatanismo”, prática que Nádia Weber Santos definiu como sendo a “cura extramédica”.¹³⁶

¹³¹ Idem.

¹³² PINTO, op. cit., p. 15.

¹³³ **Constituição Política do Estado do Rio Grande do Sul** – 1891. Disponível em: <<http://www2.al.rs.gov.br/biblioteca/LinkClick.aspx?fileticket=a2c63QZxmzg%3d&tabid=3107&language=pt-BR>>. Acessado em: 6 abr. 2010.

¹³⁴ Idem.

¹³⁵ WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889/1928**. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC - Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999. p. 49.

¹³⁶ SANTOS, Nádia Maria Weber. Práticas de saúde, práticas da vida: medicina, instituições, curas e exclusão social. In: GOLIN, Tau; BOEIRA, Nelson (Coord.). **História geral do Rio Grande do Sul**. vol. 3, tomo 2.

Neste contexto, foi fundada a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre (1898). Esta Faculdade originou-se da fusão de dois cursos criados poucos anos antes: o Curso de Farmácia, de 1895, e o Curso de Partos, de 1897, ambos funcionando na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.¹³⁷ Esta Faculdade, juntamente com a Sociedade de Medicina de Porto Alegre (fundada em 1892), tornou-se, na época, a principal instituição opositora à liberdade profissional, bem como dos preceitos positivistas sobre a saúde pública.

A implantação dos serviços de saúde, sob um viés positivista, iniciou no Rio Grande do Sul a partir da nomeação de Protásio Alves para o cargo de Inspetor de Higiene, em 13 de novembro de 1892.¹³⁸ Pouco depois de sua nomeação, Protásio Alves declarou que tinha consciência das dificuldades que enfrentaria, pois em sua opinião, este serviço ainda estava por ser criado. Faltava até mesmo um lugar adequado para a instalação da Inspetoria, que funcionava “em um canto de sala emprestada, tendo como móveis uma mesa com alguns objetos de escritório em casa do Inspetor e um pequeno armário na aludida sala, com uma prensa de copiar sobre um banco tosco”.¹³⁹

A antiga Inspetoria de Higiene foi subordinada à recém criada Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e do Exterior, à qual competiam “os negócios concernentes à força pública, ao serviço policial do Estado, à higiene, socorros públicos, justiça, instrução pública [...], eleições, bem como as relações com o governo da União e o dos outros Estados”.¹⁴⁰ Em 1895, porém, a Inspetoria de Higiene (instituição criada no período imperial) foi substituída pela Diretoria de Higiene. Neste mesmo ano, também foi publicado o *Regulamento para o Serviço de Higiene do Estado*.¹⁴¹

Passo Fundo: Méritos, 2007. p. 104. Cabe salientar que profissionais sem diploma já atuavam na região de forma clandestina, mas a partir de então, passaram a ter respaldo do poder público estadual para exercer tal atividade.

¹³⁷ WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). **Instituições de Saúde de Porto Alegre: Inventário**. Porto Alegre: Ideograf, 2008. p. 44.

¹³⁸ Protásio Antonio Alves foi um médico que assumiu importantes cargos no poder público estadual. Foi deputado na primeira Constituinte Republicana Rio-Grandense; exerceu as funções de Inspetor e Diretor de Higiene do Estado, assumindo o primeiro cargo em 1892 e o segundo em 1895; ajudou a fundar a Escola de Medicina e Farmácia de Porto Alegre em 1898; exerceu o cargo de Secretário dos Negócios do Interior e do Exterior de 1906 a 1928. Cf. GILL, Lorena Almeida. **Um mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930**. 2004. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. p. 183.

¹³⁹ **Relatório apresentado ao Presidente do Rio Grande do Sul em 15 de Setembro de 1883, pelo Secretario de Estado Interino dos Negócios do Interior e Exterior Possidonio M. da Cunha Junior**. Porto Alegre: Oficinas Typographicas d'A Federação, 1893. p. 93. (AHRS)

¹⁴⁰ RIO GRANDE DO SUL. **Fontes para a história administrativa do Rio Grande do Sul: a trajetória das secretarias de estado (1890-2005)**. Porto Alegre: CORAG, 2006. p. 33.

¹⁴¹ Decreto nº 44, de 2 abr. 1895. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul – 1895**. Porto Alegre: A Federação, 1920. p. 124-149. (AHRS)

Com o decorrer dos anos e com a consolidação do PRR no poder, foram implantando-se mudanças na área da saúde pública, concretizadas através de um novo regulamento, denominado *Regulamento da Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul* (publicado em 1907).¹⁴² Ele excluiu a maior parte das preocupações do regulamento anterior e expressou com maior clareza os preceitos positivistas relacionados à saúde.

A historiadora Beatriz Weber analisou estes dois regulamentos elaborados nas primeiras décadas republicanas (1895 e 1907), e concluiu que

ambos se referem à organização do serviço sanitário no Estado, devendo atender a todas as questões relativas à higiene, moléstias endêmica, epidêmicas e transmissíveis, condições sanitárias da população e das habitações coletivas. Também compreendem a organização dos socorros de assistência pública em caso de moléstias contagiosas que se podiam tornar epidêmicas, a fiscalização dos trabalhos de utilidade pública (distribuição de águas, cemitérios, remoção de imundices e outras obras de saúde pública) e a organização da estatística demógrafo-sanitária.¹⁴³

No entanto, na opinião da historiadora, o Regulamento de 1895 é bem mais minucioso que o de 1907. Ele incluía os serviços de saneamento das localidades e habitações, a fiscalização do exercício da Medicina e da Farmácia, bem como a superintendência do serviço de vacinação. Exigia que os responsáveis pela administração da higiene pública (um diretor, um ajudante e um secretário) fossem médicos diplomados. Também previa o serviço da polícia sanitária, que devia tratar das condições não só das habitações residenciais e comerciais, como dos alimentos, limpeza dos terrenos, desinfecções, situação de fábricas, maternidades e casas de saúde, estipulando os procedimentos considerados adequados a estas instituições, principalmente nos casos de doenças transmissíveis.¹⁴⁴

Para Weber, o *Regulamento de 1895* previa serviços e expressava preocupações que se assemelhavam a outras regiões do país naquele período, e teve como base experiências que já haviam sido desenvolvidas no Rio de Janeiro e em São Paulo.¹⁴⁵ No entanto, pode-se afirmar também que este regulamento deu continuidade às práticas iniciadas no período imperial. A

¹⁴² Decreto nº 1.240 A, de 31 de dezembro de 1907. **Regulamento da Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: A Federação, 1908. (AHRs)

¹⁴³ WEBER, op. cit., p. 50. Um terceiro regulamento foi elaborado em 1922, mas ao que tudo indica, não apresenta diferenças significativas em relação ao elaborado em 1907. De acordo com Lizete Kummer, apenas o capítulo referente à fiscalização dos produtos destinados à exportação e consumo apresenta maiores detalhes que o do anterior, com artigos específicos para diversos alimentos e bebidas. KUMMER, Lizete Oliveira. **A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República**. 2002. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

¹⁴⁴ Idem.

¹⁴⁵ Idem. Práticas estas citadas no tópico anterior deste capítulo, intitulado “República Velha e Saúde Pública”.

novidade estava no fato de que estas práticas passaram a ter influência do pensamento bacteriológico, que foi aos poucos substituindo a ideia de indeterminação das doenças e a teoria dos miasmas.

Já o *Regulamento de 1907* instituiu a liberdade do exercício da Medicina e da Farmácia, bem como modificou as incumbências da polícia sanitária, que passou a ser responsável pelos casos de doenças ligadas à pecuária. De acordo com Weber,

o Regulamento de 1907 apresentou maior adequação à perspectiva positivista adotada no Rio Grande do Sul, que entendia não ser atribuição do Estado regulamentar a Medicina, as casas de cura e as práticas de saúde e interferir nas habilitações e nas decisões particulares sobre o uso ou não da vacina. Caberia aos indivíduos, de acordo com suas crenças, tomar as decisões que lhes parecessem adequadas. O Estado não poderia intervir em assuntos privados, apenas em casos extremos de doenças contagiosas.¹⁴⁶

Em relação à saúde, os positivistas gaúchos insistiam que cada pessoa deveria ser educada nos princípios da ciência para, então, decidir por conta própria o que fazer. Este grupo não apoiava qualquer intervenção que ferisse a liberdade de escolha dos indivíduos e afirmava que as sociedades modernas sofriam do flagelo do medicalismo. Segundo Weber,

esse flagelo seria caracterizado pela imposição de práticas, como o isolamento dos doentes; pela imposição dos médicos do Estado em caso de doença; pela desinfecção, que atacaria a propriedade alheia; pela vacinação, que penetraria nos organismos e lhes introduziriam infecções que julgavam capazes de imunizar outras [...].¹⁴⁷

Este “flagelo do medicalismo” podia ser identificado, naquela época, com o “modelo de intervenção campanhista”, adotado em outras regiões do país, originado da medicina social do século XIX e das ideias de polícia médica e inspeção sanitária. De acordo com Madel Luz,

[...] o modelo campanhista é um modelo de intervenção baseado na força da autoridade e isto, no caso da intervenção médica, significa *autoridade da competência*. O que exclui a consulta ou diálogo com aqueles julgados incompetentes ou, o que é mais comum, *ignorantes*, como é o caso da sociedade civil.¹⁴⁸

Ao pregar a intervenção dos indivíduos e a autoridade do médico, tal pensamento se contrapunha aos princípios positivistas de não intervenção individual e de liberdade

¹⁴⁶ Idem, p. 52

¹⁴⁷ Idem, p. 48.

¹⁴⁸ LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, 2000. p. 298. Grifo no original.

profissional. Entretanto, apesar das máximas defendidas pelos positivistas, muitas das práticas do governo gaúcho foram também autoritárias e intervencionistas (como as ações de isolamento dos doentes em caso de epidemias e a desinfecção das moradias onde havia se manifestado a doença), contrariando o ideário apoiado pelo Apostolado.

Quanto ao paradoxo liberdade individual *versus* isolamento, Paulo Garcia afirma que, para o governo do estado naquele momento, não havia nenhuma contradição entre estas questões. Segundo o historiador, parecia haver a percepção clara, por parte dos políticos gaúchos, quanto aos limites do sistema filosófico frente aos problemas enfrentados na prática político-administrativa. Para o governo positivista, a justificativa para o isolamento encontrava-se diante da necessidade de preservar o bem coletivo frente às ameaças individuais.¹⁴⁹ Assim, mesmo pregando a liberdade individual, o governo impôs “o isolamento compulsório de todos os portadores da moléstia. Neste ponto já fica clara uma diferenciação, ou melhor, uma opção: isolar-se na sua própria casa, ou ser recolhido a um lazareto”.¹⁵⁰

Diversas foram as instituições construídas ou projetadas para isolar os portadores de doenças contagiosas, em especial os contaminados pela varíola.¹⁵¹ Estes hospitais eram voltados à população pobre, e localizados em pontos afastados da cidade, em locais de difícil acesso.¹⁵² Seu objetivo principal era impedir a disseminação das moléstias, e não curá-las. Neste sentido, para Raquel Silva, a retirada do doente do convívio social e sua internação em hospitais deste tipo era apenas uma medida paliativa, que não exterminava a doença. Para a historiadora, “essa prática de segregação, sem estar aliada aos procedimentos de cura, não possuía poder terapêutico. [...]. O que efetivamente ocorria nessas situações é que a retirada do convívio social, quebrava um elo da corrente de contágio”.¹⁵³

Além de manter um hospital para isolar os infectados por moléstias transmissíveis, o governo também tinha a preocupação de oferecer vacinas para a população interessada em se

¹⁴⁹ GARCIA, op. cit., p. 164.

¹⁵⁰ Idem, p. 60. Cabe ressaltar que durante a República Velha, só era isolado em hospitais específicos para este fim aquele indivíduo que não encontrasse condições adequadas de isolamento na sua própria residência. Quem podia, ficava resguardado em sua casa, recebendo cuidados dos familiares ou do médico da família. No entanto, a partir de 1930, o isolamento dos portadores de determinadas moléstias – como a lepra – passou a valer tanto para os pobres como para os membros da elite. A partir deste momento o doente, independente de sua classe social, deveria ser retirado de seu meio e isolado de todos, para assim não propagar sua doença.

¹⁵¹ Os primeiros hospitais de isolamento da capital Porto Alegre foram: o Lazareto da Chácara das Bananeiras, Lazareto da Ilha Francisco Manoel, Vapor Horizonte ou Hospital Flutuante, Hospital de Isolamento do Cristal e, por fim, o Hospital de Isolamento São José. Para maiores detalhes sobre a história de cada uma destas instituições, ver a dissertação de Paulo Garcia, em especial o capítulo 2. Idem.

¹⁵² Idem, p. 128.

¹⁵³ SILVA, op. cit., p. 74.

vacinar sem, contudo, impor esta prática. Outra estratégia de controle era a desinfecção dos indivíduos, seus pertences e residências. Segundo Garcia, havia dois tipos de serviços de desinfecção realizados pelos órgãos públicos: aqueles cujos custos eram do Estado, realizados em estabelecimentos públicos ou residências de indivíduos reconhecidamente pobres e aqueles com reembolso por parte dos proprietários dos bens ou imóveis. No entanto, em 1910 a desinfecção tornou-se um serviço gratuito.¹⁵⁴ Paralelamente ao isolamento, vacinação e desinfecção, eram também realizadas visitas sanitárias, onde os fiscais observavam o asseio das habitações, o escoamento das águas e distribuíam veneno para ratos.¹⁵⁵

No período de surto da Gripe Espanhola, para tentar conter o avanço da epidemia na capital do estado e prestar auxílio aos doentes, o governo ordenou a realização de inspeções e desinfecções de locais suspeitos de estarem contaminados; criou enfermarias (instaladas, por exemplo, em escolas e batalhões da Brigada Militar); dividiu a cidade de Porto Alegre em vinte e cinco quarteirões sanitários, com cada quarteirão possuindo um médico auxiliado pelos alunos da Faculdade de Medicina. Além disso, criou um órgão de caráter assistencialista, chamado de Comissariado de Abastecimento e Socorros Alimentícios. Este órgão tinha por objetivo regularizar os serviços de abastecimento aos hospitais públicos, mas também prestar socorros alimentícios aos domicílios das pessoas mais pobres, que estivessem sofrendo com a carência de gêneros de primeira necessidade e de medicamentos.¹⁵⁶

De maneira geral, as ações do governo do estado direcionadas às doenças transmissíveis estavam voltadas para seu combate, e não para sua prevenção. De acordo com Silva,

[...] o binômio: governo de inspiração positivista, aliado a uma administração que tinha por princípio não contrair dívidas, fazia com que as medidas de saneamento só fossem tomadas quando não era mais possível adiá-las. A demora para o saneamento das cidades propiciou o surgimento e alastramento de muitas doenças e epidemias no Rio Grande do Sul. [...] a saúde pública não era uma prioridade nesse governo e, que, ao impedir o que os adeptos ao positivismo chamavam de “despotismo sanitário”, abriam as portas e os portos do Estado para a entrada de doenças, que causavam altas taxas de mortalidade, na maioria das vezes por falta de cuidados.¹⁵⁷

¹⁵⁴ Idem, p. 65.

¹⁵⁵ Idem, p. 76-78. Conforme mencionado anteriormente, estas práticas foram herdadas do século XIX.

¹⁵⁶ Para maiores detalhes sobre as ações do governo do estado durante a Gripe Espanhola, mas também sobre as ações da intendência de Porto Alegre e da sociedade em geral, ver: ALVES, Gabrielle Werenicz. Os braços da salvação: a mobilização de auxílio aos infectados pela Gripe Espanhola (Porto Alegre, 1918). In: AVILA, Vladimir Ferreira (Org.). **V Mostra de pesquisa do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul: Produzindo História a partir de fontes primárias.** Porto Alegre: Corag, 2007. p. 227-245. Para mais informações sobre esta epidemia no Rio Grande do Sul, ver também: ABRÃO, op. cit. FERREIRA, Renata Brauner. **Epidemia e drama: a Gripe Espanhola em Pelotas - 1918.** 2002. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

¹⁵⁷ SILVA, op. cit., p. 81.

Todas estas questões geraram inúmeras polêmicas dentro do próprio governo gaúcho. Seus membros tinham opiniões diversas quanto à interferência do Estado na saúde da população. Um exemplo interessante é o caso da tuberculose. Para o chefe da Diretoria de Higiene, Protásio Alves, a principal arma na profilaxia da tuberculose eram os sanatórios:

Estabeleça-se um sanatório e os casos de tuberculose diminuirão, porque os doentes serão isolados e isolados voluntariamente, porque em pouco tempo convencer-se-ão de que lá encontrarão mais probabilidades de cura do que em outra qualquer parte.¹⁵⁸

Para Protásio Alves, caso o governo criasse sanatórios para o tratamento da tuberculose, os próprios doentes se isolariam voluntariamente, devido à conscientização de que estes estabelecimentos seriam o melhor local para buscar a cura. Protásio Alves argumentava também que todo médico sabia do “sacrifício que aqueles de certa posição fazem para ir procurar em bons climas alívio para seus males; e se os pobres não os imitam, é porque seus recursos não o permitem”.¹⁵⁹ Ainda nas palavras do médico:

Penso que a criação dos sanatórios é um fato de máxima importância na profilaxia da tuberculose; ele age como já disse: 1º curando um certo número de doentes que morreriam abandonados no seu meio habitual; 2º esses doentes, deixando os centros populosos, não serão veículos de contágio; 3º finalmente, a educação dos enfermos recebida no sanatório refletir-se-á na população e as probabilidades de contágio de doentes, que ficarem em domicílio, diminuirão.¹⁶⁰

Já o Secretário de Estado dos Negócios do Interior e do Exterior, João Abott, discordava da ideia do Diretor de Higiene, dando a seguinte justificativa:

Assim é que discordo do ilustre Diretor de Higiene quando propõe a fundação de sanatório ou espécie de colônias de tuberculosos por me parecer inesequível tal medida.

De fato: como obrigar o tuberculoso a buscar o sanatório?

Tuberculosos há que passam muito bem com suas velhas bronquites e ninguém os

¹⁵⁸ Relatório Diretoria de Higiene. In: **Relatório apresentado ao Sr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, em 30 de Julho de 1898.** Porto Alegre: Of. Tipogr. da Livraria do Globo, 1898. p. 578.

¹⁵⁹ Relatório Diretoria de Higiene. In: **Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. João Abbott, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 20 de agosto de 1903.** Porto Alegre: Oficinas Tip. da Liv. do Comércio, 1903. p. 223. (AHRs) O litoral do Rio Grande do Sul era um desses lugares considerados como tendo clima terapêutico. O próprio Protásio Alves possuía casa na cidade de Torres, e recomendava viagens para a região como tratamento de saúde. Para maiores detalhes sobre esta questão, ver a dissertação de: SCHOSSLER, Joana Carolina. **“As nossas praias”**: os primórdios da vilegiatura marítima no Rio Grande do Sul (1900-1950). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

¹⁶⁰ Relatório Diretoria de Higiene, 1903, p. 223.

convencerá de que o são!
 Outros há que passam muito mal e se dizem dispépticos ou mesmo nada ter além de ligeiro cansaço, de resto afirmam passar muito bem e nunca terem tido tanta saúde, tuberculose nunca.
 Como convencê-los?
 Retirem um cidadão, que se julga são, do seio da família e internem-no numa colônia, separem-no da esposa e filhos, quanta dificuldade e ainda mais quanta tirania no emprego de tais medidas.
 Além do mais quão traiçoeiramente se manifesta esta moléstia, que ao próprio médico ela fica logo longo tempo despercebida.
 E as divergências de diagnóstico no período incipiente?
 Não constitui tudo isto dificuldades insuperáveis para o isolamento dessa qualidade de enfermos?
 Retiro voluntário? Quem o buscará?
 Os que são abastados, irão buscar a cura onde lhes aprouver. Os que não o são abandonarão os parentes e amigos, porque não poderão levá-los consigo?
 A medida não satisfaz.¹⁶¹

Para o secretário, voluntariamente as pessoas não escolheriam sair de suas casas e abandonar seus entes queridos. Até mesmo o difícil diagnóstico da doença e a sua negação por parte dos doentes tornaria a situação mais complicada. Para Abbott, outras soluções deveriam ser buscadas para lidar com esta doença específica. Na visão do secretário, a propaganda educativa sobre os perigos do contágio e da transmissão desta moléstia poderia ser o procedimento de maior alcance. “As informações deveriam ser repassadas, prioritariamente, pela classe médica que, através de conselhos repetidos, abordaria os meios preventivos para a não aquisição da doença”.¹⁶²

A posição de Protásio Alves neste e em outros assuntos era antagônica à opinião dos demais positivistas. De acordo com Lorena Gill, este político era,

[...] por exemplo, favorável à vacinação, procedimento que em sua forma obrigatória tornou-se execrado pelo Apostolado Positivista, que entendia a medida como uma interferência na vontade individual. Protásio, no entanto, não se opunha à vacinação, como a princípio não poderia se opor nenhum médico.¹⁶³

Independentemente das ideias pessoais sobre o assunto, as práticas adotadas pelo governo do estado perante a saúde pública geraram inúmeras críticas dos adversários políticos. Segundo Weber, os críticos do governo argumentavam que a saúde pública não havia merecido a atenção do Estado, como demonstrava o asseio da capital e as moléstias

¹⁶¹ **Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. João Abbott, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, em 15 de agosto de 1901.** Porto Alegre: Livraria do Globo, 1901. p. 9-10. (AHRS) Na década de 1930, porém, a discussão sobre isolamento voluntário não mais existia e o isolamento forçado passaria a ser a regra.

¹⁶² GILL, op. cit., p. 185-186.

¹⁶³ Idem, p. 184.

endêmicas da região, como o tifo e a peste bubônica. “Só não haveria conseqüências mais funestas devido à benignidade do clima do Estado, pois as medidas adotadas e as verbas destinadas à saúde seriam diminutas”.¹⁶⁴

Euclides de Castro Carvalho (na obra *O Estado Sanitário no Rio Grande do Sul*, publicada em 1927), por exemplo, afirmava:

Na diretoria de Higiene existe como que uma restrição imposta legalmente ao seu perfeito funcionamento, abrangendo somente casos determinados e excepcionais, dependentes, não raro, de requisição de interessados ou denúncia de particulares [...]. Insignificante é o número de profissionais que servem à Diretoria de Higiene [...]. Porém, é a própria verba votada para esse importante ramo administrativo que não permite uma expansão maior da nossa atual organização sanitária.¹⁶⁵

Na opinião do Dr. Castro Carvalho, a culpa pelas péssimas condições da saúde pública no estado não era da Diretoria de Higiene, mas sim da legislação que regulava seus serviços, dos poucos funcionários da repartição, bem como da pequena verba destinada ao setor. Neste sentido, de acordo com Janete Abrão, um dos menores quadros de funcionários dentre todas as esferas do governo do estado estava concentrado no setor da saúde. A historiadora afirma também que as verbas destinadas pelo Estado à saúde pública eram de pouca expressão, não por falta de recursos públicos - o que pode ser comprovado pelo dispêndio em outros setores, como o da força pública. O resultado disso foram os problemas sanitários que fizeram com que a capital do estado, Porto Alegre, fosse colocada, no início do século XX, “ao nível das cidades mais insalubres do mundo”.¹⁶⁶

Em 1928, entretanto, algumas transformações no cenário político proporcionariam também o início das modificações na saúde pública. A posse de Getúlio Vargas no cargo de presidente do estado e o fim da hegemonia borgista representariam mudanças nas concepções sobre saúde e sobre o papel do Estado neste setor. O próximo capítulo desta dissertação busca discutir estas questões, bem como analisar a reforma sanitária realizada pelo poder público estadual naquele momento.

¹⁶⁴ WEBER, op. cit., p. 55.

¹⁶⁵ CARVALHO apud ABRÃO, op. cit., p. 55.

¹⁶⁶ Idem, p.56.

CAPÍTULO 2 - A REFORMA DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS ESTADUAIS: O COMEÇO DAS TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA

2.1 NOVAS CONCEPÇÕES PARA A POLÍTICA E PARA A SAÚDE

O ano de 1928 pode ser considerado um marco na política gaúcha. Como decorrência da Revolução de 1923 e do Pacto das Pedras Altas, a dominação borgista teve seu fim. Após 25 anos no poder, Borges de Medeiros não poderia mais ser reeleito presidente do estado. Em seu lugar, é lançado o nome de Getúlio Vargas, um jovem político que, apesar de pertencer ao PRR, apresentava ideias e concepções um pouco diferentes da geração dos “republicanos históricos”. A troca de presidente acarretou importantes modificações em diferentes setores do governo, entre os quais o da saúde pública.

Getúlio Vargas era um jovem político, com fama de conciliador e mediador. Um indivíduo a quem grande parte dos políticos gaúchos creditava a capacidade de governar com maior diálogo e tolerância. Era também o mais destacado de sua geração, denominada por Joseph Love de “Geração de 1907”. O grupo recebeu este nome por ser formado de jovens que começaram a carreira política por volta de 1907: Getúlio Vargas, João Neves da Fontoura, Lindolfo Collor, Firmino Paim Filho, Flores da Cunha, Maurício Cardoso, Oswaldo Aranha e outros. Além disso, quatro deles haviam se formado pela Faculdade de Direito de Porto Alegre em 1907 e 1908. Para Love, os membros desta geração foram os propulsores de importantes mudanças no cenário político gaúcho da década de 1920.¹⁶⁷

Embora os membros desta geração também se considerassem positivistas, existem algumas diferenças, mesmo que sutis, com a geração dos republicanos históricos, em suas concepções políticas e ideológicas. Entre outras coisas, possuíam um melhor relacionamento com os grupos oposicionistas e com o governo federal, bem como manifestavam ideias nacionalizantes. Além disso, possuíam uma concepção de administração pública que implicava um maior direcionamento econômico por parte do Estado.

Em relação à escolha de Getúlio Vargas para o cargo de presidente do estado, Luciano Abreu argumenta:

¹⁶⁷ LOVE, Joseph L. **O regionalismo gaúcho e as origens da revolução de 1930**. São Paulo: Perspectiva, 1975. p. 232-233.

Podemos considerar que todas as indefinições e incertezas do PRR, no tocante à indicação do candidato para o pleito eleitoral de 1927, devem-se ao que Gramsci chamou de “crise de hegemonia”. Ante a impossibilidade de Borges de Medeiros concorrer novamente ao governo do Estado, surge a necessidade de se encontrar uma nova liderança política, capaz de assumir o governo sem cindir o partido. Além disso, era preciso que essa liderança fosse capaz de conter o avanço oposicionista, que já ameaçava a hegemonia política do PRR sobre o Rio Grande do Sul. Naquele momento histórico, contudo, excetuando-se o nome de Borges de Medeiros, não havia nenhuma outra liderança incontestada nos quadros do PRR.

O nome de Vargas, como veremos, era o único capaz de congregiar em torno de si um maior número de apoios políticos. Assim, dadas as circunstâncias, sua indicação para a Presidência do Estado passa a ser a solução para os problemas então existentes, o que assinala mais um momento importante no processo de construção de seu mito.¹⁶⁸

No dia 25 de janeiro de 1928, Getúlio Vargas e João Neves da Fontoura assumiram os cargos de presidente e vice-presidente do estado. Outros dois membros da geração de 1907 assumiram as duas principais secretarias do governo à época. Osvaldo Aranha se tornou Secretário do Interior, e Paim Filho assumiu o cargo de Secretário da Fazenda. Neste sentido, segundo Carlos Cortés, Getúlio Vargas

rejeitou o secretariado conservador recomendado por Borges e escolheu os seus próprios homens, chefiados pelo reformista Osvaldo Aranha, que assumiu o cargo de Secretário de Justiça e do Interior. Abandonou a prática [...] do orçamento equilibrado adotada por Borges, o qual mantinha recheados os cofres estaduais, mas tinha deixado de realizar obras públicas importantes. Além disso, Vargas estendeu a mão reconciliadora aos libertadores, fazendo com que se sentissem, pela primeira vez, bem-vindos no palácio do governo, permitindo-lhes ganhar algumas eleições municipais e incluindo-os nos benefícios das reformas econômicas, como os empréstimos do Banco do Rio Grande do Sul, criado pelo próprio Vargas. Através de suas boas relações com o presidente Washington Luís, também conseguiu significativas concessões econômicas federais e colocou o Rio Grande do Sul como receptor privilegiado de dinheiro proveniente de fontes federais.¹⁶⁹

O objetivo do novo governo era “implantar no Estado uma nova visão política, de conciliação e respeito, ao contrário da tradicional política adotada pelo PRR”¹⁷⁰, buscando por um fim às tradicionais divergências entre Republicanos e Libertadores. Entretanto, apesar do discurso de conciliação, na prática continuaram ocorrendo perseguições a opositores políticos, fraudes eleitorais e cassações, bem como outras atrocidades (como assassinatos por motivação política).¹⁷¹ Estas práticas diminuíram de intensidades, mas não desapareceram por completo. De acordo com Abreu, as atitudes de Vargas não diferiam muito daquelas adotadas por seu

¹⁶⁸ ABREU, Luciano Aronne de. **Getúlio Vargas: a construção de um mito (1928-30)**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996. p. 62.

¹⁶⁹ CORTÉS, Carlos E. **Política Gaúcha (1930-1964)**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 42.

¹⁷⁰ ABREU, op. cit., p. 72.

¹⁷¹ Idem, p. 79.

antecessor, pois ele governava “cercado por políticos ligados à era Borges, o que faz com que seu governo não seja uma ruptura completa com as práticas políticas do período anterior, contradizendo a imagem que se criou em torno de sua pessoa e de seu governo”.¹⁷²

Entretanto, um diferencial do governo Vargas seria suas preocupações com as questões sanitárias. Estas já aparecem presentes em seu discurso, antes mesmo da posse. Ao discursar em um banquete no Rio de Janeiro, utilizou os seguintes argumentos quanto ao seu programa de governo:

Uma vez que não posso recusar ao meu Estado os serviços que de mim exige, dir-lhe-ei quais são meus propósitos de governo, na crença de que se fizer boa administração, terei feito boa política. Amparar a produção, a indústria, organizar o trabalho, desenvolver a circulação de riqueza, disseminar a instrução, alargar o campo da cultura, **cuidar do saneamento rural e urbano**, prestigiar a lei, respeitar todos os direitos, ser exigente comigo mesmo no cumprimento dos deveres, fazer uma política de tolerância, de benignidade e de justiça, e trabalhar, tais são os propósitos que me levam ao governo do Rio Grande do Sul.¹⁷³

Neste discurso, Vargas demonstra incorporar em seus planos de governo uma das reivindicações do movimento sanitarista, ou seja, o cuidado com o saneamento, não apenas urbano, mas também rural. Para concretizar estas ideias, o principal representante daquele movimento foi convidado pelo governo estadual para aconselhar as remodelações dos seus serviços de saúde pública. O médico sanitarista Belisário Penna, que já havia percorrido grande parte do país divulgando suas ideias e observando as condições sanitárias da população, em 1928 veio ao Rio Grande do Sul para este mesmo fim.

Em maio de 1928, uma sessão solene foi realizada na Sociedade de Medicina de Porto Alegre, com o objetivo de homenagear Penna e também convidá-lo a ser sócio honorário da instituição. Presentes estavam muitos médicos, mas também alguns políticos, como o próprio presidente do estado, Getúlio Vargas, e os secretários do Interior e das Obras Públicas, Oswaldo Aranha e João Fernandes Moreira. Na ocasião, Vargas fez o seguinte discurso:

O governo do Estado, associando-se a esta homenagem que a Sociedade de Medicina rende ao ilustra **dr. Belisario Penna, que este mesmo governo atraiu ao Rio Grande do Sul, afim de aproveitar os seus ensinamentos, o seu saber, a sua experiência**, quis, também, fazer ciente que nesta comparencia (sic) existia **o ponto de partida da campanha intensificadora do saneamento do Rio Grande do Sul**.¹⁷⁴

¹⁷² Idem, p. 80.

¹⁷³ **A Federação**, Porto Alegre, 10 dez. 1927. (MCSHJC) Grifo nosso.

¹⁷⁴ **Archivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 3, março 1928. p. 13. Disponível em: <http://www.muham.org.br/admin/files_db/ati_134.pdf>. Acessado em: 17 ago. 2010. Grifo nosso.

Se até aquele momento os ideais do movimento sanitarista não haviam tido grande influência nas políticas para a saúde pública no Rio Grande do Sul, a contratação de Belisário Penna demonstra o desejo do novo governo em apropriar-se do pensamento daquele grupo, para dar início à campanha de saneamento e educação sanitária no Estado. Segundo Thielen e Santos, no Rio Grande do Sul Penna “iniciou um período de trabalho intenso, proferindo conferências e indicando providências relativas a problemas de saúde”.¹⁷⁵

Quanto à vinda de Penna ao Rio Grande do Sul, o jornal *Diário de Notícias* publicou a seguinte nota:

Proseguindo no serviço de saneamento, já organizado no Estado, convém dar-lhe maior amplitude, desdobrando alguns institutos, fundando outros e criando a consciência sanitária.

Esta é obtida, principalmente, por um trabalho de educação e de propaganda, ministrando o ensino necessário, inculcando os conhecimentos indispensáveis de higiene elementar.

Para dar o impulso inicial a esta magna obra, o Governo convidou o Dr. Belisario Penna, que tem feito do saneamento do Brasil o apostolado de sua vida.¹⁷⁶

Nada mais marcante para iniciar as transformações nos serviços sanitários estaduais do que poder contar com a presença de um grande nome desta área, que já havia batalhado para que o governo federal também fizesse a sua reforma sanitária. Todavia, a presença de Belisário Penna na região possibilitou não apenas “dar o impulso inicial” para a reforma, como informou o *Diário de Notícias*, mas também ajudou a abafar um polêmico caso que envolveu a classe médica no Rio Grande do Sul, no mês anterior.

Em abril de 1928, foi realizado, na cidade de Rio Grande, o 1º Congresso Municipal de Saúde Pública.¹⁷⁷ Este congresso impôs algumas regras a seus participantes e limitou a participação daqueles profissionais considerados como “charlatães”. De acordo com René Gertz, a liberdade profissional só poderia ser abordada do ponto de vista prático e não doutrinário, e “só poderiam tomar parte médicos formados pelas faculdades oficiais ou

¹⁷⁵ THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 2, mai./ago. 2002. p. 400.

¹⁷⁶ **Diário de Notícias**, Porto Alegre, 13 mai. 1928. (MCSHJC)

¹⁷⁷ Um primeiro Congresso Médico do Rio Grande do Sul havia sido planejado para ocorrer em Porto Alegre, em julho de 1926 (sob o governo de Borges de Medeiros). Entretanto, ao invés deste evento, foi realizado em seu lugar o 9º Congresso Médico Brasileiro. Como informa Gertz, depois deste evento “começou a tornar-se público o que havia sido combinado nos bastidores: um acordo com o governo estadual para que a questão da liberdade profissional não fosse discutida, de forma pública, no congresso”. GERTZ, René. **O aviador e o carroceiro: política, etnia e religião no Rio Grande do Sul dos anos 1920**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 133. Aquele primeiro congresso gaúcho que seria realizado em 1926 acabou sendo transferido para abril de 1928, já sob o governo mais conciliador de Getúlio Vargas. Porém, a discussão aberta sobre a liberdade profissional continuou sendo proibida.

equiparadas do país, e quanto aos médicos estrangeiros só poderiam tomar parte aqueles que fossem especialmente convidados pela comissão organizadora”.¹⁷⁸ Os trabalhos propostos seriam avaliados por um parecerista, para posteriormente ser submetido ao plenário do congresso.

Apesar das restrições impostas, um dos escritos foi o barão Dr. Ernst Wolfgang von Bassewitz, médico estrangeiro que não possuía formação em universidade brasileira e que, ao que tudo indica, não havia sido convidado para participar do evento. O Dr. Bassewitz escreveu duas teses no congresso: *O carbúnculo hemático como problema sanitário a resolver no Rio Grande do Sul* e *Cogitações sobre a necessidade da reorganização dos serviços de higiene e saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul*.¹⁷⁹

A segunda tese do barão e seu parecer iniciaram uma ampla polêmica, que foi noticiada por semanas na imprensa local.¹⁸⁰ Seu parecerista, Dr. Vicente Cardoso Espíndola, argumentou que o trabalho era “portador de ideias altamente demolidoras e alheias, portanto, à finalidade superiormente construtora do nosso colendo congresso”.¹⁸¹ O parecerista se mostrou “admirado de que um estrangeiro aqui acolhido e que vive debaixo do nosso sol tenha a coragem de falar naqueles termos”.¹⁸²

Somente o Dr. Castro Carvalho não se posicionou contrário naquele momento, pois queria um tempo para ler o mencionado trabalho, pois desconfiava que os dados da tese poderiam ter sido retirados de seu contexto.¹⁸³ O interessante neste fato é que o próprio Dr. Carvalho¹⁸⁴ havia publicado em 1927 a obra intitulada *O Estado Sanitário do Rio Grande do Sul*, onde também fez severas críticas à saúde pública no estado e às políticas para o setor. Sua obra, todavia, não despertou a polêmica das teses de Bassewitz. Apesar de suas críticas, Carvalho procurava se aproximar do governo, oferecendo-se para auxiliar na remodelação dos

¹⁷⁸ Idem, p. 134.

¹⁷⁹ Segundo Gertz, os títulos das teses possuem algumas variações na imprensa do período.

¹⁸⁰ De acordo com Nísia Lima, dificilmente os debates no campo médico restringiam-se aos periódicos especializados. Artigos tratando de polêmicas científicas e médicas eram frequentemente publicados nos jornais da grande imprensa. LIMA, Nísia Trindade. *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde*. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 43.

¹⁸¹ ESPÍNDOLA apud GERTZ, op. cit., p. 135.

¹⁸² Idem.

¹⁸³ **Correio do Povo**, Porto Alegre, 13 abr. 1928. (MCSHJC)

¹⁸⁴ Médico paulista que trabalhou no Rio Grande do Sul. Foi também médico da Marinha Mercante Francesa, chefe de clínica da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, médico da Estrada de Ferro São Paulo – Rio Grande. Parte de seu estudo sobre o estado sanitário do Rio Grande do Sul foi aprovado pelo 9º Congresso Médico Brasileiro de 1926. Cf. KORNDÖRFER, Ana Paula. “**É melhor prevenir do que curar**”: a higiene e a saúde nas escolas públicas gaúchas (1893-1928). 2007. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007. p. 93.

serviços de saúde pública que estavam sendo planejados naquele momento.¹⁸⁵

Muitos médicos gaúchos sentiram-se ofendidos com as afirmações do barão. Consideraram o assunto como sendo “intromissão” de um estrangeiro, que acabou quebrando a relação harmoniosa que se estava tentando construir entre os dois grupos que participavam do congresso, tradicionais inimigos políticos.

Nos dias seguintes ao congresso, a imprensa publicou manifestações a respeito do caso, através de entrevistas e cartas. Houve reações contrárias ao barão (expressas por médicos ligados direta ou indiretamente ao governo e à Diretoria de Higiene do Estado) como a seu favor (vindas de médicos ligados ao Partido Libertador). Além disso, a imprensa publicou também as manifestações do próprio Bassewitz sobre sua tese.¹⁸⁶

O polêmico trabalho tratava sobre a necessidade da reorganização dos serviços de higiene e saúde pública do Estado. Nele, o médico estrangeiro apresentou severas críticas ao que chamou de “nossa atual desorganização sanitária”:

Ninguém, de certo, ousará contestar a necessidade urgente de uma reforma de nossa rudimentar organização sanitária estadual. O que possuímos, sob a designação oficial eufônica de “Diretoria de Higiene”, não corresponde já às mais restritas exigências de uma instituição moderna dessa natureza. Este juízo crítico desfavorável não atinge, em absoluto, aos funcionários dessa repartição que, ao que me consta, cumprem religiosamente os seus deveres, aliás mal delimitados. O mal está na raiz, nas próprias disposições legislativas em vigor [...].¹⁸⁷

Para Bassewitz, a organização sanitária estadual necessitava urgentemente de uma reforma. Sua principal instituição, a Diretoria de Higiene, era uma repartição atrasada. Porém, os culpados por seu atraso não seriam os funcionários do setor e sim o próprio Código

¹⁸⁵ Em carta enviada a Getúlio Vargas, datada do dia 15 de maio de 1928, Carvalho escreveu: “É que tendo conhecimento de que V. Ex^a irá reorganizar a ‘Diretoria de Higiene’ do Rio Grande do Sul e tendo sido o signatário desta um dos primeiros propagadores dessa medida em artigos pela imprensa [...]; nos Congressos Médicos aí realizados [...] na publicação de meu trabalho ‘O Estado Sanitário do Rio Grande do Sul’, a obra mais completa no gênero que mereceu da ‘Federação’ e de toda a imprensa os mais calorosos elogios; teria a satisfação máxima de ser um dos colaboradores na projetada reforma, se V. Ex^a. assim o ordenasse. Se as credenciais por mim acima apontadas não fizerem jus a este meu pedido, apelaria então para o entranhado amor que tenho ao Rio Grande do Sul.” Junto com a carta há um recorte de jornal, contendo uma entrevista que o Dr. Carvalho concedeu ao retornar para São Paulo. Infelizmente, tal recorte não possui o nome do jornal e nem a data da publicação. Ele é provavelmente do mês de abril ou maio de 1928, pois na entrevista, Carvalho fala sobre o Congresso Médico realizado na cidade de Rio Grande, e também da contratação de Belisário Penna. Questionado sobre o estado sanitário da região, argumenta: “É essa uma das grandes lacunas de lá; pois, os seus serviços de higiene, são ainda um tanto deficientes e não condizem com o progresso atual. Nós mesmos muito nos batemos para que fosse reorganizado aquele serviço e chegamos a pedir ao governo que se criasse, ali, os Centros de Saúde, cujos ótimos resultados estamos observando aqui em São Paulo [...]”. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRS)

¹⁸⁶ Para maiores detalhes sobre a repercussão do caso Bassewitz na imprensa, bem como sobre os acontecimentos ocorridos em função deste caso, ver: GERTZ, op. cit., p. 134-145.

¹⁸⁷ **Diário de Notícias**, Porto Alegre, 18 abr. 1928, p. 5. (MCSHJC)

Sanitário em vigor, promulgado em 1922.

Ao longo de seu trabalho, Bassewitz critica o fato do governo fomentar a exportação de alguns produtos agrícolas, utilizando a “minguada” verba sob o título de “Despesas com a Saúde Pública” para a fiscalização dos gêneros de exportação. Comenta também que o Rio Grande do Sul possuía a reputação de terra sadia e bem administrada, mesmo nos círculos médicos. Em sua opinião, esta fama poderia ser creditada a Belisário Penna, que em um de seus estudos – *O estado da Saúde (Rio Grande do Sul) e o Estado da Doença (Minas Gerais)* – deu à terra gaúcha uma “imerecida aureola”. Segundo o barão:

A fama do Estado do Rio Grande do Sul como “terra da saúde” já se está desmoronando, com rapidez vertiginosa. Muito contribuiu para isso, o absoluto descaso do governo, entregando a defesa sanitária á Providência [...]. Ela, em verdade, dotou-nos de condições climáticas bastante favoráveis, comparadas com as de outros Estados, onde reina, endemicamente, a febre amarela, a malária, a doença de Chagas, e outros flagelos tremendos. Assim mesmo, temos males de sobra, contra os quais lutar. [...]. Basta consultarmos os dados nosográficos relativos á capital do Estado, sede da Diretoria de Higiene. Há muitas semanas já que o número dos óbitos ocorridos excede ao dos nascimentos, triste privilégio que Porto Alegre compartilha com poucos outros centros populosos, em regiões tidas por insalubérrimas.¹⁸⁸

Bassewitz cita diferentes doenças que eram endêmicas na região, ou que apresentavam surtos epidêmicos frequentes, como a febre tifóide, as disenterias e perturbações gastro-intestinais, a tuberculose, as doenças venéreas, o alcoolismo, a lepra, os pequenos surtos de peste bubônica “com a qual já ninguém se alarma”. Doenças para as quais o governo distribuía vacinas (como o caso da febre tifóide) ou possuía algum tipo de programa de profilaxia. Entretanto, apesar das medidas governamentais, estas doenças continuavam causando mortes e se espalhando pela região. Segundo o barão, o governo, impassível e segregado do convívio dos que lhe podiam mostrar a necessidade de uma reforma sanitária, preferiu agir por conta própria, dotando o Estado do já aludido *Regulamento de Higiene*, “atestado evidente da incompreensão do nosso problema sanitário”.

Em relação ao novo governo, o barão argumentava:

O ilustre riograndense que está, atualmente, com as rédeas do governo, já declarou, na sua plataforma, que “Imutabilidade é retrocesso” e prometeu interessar-se pelo saneamento rural e urbano. É, portanto, licito esperar dele prontos e salutareos inovações, adequadas à nossa situação que aqui exponho, sem reboços.¹⁸⁹

¹⁸⁸ Idem.

¹⁸⁹ Idem.

O médico informa que Getúlio Vargas havia visitado, há pouco tempo, dois estados que estavam realizando importantes reformas nas questões sanitárias, e que poderiam servir de modelo para o Rio Grande do Sul: São Paulo e Minas Gerais. Nestas visitas, Vargas pode verificar “o quanto já se fez e soube de certo, o que ainda se pretende fazer em prol do saneamento daqueles prósperos Estados”.¹⁹⁰

No final de seu texto, Ernst von Bassewitz apresentou sugestões para melhorar o estado sanitário do Rio Grande do Sul. Ele sugere:

- A criação de um Instituto de Medicina Preventiva e de Higiene, nos moldes do já existente em São Paulo e dirigido pela Fundação Rockefeller. O instituto gaúcho deveria atuar na preparação de higienistas para preencher os cargos de funcionários especializados em higiene e medicina preventiva. Na opinião de Bassewitz, faltava no Rio Grande do Sul este tipo de profissional especializado, para ocupar os lugares de Inspetores e Delegados de Higiene, bem como de Oficiais Sanitários, “que carecem ser criados, em número suficiente, para garantir a defesa sanitária do nosso Estado, pois, sem órgãos executivos adestrados, a melhor lei resulta, forçosamente, infrutífera”;
- Contratação de profissionais qualificados e não por clientelismo;
- Contratação de especialistas na área [médicos sanitaristas] e não de clínicos, pois a estes últimos, por mais bem preparado que estejam para o exercício “da sua nobilitante profissão, faltam certos conhecimentos especializados e técnicos para poder preencher útil e eficientemente os cargos de Medicina Pública e Preventiva, que precisam ser adquiridos em aprendizagem complementar”;
- Dedicção exclusiva e de tempo integral por parte dos funcionários: para Bassewitz, “a todo funcionários sanitário oficial deve ser vedado o exercício da respectiva clínica, para não distraí-lo das múltiplas obrigações aderentes ao seu cargo vitalício” [de funcionário público];

¹⁹⁰ Idem.

- Incentivos: o barão propõe a criação de cursos de aperfeiçoamento, a serem realizados de cinco em cinco anos, além das promoções por merecimento e estímulo a viagens de estudos.¹⁹¹

Em carta datada do dia 12 de abril, o Dr. Fernando de Freitas e Castro, médico ajudante da Diretoria de Higiene, afirmou que a tese do barão havia sido descortês em relação aos profissionais daquela repartição. Além disso, admitiu as deficiências no departamento, mas argumentou que elas não justificariam os ataques pessoais feitos por Bassewitz.¹⁹² Em contrapartida, o próprio Bassewitz tornou público que os dados que apresentou em relação à Diretoria de Higiene haviam sido fornecidos por Freitas e Castro. Este último, por sua vez, admitiu que passara informações sobre o departamento, mas afirmou que não sabia o que seria feito com os dados.¹⁹³

Raul Pilla (médico filiado ao Partido Libertador) deu uma explicação sobre o caso em sua coluna “Microscópio”, no jornal *Correio do Povo*. Segundo Pilla, a regulamentação da profissão médica no Rio Grande do Sul estava sendo estudada pelo governo do Estado. Em função disso (pelo fato do governo estar em vias de fazer este “favor” à classe médica), o dever dos médicos seria “calar a verdade e esquecer os mais elementares deveres de camaradagem. E como para o sacrifício propiciatório, que haveria de fazer perdoar antigas culpas, era necessário pelo menos uma vítima, imolar o Dr. Bassewitz”.¹⁹⁴ Neste sentido, haveria uma troca entre governo e médicos. Enquanto o primeiro refletia sobre uma possível regulamentação profissional que beneficiaria os médicos, estes últimos deveriam calar suas críticas quanto às políticas para a saúde pública. Bassewitz acabou não respeitando este “pacto”. Um agravante acabou piorando sua situação: ele era estrangeiro e não possuía diploma fornecido por uma faculdade brasileira, o que o tornaria um charlatão na visão de muitos médicos gaúchos da época.

Em 11 de maio, os diretores dos principais jornais de Porto Alegre decidiram não mais publicar notícias sobre o caso. Para Gertz, “tudo indica que a própria Sociedade de Medicina teve interesse em encerrar o debate [...]. Isso certamente tinha a ver com as negociações com

¹⁹¹ Idem. Cabe ressaltar que as sugestões de Bassewitz não eram novidades na época. Elas já eram discutidas neste período, e começariam a ser colocadas em prática em nível nacional alguns anos depois. Na década de 1930, o trabalho em tempo integral para médicos sanitaristas tornou-se obrigatório, bem como a dedicação exclusiva; além disso, o governo também passou a promover cursos de especialização e incentivar viagens de estudos.

¹⁹² *Correio do Povo*, Porto Alegre, 13 abr. 1928. (MCSHJC)

¹⁹³ *Diário de Notícias*, Porto Alegre, 21 abr. 1928. (MCSHJC)

¹⁹⁴ *Correio do Povo*, Porto Alegre, 25 abr. 1928. (MCSHJC)

Getúlio Vargas para o estabelecimento de um acordo sobre a liberdade profissional”.¹⁹⁵ O periódico desta sociedade, os *Archivos Rio Grandenses de Medicina*, também abafou a polêmica. Ao invés de continuar falando sobre o caso Bassewitz, os *Archivos* noticiaram a aproximação do governo do Estado com a classe médica, através da visita de Belisário Penna ao Rio Grande do Sul: “No dia 15 de junho vimos e sentimos bem de perto o conceito de nossa classe junto ao alto poder; apreciamos o clarear da aurora da medicina social no Rio Grande do Sul”.¹⁹⁶ Este trecho do periódico se referia à homenagem realizada na Sociedade de Medicina a Belisário Penna, que contou com a presença de Getúlio Vargas e de dois secretários de Estado.¹⁹⁷

O episódio que envolveu o Dr. Bassewitz pode ser interpretado de diferentes maneiras. René Gertz relaciona a atitude da corporação médica à ideia do “perigo alemão”, presente no estado nos anos que antecederam e sucederam a Primeira Guerra Mundial. Já Lorena Gill interpreta o acontecimento a partir da crítica à facilidade em se exercer determinados ofícios no Rio Grande do Sul durante a República Velha, em especial na década de 1920, momento em que houve um aumento acentuado do charlatanismo.¹⁹⁸ Porém, pode-se interpretar o episódio também sob o viés político. O barão Dr. Ernst Wolfgang von Bassewitz, médico estrangeiro e sem diploma brasileiro, acabou expondo suas opiniões e críticas em relação à saúde pública em um momento político delicado, de conciliação entre tradicionais inimigos, mas também de aproximação entre a classe médica e o novo governo do estado, em busca da regulamentação profissional. Além disso, os próprios médicos que participavam do governo não só tinham consciência dos problemas que o estado enfrentava na área da saúde pública, como já elaboravam mudanças significativas para o setor.

¹⁹⁵ GERTZ, op. cit., p. 144-145.

¹⁹⁶ **Archivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 3, março 1928. p. 14. Disponível em: <http://www.muham.org.br/admin/files_db/ati_134.pdf>. Acessado em: 17 ago. 2010.

¹⁹⁷ Homenagem citada no início deste capítulo.

¹⁹⁸ GILL, Lorena Almeida. **Um mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930**. 2004. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. p. 242-244. De acordo com Angélica Boff, o ano de 1928 é marcado por um aumento de feiticistas e curandeiros instalando-se no Rio Grande do Sul e anunciando-se na imprensa. Por outro lado, ocorreu também o aumento dos artigos contra o charlatanismo, principalmente sobre suas trágicas consequências e casos sobrenaturais. Portanto, o momento em que ocorreu toda a polêmica do caso Bassewitz era de forte embate entre os médicos formados por faculdades brasileiras e os outros profissionais que realizavam a cura, sem ter esta formação. Cf. BOFF, Angélica Bersch. **Espiritismo, alienismo e medicina: ciência ou fé?** Os saberes publicados na imprensa gaúcha na década de 1920. 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

Neste sentido, apesar das críticas às políticas para a saúde não tornarem-se explicitamente públicas, elas circulavam entre os governantes. Os Relatórios da Diretoria de Higiene dos anos de 1928 e 1929, elaborados pelo Dr. Fernando de Freitas e Castro¹⁹⁹ para o Secretário do Interior e Exterior, Oswaldo Aranha, possuem inúmeros exemplos de autocrítica. Os Relatórios demonstram a insatisfação dos médicos que trabalhavam naquela Diretoria em relação à sua estrutura administrativa, as atividades prestadas pelo setor e quanto às verbas destinadas ao mesmo.

Em seus relatórios, Freitas e Castro se queixava sobre a falta de verba para o setor, bem como argumentava que a pouca verba recebida deveria ser indevidamente investida na fiscalização dos gêneros alimentícios, uma atividade muito mais ligada ao comércio do que à saúde pública. Citava também que havia falta de pessoal para trabalhar na área, principalmente funcionários especializados. Além destes argumentos semelhantes entre Bassewitz e Fernando de Freitas e Castro, estava o apontamento das doenças endêmicas existentes no Rio Grande do Sul, que não estavam sendo devidamente combatidas pelo governo do estado.

Fernando de Freitas e Castro, em seus relatórios ao Secretário do Interior, reclama do baixo número de funcionários da Diretoria de Higiene, que dispunha de apenas três médicos e um ajudante. Em sua opinião, a ação daquele departamento “tem-se limitado a sufocação de surtos epidêmicos de velhas endemias que continuam enraizadas por todo o Estado. Isso, indiscutivelmente, é muito pouco, em face do que, de fato, lhe compete”. Segundo Freitas e Castro, faltariam também funcionários no Laboratório de Bacteriologia, o que ocasionou a interrupção da produção de vacinas. Além disso, em função do reduzido número de funcionários deste laboratório, importantes pesquisas sobre saúde pública, planejadas pela Diretoria de Higiene, estariam deixando de ser realizadas, para que se atendessem outras repartições do Estado, como o Hospital São Pedro, Hospital da Brigada Militar, Casa de Correção e Dispensário Eduardo Rabelo. No caso do Desinfectório, não faltariam apenas funcionários, mas também aparelhagem adequada, “pois o pouco que existe é insuficiente,

¹⁹⁹ Fernando de Freitas e Castro (1887-1941) formou-se pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1910, tornando-se professor desta mesma faculdade em 1913. Em 1921, passou no concurso público para o cargo de médico-auxiliar da Diretoria de Higiene. Em 1922/1923, estudou nos Estados Unidos, com bolsa da Fundação Rockefeller. Ao regressar, foi promovido a médico-ajudante da Diretoria, cargo que exerceu até setembro de 1928. Em outubro deste ano, passou a ser o diretor interino, devido a problemas de saúde do diretor José Flores Soares. Foi empossado definitivamente no cargo em 4 de janeiro de 1929. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde**, vol. 2, 1941, p. 131. (BFMUGRS)

antiquado e está em precárias condições de conservação”.²⁰⁰ Quanto ao Hospital de Isolamento, o médico argumentava:

A Diretoria de Higiene do Estado possui um modesto hospital para o isolamento dos doentes de moléstias contagiosas e que está situado na Estrada do Mato Grosso. O desconforto e os defeitos que apresenta tem obrigado a Diretoria a restringir o número de doentes que para lá manda.

É constituído por um pequeno pavilhão de material, em cuja construção não foram observados nem os mais mezinhos princípios da higiene moderna. Junto a ele há mais 3 pavilhões de madeira que fora construídos em 1918 por ocasião da pandemia de gripe.

Pavilhão de madeira em higiene só se admite como hospital de emergência, e como tal deve desaparecer logo que cesse o motivo que deu origem a sua construção. São impróprios para o isolamento de doentes de moléstias contagiosas, porque não se prestam a uma rigorosa desinfecção.

Os erros e os defeitos que apresenta o Hospital de Isolamento dessa Diretoria são tantos e de tal ordem que não admitem qualquer comentário.²⁰¹

Em função da pouca verba que poderia ser destinada a este hospital, a Diretoria de Higiene acabava dando preferência ao isolamento domiciliar, a despeito de todos os inconvenientes, por estar sem condições de arcar com os custos da internação. Para Freitas e Castro, “esse hospital está exigindo uma reforma completa no prédio, material e pessoal, sem o que não poderá preencher o fim a que se destina”.²⁰²

Na visão de Freitas e Castro, devido às dificuldades enfrentadas pela Diretoria de Higiene do Estado, esta ainda não estava atuando em importantes áreas da saúde pública, como a higiene infantil, a inspeção médica-escolar, a higiene industrial, assim como no serviço de propaganda e educação sanitária. A falta de verba é apontada pelo médico como a principal causa dos problemas apresentados. Entretanto, além da pouca verba que recebia, ainda cabia à saúde pública o gasto com a fiscalização dos produtos para exportação, atividade muito mais ligada ao comércio. Nas palavras deste médico:

Em 1927 foi consignada para a Diretoria de Higiene a verba de 846:900\$000, porém dela temos de retirar 377:341\$000 que foram gastos com o serviço de fiscalização dos produtos de exportação e 67:080\$000 que se destinavam ao serviço de sífilis e moléstias venéreas que está a cargo do Governo Federal. Resta apenas 402:479\$000 para os serviços de Saúde Pública em todo o Estado.

Dessa quantia, retirando o que se destinava ao pagamento dos funcionários, ficam

²⁰⁰ Relatório Diretoria de Higiene. In: **Relatório apresentado ao Dr. Getulio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretário do Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 25 de agosto de 1928** – II volume. Porto Alegre: Oficinas Graphicas d’ “A Federação”, 1928. p. 120. (AHRs)

²⁰¹ Idem, p. 119. Grifo nosso.

²⁰² Relatório Diretoria de Higiene. In: **Relatório apresentado ao Dr. Getulio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretário do Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 28 de Agosto de 1929** – I volume. Porto Alegre: Oficinas Graphicas d’ “A Federação”, 1929. p. 235. (AHRs)

apenas 127:112\$000 para o custeio dos serviços. Com isso não se pode fazer coisa alguma, e assim tem sido desde ha muitos anos.²⁰³

Assim como Bassewitz, Freitas e Castro também argumentou que o *Regulamento Sanitário do Estado* era bastante resumido, o que dificultava o trabalho de higiene e saúde pública. “O pouco que está nele previsto é de tal modo vago, incompleto que se presta a uma infinidade de interpretações”.²⁰⁴

Em relação às doenças, Freitas e Castro afirma que o coeficiente de mortalidade por moléstias transmissíveis em Porto Alegre era, naquela época, mais alto do que o das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.²⁰⁵ O que, em sua opinião, não deveria acontecer, pois no Rio Grande do Sul não havia casos de doenças que eram endêmicas no restante do país em função do clima (como a febre amarela), e também porque os poucos casos destas doenças no sul não eram registrados com a mesma gravidade. Porém, para Freitas e Castro, “a única explicação que pode ser invocada é a eficiência dos serviços sanitários daquelas cidades, que tem conseguido reduzir os respectivos coeficientes de mortalidade”.²⁰⁶ Um agravante para esta situação era o fato de que os médicos gaúchos geralmente não cumpriam a determinação de notificação compulsória dos casos de moléstias infecto-contagiosas, capazes de dar origem às epidemias.²⁰⁷ Para este médico, o governo deveria ser comunicado de todos os casos de doença ou morte por moléstias contagiosas. Para convencer com seu argumento, utiliza o exemplo de outros países desenvolvidos:

Em todos os países a notificação compulsória é exigida com o máximo rigor, porque sem ela não se podem acompanhar as variações do estado sanitário de uma localidade e, portanto, a autoridade fica impossibilitada de agir em tempo de evitar a formação de epidemias.²⁰⁸

Para o chefe da Diretoria de Higiene, seria necessário que o governo cobrasse multas aos médicos que não comunicassem ao Estado o caso de moléstias infecto-contagiosas de que tivessem conhecimento.²⁰⁹

²⁰³ **Relatório Diretoria de Higiene**, 1928, p. 120-121.

²⁰⁴ *Idem*, p. 121.

²⁰⁵ Bassewitz não cita o nome destas cidades, mas pode-se deduzir que as “regiões tidas por insalubérrimas” mencionadas pelo barão incluíam as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, famosas internacionalmente por seus problemas sanitários.

²⁰⁶ **Relatório Diretoria de Higiene**, 1928, p. 61.

²⁰⁷ *Idem*, p. 64.

²⁰⁸ *Idem*.

²⁰⁹ *Idem*, p. 68.

Quanto às propostas para solucionar os problemas citados, ao contrário de Bassewitz, que apresenta soluções mais pontuais, Fernando de Freitas e Castro propõe modificações mais amplas para o setor da saúde pública. Além da elaboração de um novo código sanitário para o estado, este médico procura argumentar sobre a necessidade de uma reforma destes serviços e propõe a criação de uma estrutura centralizada:

Os serviços sanitários do Estado do Rio Grande do Sul são completamente deficientes e não permitem obter qualquer resultado. A nossa organização sanitária é muito defeituosa, pois hoje não se acredita mais na possibilidade de uma divisão perfeita dos serviços sanitários. Eles constituem um todo indivisível e qualquer tentativa para reparti-los traz como consequência a sua completa falência. Para obtermos qualquer resultado será necessária a unificação de tudo quanto diz respeito a Higiene e Saúde Publica, sob um mesmo regulamento. [...] Há necessidade absoluta da reforma dos serviços de Higiene e Saúde Publica do Estado do Rio Grande do Sul, tendo por base a unificação de todos eles, a organização de um programa de trabalho, de acordo com os modernos progressos da ciência e a confecção de um Código Sanitário que satisfaça as nossas necessidades.²¹⁰

O secretário do Interior e Exterior também assumiu este mesmo discurso em seus relatórios ao presidente do estado, Getúlio Vargas. Para Oswaldo Aranha, seria necessário dar ao setor da saúde pública “os recursos indispensáveis e, sobretudo, melhor organização e uma orientação completamente nova”.²¹¹ No Relatório de 1928, ele informa a Vargas que existem vários tipos de organização sanitária adaptáveis ao estado. Porém, aquele que considerava melhor e ao mesmo tempo

[...] o mais simples, menos dispendioso, mais eficiente, é o que reúna todos os serviços atuais, incorporando todas as dotações e despesas, sob uma e única direção médica e administrativa, confiada ao Estado. Esta é a lição de S. Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais, que vêm de organizar seus serviços, criando departamentos e secretarias de saúde e assistência. Esta é a situação de todos os países, mesmo a Suíça, os Estados Unidos e Alemanha, os quais, nesta matéria, aceitaram como irrecusável a unidade das leis de higiene e a uniformidade dos serviços de saúde pública.²¹²

Ou seja, a ideia de centralização da administração dos serviços de saúde, que já influenciavam as políticas do restante do país, passou a ser defendida também pelos médicos e políticos do Rio Grande do Sul. Como argumento, dizia-se que este era o modelo que estava sendo adotado em outros estados da federação, mas também havia sido adotado em importantes países como a Suíça, Estados Unidos e Alemanha.

²¹⁰ Idem, p. 120-122.

²¹¹ **Relatório Secretaria do Interior e Exterior**, 1929. p. XVIII.

²¹² **Relatório Secretaria do Interior e Exterior**, 1928. p. 40-41.

A insatisfação com os gastos no setor da fiscalização de gêneros alimentícios em detrimento da saúde pública também é discutida por Oswaldo Aranha. O secretário igualmente argumenta que parte significativa da verba que a saúde pública recebia era destinada à fiscalização dos gêneros para exportação, uma atividade que não visava necessariamente a um fim de higiene ou saúde pública, e sim pretendia fazer os produtos exportados serem bem vistos nos mercados externos.²¹³ Entretanto, não fica claro se esta argumentação pretendia separar estes serviços, ou apenas utiliza esta justificativa para pedir mais verbas, dado que as existentes eram gastas com um serviço que não estava ligado diretamente à higiene ou à saúde pública.

A partir da autocrítica realizada por membros do governo, de certa forma influenciados pelas propostas surgidas na época, tanto na esfera nacional quanto internacional (entre elas, as sugeridas pelo movimento sanitarista), foi elaborado um plano de reestruturação dos serviços de saúde e realizada a Reforma dos Serviços Sanitários do Rio Grande do Sul. Quanto a esta reforma, Beatriz Weber argumenta que:

Havia a proposta de um convênio Estado/município, onde o Estado realizaria a fiscalização de todo o serviço sanitário enquanto os municípios destinariam parte da sua receita para ser aplicada no serviço sanitário. O Estado organizaria um programa de saúde pública englobando todos os serviços, ampliando a atuação da Diretoria de Higiene. [...] As providências tomadas, ao iniciar o ano de 1929, reuniram as atividades de higiene e saúde pública sob uma mesma direção, tornando possível a criação de delegacias de saúde em cada município, subordinadas à Diretoria de Higiene e Saúde Pública do Estado. O princípio de *liberdade individual*, utilizado para não realizar políticas de intervenção específicas sobre práticas de saúde nos governos anteriores, parece ter sido abandonado.²¹⁴

Na opinião de Juliane Serres, a reorganização dos serviços sanitários visava a “uma maior intervenção do governo nas questões da saúde pública”. Segundo a historiadora, o programa elaborado na ocasião previa que o governo deveria: “zelar pela saúde da população, combater as endemias reinantes (entre elas a Lepra), promover a defesa sanitária, combater as epidemias, fiscalizar as condições de higiene e o exercício da medicina (ainda não regulamentada no Estado)”²¹⁵.

²¹³ Idem.

²¹⁴ WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar**: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889/1928. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC - Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999. p. 70. Grifo no original.

²¹⁵ SERRES, Juliane C. P. "**Nós não caminhamos sós**": O Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950). 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004. p. 78.

Vejamos a seguir as mudanças propostas por esta reforma, bem como a estrutura administrativa planejada e os novos cargos projetados para o setor.

2.2 A REFORMA DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS DE 1929

O primeiro ano do governo Vargas representou um período de mudanças políticas, mas também de amadurecimento da ideia de transformação administrativa. No caso da saúde pública, a proposta de transformação do setor foi tornada pública no segundo ano do novo governo, no Congresso das Municipalidades.

Grande evento político realizado em Porto Alegre, em julho de 1929, o Congresso das Municipalidades reuniu intendentess de quase todos os municípios gaúchos, fossem eles governistas ou oposicionistas, com o objetivo de discutir questões de interesse geral para o desenvolvimento do Estado.²¹⁶ Segundo Margaret Bakos, o objetivo deste congresso era “promover, pela cooperação do Estado com os Municípios e pela destes entre si, a solução sistemática de importantes questões e problemas comuns”.²¹⁷ O evento foi utilizado por Vargas para tentar conciliar os partidários do governo com a oposição. A partir deste congresso, as relações entre Republicanos e Libertadores passaram a ser mais amistosas e tolerantes e, segundo Luciano Abreu, naquele momento deu-se “o primeiro passo para a formação da Frente Única Gaúcha (FUG), que vai sustentar a candidatura de Vargas à Presidência da República, como candidato da oposição ao Catete”.²¹⁸

A mensagem que Getúlio Vargas enviou à Assembleia em 1929 informa que a questão da reforma dos serviços sanitários foi um assunto que mereceu largos debates no Congresso das Municipalidades. Nele, foram definidas as seguintes conclusões:

- Os serviços sanitários seriam centralizados sob a direção do Estado;
- Este ampliaria os serviços de saúde pública para todos os municípios do Rio Grande do Sul;
- Ficaria também a cargo do Estado a direção dos serviços de saneamento rural, profilaxia da sífilis e moléstias venéreas, e da luta contra a tuberculose, assim como a inspeção médico-escolar nos colégios municipais e estaduais;

²¹⁶ ABREU, op. cit., p. 86-8.

²¹⁷ BAKOS, Margaret Marchiori. **Porto Alegre e seus eternos intendentess**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996. p. 27.

²¹⁸ ABREU, op. cit., p. 90.

- Em contrapartida, os municípios deveriam contribuir com 3% de sua receita bruta.²¹⁹

Para não ferir os princípios constitucionais da época, que previam a autonomia dos municípios, ficou definido que os serviços de higiene passariam para o Estado mediante convênios.²²⁰

A responsabilidade pela Reforma ficou a cargo do Dr. Fernando de Freitas e Castro, chefe da Diretoria de Higiene e professor de Higiene da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.²²¹ Nos anos de 1922/1923, este sanitarista havia realizado o curso de Higiene e Saúde Pública da Universidade John Hopkins, nos Estados Unidos. Desta viagem, trouxe conhecimentos a respeito da organização dos serviços de saúde pública daquele país, que começavam a influenciar os médicos brasileiros, a partir de então.²²² Entretanto, para realizar as mudanças nos serviços sanitários do estado, ao que tudo indica, Freitas e Castro recebeu orientação do Dr. Belisário Penna, médico de destaque e principal representante do movimento sanitarista brasileiro.²²³

A Reforma dos Serviços Sanitários do Rio Grande do Sul, realizada no ano de 1929, consistiu na elaboração de uma complexa estrutura administrativa, que envolvia Delegacias e Centros de Saúde, Postos de Higiene, Inspetorias Sanitárias e uma Repartição Central. As verbas para o setor seriam aumentadas, bem como o número de funcionários e regiões

²¹⁹ **Mensagem enviada a Assembléia dos Representantes do Rio Grande do Sul pelo Presidente Getúlio Vargas na 1ª sessão ordinária da 11ª legislatura, em 20 de setembro de 1929.** p. 21. Para maiores informações sobre as conclusões geradas pelo Congresso das Municipalidades, ver ANEXO A ao final desta dissertação.

²²⁰ O Governo do Estado acabou adotando o mesmo esquema estabelecido pelo Governo Federal, o sistema de convênios com os interessados nos serviços estaduais.

²²¹ O antigo diretor da Diretoria de Higiene do Estado, Dr. José Flores Soares foi aposentado e afastado do cargo em 1º de outubro de 1928. Após prestar 23 anos de serviços públicos, Soares estava impossibilitado fisicamente de continuar no exercício de suas funções, conforme o laudo da junta médica que o inspecionou. Ato nº 450, de 1º de outubro de 1928. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1928.** Porto Alegre: Oficinas Graphics d' "A Federação", 1929. p. 131. Fernando de Freitas e Castro, médico ajudante da Diretoria de Higiene, assumiu interinamente o cargo de diretor naquela data, sendo nomeado oficialmente em 4 de janeiro de 1929. Decreto nº 4.244, de 4 de janeiro de 1929. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1929.** Porto Alegre: Oficinas Graphics d' "A Federação", 1930. p. 201. (APERS)

²²² Até aquele momento, a medicina francesa havia sido um modelo para os médicos brasileiros. Porém, na década de 1920, houve a substituição do modelo francês de gestão da saúde pelo norte-americano, representado pela presença da Fundação Rockefeller no Brasil. Cf. SILVA, James Roberto. **Doença, fotografia e representação.** Revistas médicas em São Paulo e Paris, 1869-1925. 2003. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2003. p. 13.

²²³ Foram encontradas referências na imprensa de que o próprio Belisário Penna seria o organizador do novo serviço, o que acabou não se concretizando. Um jornal de São Paulo publicou uma entrevista com o Dr. Euclides de Castro Carvalho, onde foram localizadas as seguintes informações: "o problema higiênico a cargo do Dr. Belisário Penna", "Dr. Belisário Penna, que vai organizar o serviço de higiene no Rio Grande", "acaba de ser convidado o dr. Belisário Penna para dirigir ali a campanha de profilaxia rural". Infelizmente, o recorte encontrado não apresenta o nome do jornal, nem mesmo a data de sua publicação. **Documentação Avulsa SIE.** Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRs)

atendidas pelos serviços de saúde pública do Estado. Segundo Freitas e Castro,

depois de um estudo cuidadoso e minucioso ficou estabelecido que os serviços sanitários seriam executados nos Municípios por Delegacias de Saúde, instaladas e aparelhadas de acordo com as necessidades e as possibilidades locais. Haveria, por conseguinte, cerca de 80 Delegacias de Saúde espalhadas por todo o território do Estado e que teriam uma relativa autonomia na organização e execução dos serviços, todavia orientados e fiscalizados por uma Repartição Central, a qual seria imediata responsável perante o Governo do Estado.²²⁴

A Repartição Central mencionada pelo médico era a Diretoria de Higiene e Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, que até então se chamava apenas Diretoria de Higiene do Estado. Apesar da modificação de sua denominação, ela continuou subordinada à Secretaria do Estado dos Negócios do Interior e Exterior.²²⁵

Ao tratar das atribuições da Delegacia de Saúde – que parece ser a principal instituição da nova estrutura administrativa – Freitas e Castro argumentou que “quando a autoridade sanitária suprema, não pode atender pessoalmente todos os pontos do território, ela *delega* poderes aos *médicos delegados de saúde* para a representar”.²²⁶ Assim, esta categoria de médicos, através das Delegacias de Saúde, representaria a Diretoria de Higiene e Saúde Pública nas mais diversas regiões do estado. Em outras palavras, seria a autoridade sanitária local, responsável pela execução dos serviços sanitários. Além disso, possuiriam relativa autonomia na organização e execução dos serviços, mas sob orientação e fiscalização da Repartição Central.²²⁷

As Delegacias de Saúde foram projetadas com diferentes categorias de classe, em função das necessidades locais e das condições financeiras dos municípios. Ao todo seriam quatro classes, sendo que a classificação devia-se ao tipo de profissional que nela atuaria e às atividades a serem realizadas em cada uma. A delegacia de primeira classe localizar-se-ia em Porto Alegre, seria composta por cinco centros de saúde e nela atuaria um número grande de profissionais: médicos, enfermeiros, desinfectores, educadoras sanitárias, escriturários e inúmeros outros. As delegacias de segunda classe seriam sediadas em Rio Grande e Pelotas (depois da capital, eram as cidades mais importantes do estado devido à atividade de seus

²²⁴ FREITAS E CASTRO, Fernando de. Organização sanitária do Brasil e reforma dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, Porto Alegre, vol. 19, 1933. p. 160.

²²⁵ Idem, p. 161. A antiga denominação do setor representava uma contradição. De 1897 a 1929, o governo estadual era responsável pelas questões referentes à saúde pública, e os municípios, responsáveis pela higiene. Neste sentido, o nome mantido pelo órgão - Diretoria de Higiene - não condizia com suas atribuições.

²²⁶ Idem. Grifo no original.

²²⁷ Idem, p. 160.

portos marítimos), e possuiriam um número muito menor de funcionários. As delegacias de terceira classe teriam um número ainda menor de funcionários e serviços. Seriam em número de seis, e estariam localizadas nos municípios de Santa Maria (devido a esta cidade ser entroncamento das linhas férreas), Uruguaiana e Bagé (por serem importantes cidades da fronteira), Alegrete e Cruz Alta (que seriam centros de Distritos Sanitários), e, por fim, em Cachoeira do Sul (cidade que apresentava um importante desenvolvimento). Por último, as delegacias de quarta classe, que seriam distribuídas nos demais municípios (considerados de menor importância sanitária), e que teriam um número ainda mais reduzido de funcionários.²²⁸

Entre as diversas atribuições das Delegacias de Saúde, estavam as de:

1. Lutar:

- Contra as endemias, para extingui-las ou reduzi-las as mínimas proporções possíveis, principalmente contra a sífilis, a tuberculose e as verminoses que constituiriam os maiores flagelos no estado;
- Contra a mortalidade materna e infantil, que pesava consideravelmente no obituário geral do estado;
- Contra os animais capazes de transmitirem moléstias ao homem (como cães que vagavam pelas ruas, ratos, mosquitos, insetos e parasitas);

2. Cuidar da higiene local, fazendo remover todas as causas de insalubridade que direta ou indiretamente pudessem atentar contra a saúde da população;

3. Fiscalizar:

- A indústria, o comércio, a qualidade dos gêneros alimentícios, as construções e obras, os prédios de habitação (sobretudo coletiva), os centros de diversões, os terrenos baldios, os pontos de veraneio ou repouso, etc.;
- O exercício da medicina, farmácia, odontologia, obstetrícia, enfermagem e o comércio dos tóxicos entorpecentes;
- A parte sanitária de serviços a cargo das municipalidades ou de particulares, tais como abastecimento de água, remoção e destino final das matérias fecais e lixo, limpeza de ruas, mercados, hospitais, cemitérios, etc.

²²⁸ Idem, p. 166. A relação dos funcionários de cada delegacia de saúde encontra-se no ANEXO B desta dissertação.

4. Fazer a propaganda para a educação do povo, com o fim de promover a consciência sanitária.²²⁹

Em cada distrito administrativo dos municípios, seria mantido permanentemente um Guarda Sanitário, subordinado ao Médico Delegado de Saúde, para pô-lo a par das ocorrências, fiscalizar o cumprimento do Regulamento Sanitário, colher os dados para a Estatística Demógrafo-Sanitária e o material para exames, distribuir a medicação contra as verminoses, o impaludismo, além de fazer a propaganda sanitária. Por sua vez, o Médico Delegado de Saúde ou um de seus auxiliares deveria percorrer frequentemente os distritos do município para inspecionar o trabalho dos Guardas Sanitários, dar-lhes instruções e ficar a par das ocorrências.²³⁰

Outra importante instituição projetada na Reforma Sanitária foi o Centro de Saúde. Dependência da Delegacia de Saúde, o Centro de Saúde era constituído pela reunião de certo número de Dispensários, como o Dispensário de Tratamento das Moléstias Venéreas, Dispensário de Profilaxia da Tuberculose, Dispensário de Higiene Infantil e Serviço de Educação Sanitária. Estas instituições foram projetadas para atender os distritos sanitários de uma cidade com área extensa.²³¹

Quanto aos Postos de Higiene, suas funções limitavam-se aos serviços de tratamento ou profilaxia de determinadas doenças. Estes postos seriam instituições menos complexas do que os Centros de Saúde e instaladas em cidades com área pouco extensa e baixo número de habitantes.

As Delegacias de Saúde contariam também com o serviço de Inspeção Médico-Escolar, Serviço de Inspeção de Saúde e a já existente Fiscalização dos Gêneros Alimentícios. A Inspeção Médico-Escolar teria como objetivos principais: acompanhar o desenvolvimento das crianças durante o período escolar para detectar os problemas em tempo de serem corrigidos; auxiliar o serviço de profilaxia das moléstias infecto-contagiosas; auxiliar a formação da consciência sanitária, fazendo a propaganda e educação sanitária entre os professores e alunos; fiscalizar a higiene dos prédios das escolas e das salas de aula. Porém, quando criado, o setor acabou sendo incorporado à Diretoria Geral de Instrução Pública, para insatisfação dos médicos.²³²

²²⁹ Idem, p. 167-8.

²³⁰ Idem, p. 167.

²³¹ Idem, p. 160.

²³² Idem, p. 174.

O Serviço de Inspeção de Saúde deveria realizar as inspeções para o ingresso no funcionalismo público e para fins de licença ou aposentadoria, assim como examinar as pessoas que desejassem se dedicar à indústria ou ao comércio de gêneros alimentícios, os empregados domésticos, entre outros.²³³

Foram planejadas também as Inspetorias Sanitárias, responsáveis pela fiscalização dos serviços executados pelas Delegacias de Saúde. Estas serviriam também de intermediárias entre as Delegacias e a Diretoria de Higiene e Saúde Pública. Segundo Freitas e Castro,

[...] foi planejada a reunião das 80 *Delegacias de Saúde* em 6 grupos, formando 6 Distritos Sanitários, para cuja organização teve-se em vista sobretudo as facilidades de comunicações. Cada um destes grupos ou Distritos Sanitários ficaria à cargo de um *Médico Inspetor Sanitários* cuja função seria estabelecer a união das Delegacias de Saúde com a Repartição Central, orientar e fiscalizar os trabalhos executados por elas.²³⁴

Na opinião de Freitas e Castro, a função mais importante do Médico Inspetor Sanitário seria a de percorrer constantemente as Delegacias de Saúde que lhe estivessem subordinadas, observando como estavam sendo executados os serviços e quais as falhas ou necessidades que pudessem estar ocorrendo. “Nestas visitas o Médico Inspetor Sanitário daria orientações aos Médicos Delegados de Saúde, procurando uniformizar e metodizar os trabalhos, corrigir os defeitos ou senões e verificar a existência ou não de deficiência nos serviços”.²³⁵ Para uniformizar e tornar aparente as falhas existentes, de seis em seis meses os Médicos Inspetores Sanitários deveriam trocar de lugar entre si, fazendo um “rodízio” pelas seis Inspetorias Sanitárias.

Na prática, a estrutura não funcionou como esperado. As Inspetorias Sanitárias seriam criadas quando o número de Delegacias de Saúde fosse relativamente grande. “Antes disto seriam inúteis e por isto a criação delas ficou adiada para quando fosse oportuna”.²³⁶ Como o número de delegacias de saúde não chegou ao planejado, ao que tudo indica, é provável que as inspetorias nunca tenham saído do papel.

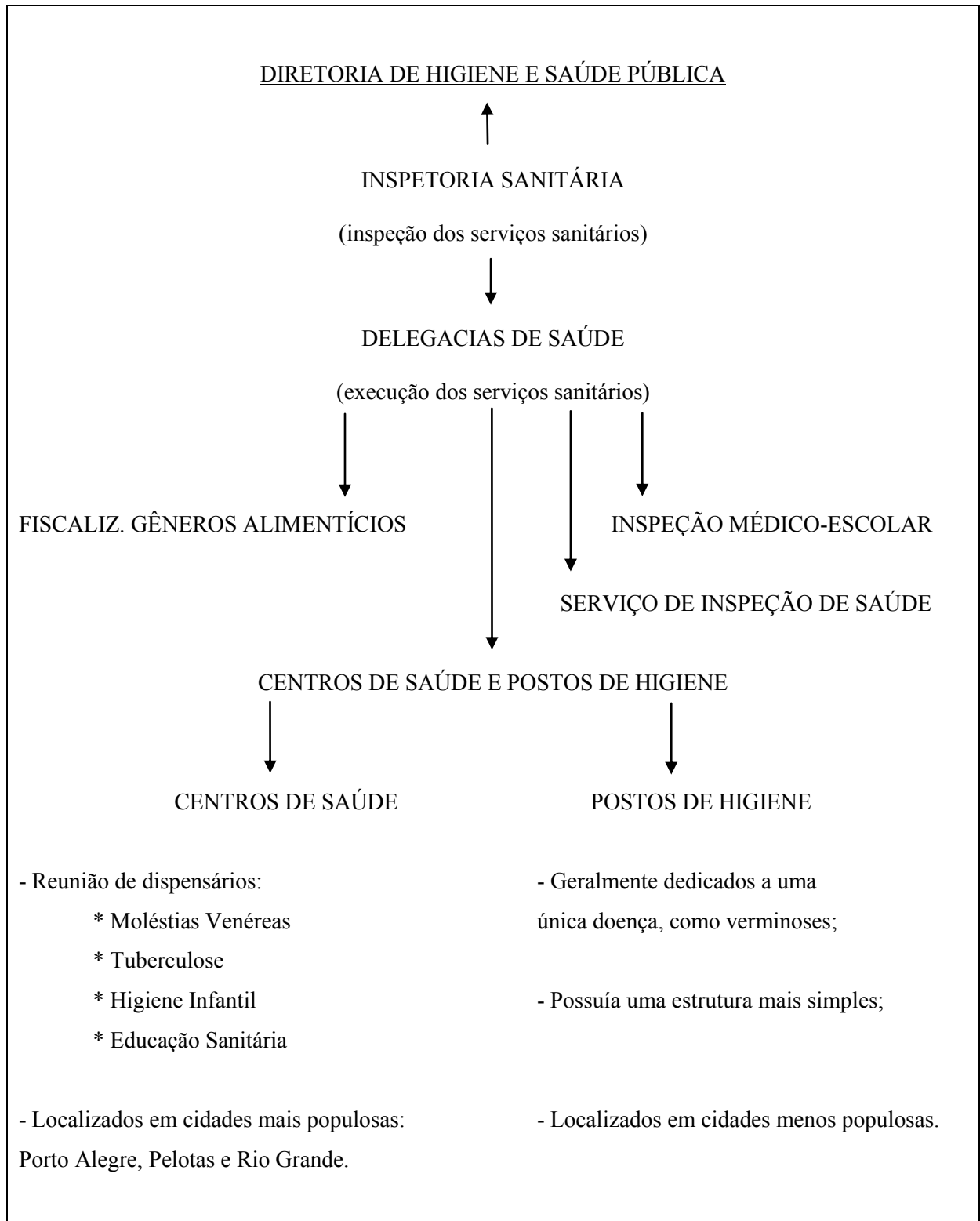
De forma esquemática, os novos serviços e as instituições sanitárias do Estado ficaram assim distribuídos:

²³³ Mensagem enviada á Assembléia dos Representantes do Rio Grande do Sul pelo Presidente Getúlio Vargas, na 2ª sessão ordinária da 11ª legislatura, em 20 de setembro de 1930. p. 91. (AHRS)

²³⁴ FREITAS E CASTRO, op. cit., p. 161. Grifos no original. O mapa com a divisão do estado em Distritos Sanitários encontra-se no ANEXO C desta dissertação.

²³⁵ Idem.

²³⁶ Idem, p. 165.



Organograma 1 - Divisão da nova estrutura dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul
Fonte - A autora

O primeiro município a aderir ao convênio com o Estado foi Porto Alegre. Foi também o primeiro a ter seus serviços remodelados, de acordo com a nova orientação.²³⁷ A Delegacia de Saúde desta cidade foi estabelecida em uma sala do prédio da Diretoria de Higiene e Saúde Pública. Em função de sua extensão e população (possuía na época cerca de 300 mil habitantes), foi dividida em Distritos Sanitários, e em cada um deles foi instalado um Centro de Saúde para executar os serviços de higiene e saúde pública. Esta divisão ocorreu, de acordo com o Secretário Oswaldo Aranha, em função de Porto Alegre ser

[...] onde está situada a Capital do Estado, que, por ser a cidade mais populosa e importante, oferece problemas de higiene e saúde pública especiais e que não existem nas demais. [...] Sendo a cidade de Porto Alegre de área bastante extensa, foi, para melhor ser atendida, dividida em 5 centros de saúde, aos quais estão afetos todos os serviços sanitários [...].

Aos centros de saúde foram anexados dispensários para a higiene infantil, para a luta contra a tuberculose e para o tratamento gratuito, á noite, dos doentes atacados de sífilis e moléstias venéreas.²³⁸

Porto Alegre foi seguida de Santa Maria, Torres e São Borja, que tiveram suas Delegacias de Saúde criadas em julho de 1929.²³⁹ Em Uruguaiana, Santiago do Boqueirão, Itaqui e Cachoeira, apesar de ter sido prevista a criação de delegacias, não houve recursos para sua instalação. Foram apenas nomeados “Médicos Delegados de Saúde que, embora sem Delegacias, começaram a fazer o que era possível para a solução de vários problemas de higiene local e, mesmo, de Saúde Pública”.²⁴⁰

Apesar de propor inúmeras transformações, a Reforma Sanitária de 1929 foi executada apenas parcialmente, em decorrência de dificuldades financeiras e mudanças na política do país. Segundo Freitas e Castro, “não se pode ir adiante porque tal não permitiram as dificuldades financeiras do momento, que obrigaram a compressão forçada da despesa, impedindo o prosseguimento da obra encetada.”²⁴¹ As verbas destinadas ao setor mostram que houve um aumento importante no orçamento para os serviços sanitários, mas uma posterior

²³⁷ Decreto nº 4.254, de 20 de janeiro de 1929. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul**: 1929. Porto Alegre: Oficinas Graphics d’ “A Federação”, 1930. p. 223-227. (APERS) O Convênio com a Intendência de Porto Alegre foi firmado alguns meses antes do Congresso das Municipalidades, ocorrido em julho de 1929, ou seja, antes mesmo da Reforma Sanitária ser proposta para os demais municípios.

²³⁸ **Relatório Secretaria Interior e Exterior**, 1929, p. XIX.

²³⁹ Decreto nº 4.328, de 4 de julho de 1929. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul**: 1929. Porto Alegre: Oficinas Graphics d’ “A Federação”, 1930. p. 412- 414. (APERS)

²⁴⁰ FREITAS E CASTRO, op. cit., p. 178.

²⁴¹ Idem, p. 160.

baixa. Em 1929, as verbas para o setor eram de 1.238:430\$000²⁴², e em 1930 passaram para 4.522:838\$000²⁴³. No ano seguinte, entretanto, a verba voltou a baixar, passando a ser de 1.872:278\$000 de verbas fixas e 804:080\$000 de verbas variáveis.²⁴⁴

Em relação ao novo Código Sanitário do Estado, ao que tudo indica, ele também não foi posto em prática. Há referências da elaboração de seu projeto, mas não encontrou-se indícios de que ele tenha passado a vigorar.²⁴⁵

Pelo menos em Porto Alegre, e talvez em algumas poucas cidades do interior, os planos da reforma sanitária realmente foram colocados em prática. A grande maioria das cidades do Rio Grande do Sul continuou com problemas no sistema sanitário e sofrendo com a falta de serviços de saúde pública.

Por outro lado, para Fernanda Proença, esta reorganização implementou uma política modernizadora e racionalizadora na área da saúde.²⁴⁶ Já Thaís Wenczenovicz argumenta que a reforma criou “mecanismos de descentralização e regulamentação por meio de unidades de saúde, objetivando ampliar e modernizar os serviços de saúde em nível de Estado”. Ao assumir os serviços sanitários, o governo do estado teria estabelecido “estruturas organizativas iguais para todos os municípios. Com esse encaminhamento, as medidas sanitárias estenderam-se às mais diversas regiões”.²⁴⁷ Entretanto, pode-se inferir também que a grande mudança trazida por esta reforma foi o abandono do princípio positivista de liberdade individual, utilizado até então para justificar a não realização de políticas de intervenção específica na área da saúde pública, durante os governos anteriores.

²⁴² Orçamento da despesa ordinária para o exercício de 1929. **Anais da Assembleia dos Representantes do Estado do Rio Grande do Sul, 1928, 37ª sessão ordinária**. Porto Alegre: Oficinas Graphics d’ “A Federação”, 1929. p. 509. (BALRS)

²⁴³ Despesa ordinária para o exercício de 1930. **Anais da Assembleia dos Representantes do Estado do Rio Grande do Sul, 1929, 38ª sessão ordinária**. Porto Alegre: Oficinas Graphics d’ “A Federação”, 1930. p. 518. (BALRS)

²⁴⁴ Orçamento para 1931 - Despesa ordinária. **Anais da Assembleia dos Representantes do Estado do Rio Grande do Sul, 1930, 39ª sessão ordinária**. Porto Alegre: Oficinas Graphics d’ “A Federação”, 1931. p. 277. (BALRS)

²⁴⁵ Em sua Mensagem a Assembleia em 1929, Getúlio Vargas informa que “está em elaboração um projeto de Código Sanitário do Estado, que brevemente será estudado e posto em vigor.” **Mensagem enviada a Assembléia dos Representantes do Rio Grande do Sul pelo Presidente Getúlio Vargas na 1ª sessão ordinária da 11ª legislatura, em 20 de setembro de 1929**. p. 40. (AHR)

²⁴⁶ PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os escolhidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã (1930-1940)**. 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. p. 52.

²⁴⁷ WENCZENOVICZ, Thaís Janaina. **Luto e silêncio: doença e morte nas áreas de colonização polonesa no Rio Grande do Sul (1910-1945)**. 2007. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. p. 128.

Alguns anos depois, Fernando de Freitas e Castro publicou um artigo na *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, tratando sobre as transformações nos serviços de saúde pública realizadas pelo governo do estado do Rio Grande do Sul a partir de 1929.²⁴⁸ Publicadas juntamente com o texto, há um conjunto de 96 fotografias. Centrando-se o olhar nesta série fotográfica, alguns questionamentos surgem: o que estas imagens procuram informar sobre a reforma dos serviços sanitários de 1929? Que representações trazem sobre a saúde pública, população atendida pelos serviços estaduais, profissionais que atuavam nestes serviços? Além disso, tais fotografias também levantam dúvidas sobre as circunstâncias em que foram produzidas: quem fez estas fotografias? Com que fins? Que uso foi dado às mesmas? Partindo desta problemática, o objetivo do próximo sub-capítulo é analisar a série fotográfica publicada na *Revista dos Cursos*, levando em conta as informações que a imagem fotográfica pode fornecer enquanto fonte histórica, bem como as circunstâncias em que foram produzidas e o meio em que foram publicadas.

2.3 IMAGENS DA REFORMA SANITÁRIA

A fotografia passou a ser utilizada enquanto fonte para a História na década de 1970. No Brasil, Boris Kossoy teria sido o primeiro a apontar perspectivas possíveis em estudos históricos envolvendo a fotografia.²⁴⁹ Além disso, nas décadas seguintes, mais trabalhos foram sendo produzidos e o campo começou a aflorar.²⁵⁰ Inúmeras propostas teóricas e

²⁴⁸ FREITAS E CASTRO, Fernando de. Organização sanitária do Brasil e reforma dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, Porto Alegre, vol. 19, p. 156-84, 1933.

²⁴⁹ Boris Kossoy publicou, entre outros trabalhos: KOSSOY, Boris. **Hércules Florence, 1833: a descoberta isolada da fotografia no Brasil**. São Paulo: Faculdade de Comunicação Social Anhembi, 1976. **Origens e expansão da fotografia no Brasil - século XIX**. Rio de Janeiro: MEC/Funarte, 1980. **Fotografia e História**. São Paulo: Ática, 1989.

²⁵⁰ Como exemplo, temos os trabalhos de FABRIS, Annateresa. **Fotografia: usos e funções no século XIX**. São Paulo: Edusp, 1997. LEITE, Miriam Moreira. **Retratos de Família: leitura da fotografia histórica**. São Paulo: Edusp, 1993. LIMA, Solange Ferraz de; CARVALHO, Vâni Carneiro de. **Fotografia e Cidade: da razão urbana à lógica do consumo - álbuns da cidade de São Paulo, 1887-1954**. Campinas, SP: Mercado das Letras; São Paulo: Fapesp, 1997. Assim como o trabalho com fotografias se tornou mais comum nas últimas décadas, o mesmo ocorreu em relação às fotografias que apresentam imagens ligadas ao âmbito da saúde. Diversos artigos e trabalhos de pós-graduação foram realizados, utilizando este tipo de fonte. A revista *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, organizada pela Fundação Oswaldo Cruz, por exemplo, possui uma seção específica para a publicação e divulgação de trabalhos que utilizem imagens fotográficas como fonte histórica. A revista já publicou artigos como: LACERCA, Aline Lopes; MELLO, Maria Teresa Bandeira de. Retratos do Brasil: uma coleção do Rockefeller Archive Center. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 3, p. 625-645, set.-dez. 2002. CUETO, Marcos. Imágenes de la salud, la enfermedad y el desarrollo: fotografías de la Fundación Rockefeller en Latinoamérica. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 3,

metodológicas foram criadas para instrumentalizar o trabalho com este tipo de fonte. Entre as diversas possibilidades de trabalho que a fotografia fornece enquanto fonte histórica, pode-se destacar: a análise das representações apresentadas pela fotografia, a história da fotografia, suas técnicas e profissionais, o estudo do circuito social da fotografia (sua produção, circulação e consumo), entre outras. A fotografia passou a ser encarada, portanto, como um documento, “como uma construção cultural, cuja confecção e difusão têm uma história que não pode ser desconhecida pela análise histórica”.²⁵¹

Ana Maria Mauad compreende a fotografia não apenas como um documento, mas também como um monumento, apropriando-se do célebre conceito de Jacques Le Goff de documento/monumento. Para Mauad,

[...] há que se considerar a fotografia, simultaneamente, como imagem/documento e como imagem/monumento. No primeiro caso, considera-se a fotografia como índice, como marca de uma materialidade passada, na qual objetos, pessoas, lugares nos informam sobre determinados aspectos desse passado – condições de vida, moda, infra-estrutura urbana ou rural, condições de trabalho, etc. No segundo caso, a fotografia é um símbolo, aquilo que, no passado, a sociedade estabeleceu como a única imagem a ser perenizada para o futuro. Sem esquecer jamais que todo documento é monumento, se a fotografia informa, ela também conforma uma determinada visão de mundo.²⁵²

Enquanto índice do passado, a fotografia pode servir de testemunho e representação de uma realidade passada. Enquanto ícone, a fotografia é um símbolo, expressa as intenções das sociedades do passado de constituir uma única imagem para herdar ao futuro, conformando uma determinada visão de mundo.

Durante muito tempo a fotografia foi considerada como o espelho da realidade, um retrato fiel dos fatos, dificilmente sendo utilizada como fonte histórica. Entretanto, tal concepção foi abandonada pelos estudiosos da fotografia há algumas décadas. Atualmente é vista como uma conjunção de realidade e ficção. Há o reconhecimento de que os planos, os focos, o jogo de sombra e luz que a compõem são marcados pela encenação que a intenção do fotógrafo cria²⁵³, uma possibilidade dentre tantas outras. Segundo Marcelo Araújo e Luís

fev, p. 679-704, 1999. HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Teresa Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9 (suplemento), p. 233-273, 2002. LACERCA, Aline Lopes; MELLO, Maria Teresa Bandeira de. Produzindo um imunizante: produção de vacina contra a febre amarela. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 10 (suplemento 2), p. 537-571, 2003.

²⁵¹ BORGES, Maria Eliza Linhares. **História & Fotografia**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 81.

²⁵² MAUAD, Ana Maria. Através da imagem: Fotografia e História interfaces. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, p. 85-86, 1996.

²⁵³ BORGES, op. cit., p. 84.

Reznik,

[...] a fotografia apresenta um fragmento selecionado da aparência das coisas, das pessoas, dos fatos, tal como foram esteticamente congelados num dado momento de sua existência/ocorrência. Em outros termos, a fotografia não comporta a verdade plena de um acontecimento social, mesmo sendo produzida com esse objetivo. Assim como as demais fontes de informação histórica, a fotografia é um “artefato social” que deve ser interpelado a partir de um processo de interação entre o produtor da imagem, seu objeto e nós, seus espectadores. O fotógrafo, tal qual o historiador, “conecta o real” e o representa através do foco de sua câmara.²⁵⁴

Como afirma Boris Kossoy, assim como os demais documentos, as fotografias também são plenas de ambiguidades, portadoras de significados não explícitos e de omissões pensadas, calculadas, aguardando pela competente decifração.²⁵⁵

Já John Tagg argumenta que a câmera fotográfica nunca é neutra. As representações que produz estão codificadas e o poder que exerce nunca é seu próprio poder. O poder por trás da fotografia é o poder de quem a produziu, de quem faz uso dela, que garante a autoridade das imagens que constroem para mostrá-las como prova ou para registrar uma verdade.²⁵⁶ Este autor entende a fotografia não como prova da história, mas como elemento histórico e como prática discursiva (apoiando-se nas ideias de Michel Foucault). Tagg alerta para o fato da fotografia como meio carecer de significados fora de suas especificações históricas e formações sociais, ou seja, fora dos espaços históricos específicos de representação e prática que a constituíram. Para Tagg, por si só a fotografia carece de identidade, sendo assim, o que deve ser estudado é este campo onde a fotografia é produzida e não a fotografia como tal. Segundo este autor,

Su posición como tecnología varía con las relaciones de poder que la impregnan. Su naturaleza como práctica depende de las instituciones y de los agentes que la definen y ponen en funcionamiento. Su función como modo de producción está vinculada a unas condiciones de existencia definidas y sus productos son significativos e legibles solamente dentro de usos específicos que se le dan. Su historia no tiene unidad. Es un revoloteo por un campo de espacios institucionales.²⁵⁷

No entanto, a metodologia de John Tagg pode suscitar mais indagações e hipóteses do que respostas concretas. Para o caso da série fotográfica a ser aqui analisada, nada se sabe sobre a agência produtora, os motivos e finalidades de sua produção, sobre o ano exato em

²⁵⁴ ARAÚJO, Marcelo da Silva; REZNIK, Luís. Imagens constituindo narrativas: fotografia, saúde coletiva e construção da memória na escrita da história local. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 1019, jul.-set. 2007.

²⁵⁵ KOSSOY, Boris. Estética, memória e ideologia fotográfica. **Acervo**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, 1993. p. 14.

²⁵⁶ TAGG, John. **El peso de la representación**. Barcelona: Editorial Gustavo Gilli, 2005. p. 85

²⁵⁷ Idem.

que foram feitas, sobre quem foi o fotógrafo (ou fotógrafos).

Outra metodologia que pode ser utilizada para analisar uma série fotográfica é a proposta por Ana Maria Mauad. Esta historiadora propõe uma abordagem histórica-semiótica, pois acredita que a fotografia, na qualidade de texto, pressupõe competências para sua produção e leitura, devendo ser concebida como uma mensagem que se organiza a partir de dois segmentos: expressão e conteúdo. Para Mauad, a forma da expressão envolve escolhas técnicas e estéticas, tais como tamanho, formato e suporte, tipo (instantânea ou posada) enquadramentos, definição da imagem, contraste, cor, etc.; já o conteúdo é determinado pelo conjunto de pessoas, objetos, lugares e vivências que compõem a fotografia.²⁵⁸ A partir desta proposta metodológica, expressão e conteúdo devem ser detalhadamente analisados, para melhor se compreender e interpretar a fotografia.

Para a análise aqui realizada, optou-se pela leitura histórica-semiótica proposta por Ana Maria Mauad, sem perder de vista o circuito social da fotografia, dando uma ênfase maior ao meio onde as fotografias foram publicadas.

Todavia, antes de tratar especificamente do conjunto de fotografias analisadas, cabe ressaltar algumas considerações sobre o uso da fotografia em revistas médicas. Segundo James Silva, na França a produção de revistas médicas é antiga, e, com o advento da fotografia, cedo surgiram as revistas médicas ilustradas (década de 1860).²⁵⁹ No Brasil, o periódico intitulado *Propagador das Ciências Médicas*, surgido no Rio de Janeiro em 1827, teria sido a obra que marcou o início da imprensa médica no país. Publicações mais expressivas foram aparecendo na segunda metade do século XIX, como a *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (1862), o *Progresso Médico* (1876) e a *União Médica* (1881). Fora da capital federal, surgiu também a *Gazeta Médica da Bahia* (1866). Entretanto, estes primeiros periódicos médicos tiveram curta duração, não mais do que uma década. De acordo com Silva,

Quando surgia um novo órgão de imprensa médico, via de regra, anunciava que vinha para tornar acessível à classe dos práticos o que de atual acontecia na ciência médica nacional e estrangeira. Em grande parte, as condições de surgimento de uma imprensa médica regular no Brasil estiveram ligadas, por um lado, à tomada de contato com as publicações estrangeiras do gênero, que forneciam tanto modelos de funcionamento editorial como de perspectivas da carreira médica e, por outro, à percepção por parte dos segmentos médicos da conveniência de se possuir meios de difusão de suas idéias, servindo à conquista de espaço simbólico, institucional e

²⁵⁸ MAUAD, op. cit.

²⁵⁹ SILVA, 2003, op. cit.

profissional.²⁶⁰

A desproporção de periódicos médicos entre Brasil e outros países era grande: enquanto o Brasil possuía, em 1900, menos de vinte títulos médicos, a França, por exemplo, possuía mais de duzentos.²⁶¹

Um longo intervalo transcorreu entre o surgimento das primeiras revistas médicas no Rio de Janeiro (1827), e a estampa da primeira fotografia em uma delas, ocorrida em 1899. Na Bahia, apenas em 1908 foi publicada a primeira fotografia na *Gazeta Médica da Bahia*.²⁶² No caso do Rio Grande do Sul, não é possível afirmar qual o primeiro periódico médico da região a apresentar fotografias em suas páginas. Porém, o certo é que a *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, desde seu primeiro número (publicado em 1915) apresenta imagens fotográficas.²⁶³

Para Silva, a utilização de fotografias neste tipo de periódico pode ter algumas explicações. Primeiramente, de ilustração e de fornecimento de uma percepção visual daquilo que era, muitas vezes, longamente descrito (função que o desenho tinha, antes do advento e utilização da fotografia).²⁶⁴ Um segundo aspecto, diz respeito à lógica editorial, na iniciativa do editor em fazer uso de tais recursos:

A fotografia representava um atributo de valorização da revista e do artigo em que estava inserida. [...] Sua presença conferia prestígio e parecia ser requerida pelos leitores, tal eram insistentemente as associações, que os editores estabeleciam, entre o emprego de fotografias e a boa recepção da revista.²⁶⁵

²⁶⁰ Idem, p. 116.

²⁶¹ Idem, p. 112.

²⁶² Idem, p. 120.

²⁶³ Antes da *Revista dos Cursos*, outros periódicos médicos gaúchos já haviam sido lançados, como o *Arquivo de Medicina e Farmácia* de 1854 (Cf. DILLENBURG, Sergio Roberto. **A imprensa em Porto Alegre de 1845 a 1870**. Porto Alegre: Sulina/ARI, 1987. p. 47), além da *Revista Médica* (1893), da *Gazeta Médica* (1897) e do *Rio Grande Médico* (1909) (Cf. SILVEIRA, Éder. **A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul-riograndense nas primeiras décadas do século XX**. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2005. p. 139). De acordo com Silveira, estes periódicos aparecem mencionados em escritos da época, porém não foram localizados. Um periódico gaúcho surgido no século XX, intitulado *Archivos Rio-Grandenses de Medicina* (revista da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, que começou a ser publicada em 1920) informa em seu primeiro número que “Outros jornais médicos têm aqui despontado, infelizmente com vida efêmera.” **Archivos Rio-Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, vol. 1, n. 1, jan.1920. p. 1. Portanto, a *Revista dos Cursos* não foi a primeira da categoria a ser produzida no Rio Grande do Sul, mas foi provavelmente a única, juntamente com *Archivos Rio-Grandenses*, a ter uma duração mais longa (pelo menos duas décadas). Estes dois periódicos são também, ao que tudo indica, os únicos preservados e disponíveis para consulta nas bibliotecas especializadas de Porto Alegre.

²⁶⁴ SILVA, 2003, op. cit., p. 140.

²⁶⁵ Idem, p. 141.

Lançada no ano de 1915, na ocasião do 17º aniversário da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, a *Revista dos Cursos* tinha como proposta ser uma revista dedicada a publicações sobre a própria Faculdade e de estudos realizados por seus profissionais, em publicações anuais. Os primeiros volumes possuíam aproximadamente 50 páginas. Mas, com o tempo, o número de páginas foi crescendo, chegando a 250 páginas. Desde seu primeiro volume, a revista apresenta fotografias. Em alguns volumes, estas são em número reduzido; em outros, são em número elevado. Nestas fotografias, aparecem principalmente imagens de pessoas doentes, detalhes de partes afetadas do corpo, microfotografias, radiografias e retratos de médicos (falecidos ou não), estas últimas publicadas na seção “Homenagem da Faculdade de Medicina”, junto com uma pequena biografia do médico homenageado naquele ano.

O volume do ano de 1933 é bastante extenso: possui 245 páginas de texto, somadas às fotografias e mapas, que se encontram em páginas não numeradas. Além de possuir artigos tratando de assuntos diversos, a *Revista dos Cursos* de 1933 publicou um longo texto do Dr. Fernando de Freitas e Castro sobre a Reforma dos Serviços Sanitários, coordenada por ele alguns anos antes, bem como um conjunto de 96 fotografias que, ao que tudo indica, possuem uma dupla finalidade. A primeira finalidade consistiria em “provar” o que foi realizado a partir da Reforma Sanitária de 1929. Uma segunda finalidade das fotografias seria dar publicidade, difusão às transformações empreendidas na ocasião e dirigidas por Freitas e Castro.

Para serem publicadas, as 96 fotografias que acompanham o texto de Fernando de Freitas e Castro foram organizadas em séries, editadas e posicionadas de diferentes maneiras, não seguindo uma linha reta e homogênea. Elas foram organizadas em conjunto de duas até nove imagens por página. Algumas possuem cortes nas extremidades, para se encaixarem melhor ao conjunto das demais fotografias.

O tamanho das fotografias não varia muito: elas medem de 5x6cm a 7x9cm. Apenas algumas apresentam tamanho um pouco superior às demais, medindo até 8x12cm. Das 96 fotografias, 28 possuem formato oval, sendo que as demais possuem formato retangular. Quanto ao enquadramento, há o predomínio de fotografias de formato horizontal, havendo apenas seis imagens verticais, das quais cinco apresentam a fachada de postos de saúde.

Há também o predomínio de imagens posadas, com somente onze fotografias sendo instantâneas (ou ao menos, tentando mostrar certa instantaneidade). Tiradas durante o dia, todas as fotografias apresentam boa nitidez e não possuem problemas com foco.

Do conjunto das fotografias, 47 apresentam pessoas, que aparentemente representam dois grupos de indivíduos: aqueles que utilizam os serviços da Diretoria de Higiene e aqueles que são funcionários destes serviços (médicos, desinfectores, motoristas, escriturários, educadoras sanitárias, fiscais sanitários). As fotografias também são significativas para se analisar questões de gênero. Das pessoas que utilizam os serviços de saúde oferecidos pelo governo do estado, todas são mulheres junto com crianças. Nenhum paciente homem aparece nas fotografias. Os homens retratados são funcionários dos serviços de saúde. Estes, de acordo com as legendas das fotografias, são médicos, fiscais sanitários, escriturários ou auxiliares de escritório. Considerando as legendas das fotografias, conclui-se que a maioria das mulheres funcionárias dos serviços de saúde atuava principalmente no papel de educadora sanitária, com pouquíssimas aparecendo no papel de enfermeiras ou médicas.

O conjunto total das fotografias está dividido em pequenas séries fotográficas, colocadas no texto de acordo com o que estava sendo narrado:

SÉRIES / CONTEÚDOS REPRESENTADOS	Número de fotografias da série
Instituto de Higiene Borges de Medeiros	22
Centro de Saúde do 1º. Distrito Sanitário da cidade de Porto Alegre	3
Centro de Saúde do 2º. Distrito Sanitário da cidade de Porto Alegre	6
Centro de Saúde do 3º. Distrito Sanitário da cidade de Porto Alegre	5
Centro de Saúde do 4º. Distrito Sanitário da cidade de Porto Alegre	7
Centro de Saúde do 5º. Distrito Sanitário da cidade de Porto Alegre	7
Grupo de crianças premunidas com vacina BCG	1
Açougues, confeitarias, padarias e fábricas de sorvete, remodelados de acordo com as normas exigidas pela Reforma Sanitária de 1929	22
Seção de fiscalização da importação de gêneros alimentícios	10
Desinfectório	5
Hospital de Isolamento	4

Tabela 1 – Imagens da Reforma Sanitária de 1929

Fonte – A autora

Quanto ao espaço geográfico, as fotos foram tiradas, em sua maioria, em um ambiente urbano. Apenas as que retratam o Instituto de Higiene e o Hospital de Isolamento apresentam ambiente rural. Do conjunto de fotografias analisadas, 26 tiveram tomadas externas, sendo que as demais foram tiradas em tomadas internas. Na época em que as fotos foram realizadas (provavelmente, início da década de 1930), os fotógrafos se beneficiaram do desenvolvimento técnico do equipamento fotográfico e da invenção do flash (esta última ocorrida em 1917).

Até aquele momento, a ausência de flash

[...] fazia com que as fotos precisassem ser sempre externas ou contassem com um estúdio com uma clarabóia, capaz de iluminar com a luz solar, através do vidro, o interior para as tomadas internas. No caso das fotografias externas, o tempo bom (a luminosidade ideal) era uma exigência fundamental e limitadora para as tomadas.²⁶⁶

As fotografias externas mostram, em sua maioria, a fachada de prédios das instituições criadas ou remodeladas pela Reforma de 1929. Já as fotografias internas mostram estas mesmas instituições, porém, destacando seus consultórios médicos, laboratórios, escritórios administrativos e salas de espera.

A primeira série de fotografias colocada junto ao texto de Freitas e Castro apresenta imagens do Instituto de Higiene do Estado. Centro de estudos e pesquisa científicas no terreno da higiene e saúde pública, era o local onde se preparavam os produtos utilizados nos serviços sanitários (como soros, vacinas, soluções injetáveis, medicamentos, anti-sépticos, desinfetantes e venenos). Além disso, também seriam funções da instituição: manter um museu e uma biblioteca especializada nos problemas de interesse da Repartição Sanitária, bem como manter uma revista para divulgar seus trabalhos científicos e práticas; corresponder-se com os Institutos congêneres nacionais e estrangeiros; manter uma seção para comercializar alguns dos seus produtos e conseguir verba extra.²⁶⁷

Freitas e Castro argumenta que “para justificar a razão de sua existência, basta dizer que a União possui o Instituto Oswaldo Cruz, São Paulo o Instituto Butantan e o Rio Grande do Sul o Instituto de Higiene Borges de Medeiros”.²⁶⁸ Na opinião do médico, este Instituto ficaria melhor localizado em Porto Alegre, cidade onde haveria mais recursos e facilidades. Porém, segundo ele, houve a necessidade de aproveitar o já existente Instituto de Higiene Borges de Medeiros, criado pela Intendência de Pelotas e cedido ao Estado.²⁶⁹

A partir das fotografias do Instituto de Higiene, descobriu-se alguns detalhes não informados pelo texto que o acompanha. O Instituto estava localizado provavelmente em um grande terreno na cidade de Pelotas. Seu prédio central era uma construção majestosa, típica do início do período republicano. Neste prédio, estavam localizados inúmeros laboratórios, um auditório e uma grande biblioteca. A instituição possuía também ambientes externos,

²⁶⁶ LEITE, op. cit., p. 40.

²⁶⁷ FREITAS E CASTRO, op. cit., p. 164.

²⁶⁸ Idem, p. 163.

²⁶⁹ O município de Pelotas cedeu o Instituto de Higiene ao governo do Estado, que passaria a responder pelo seu custeio a partir de 4 de março de 1929. Através do Decreto nº 4.312, de 20 de maio de 1929, o presidente do estado aprovou as primeiras despesas com o referido Instituto. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul**: 1929. Porto Alegre: Oficinas Graphics d’ “A Federação”, 1930. p. 382. (APERS)

como serpentário, canil, coqueira, cobaieira, além de plantações, ou seja, ambientes destinados à criação de animais e ao cultivo de plantas indispensáveis para a produção de vacinas, soros e medicamentos. A única imagem em que aparecem os funcionários da instituição é uma fotografia posada, que apresenta ao fundo um quadro com a imagem do médico-sanitarista Oswaldo Cruz.



Imagem 1 - Instituto de Higiene Borges de Medeiros ²⁷⁰

Fonte - FREITAS E CASTRO, op. cit.

O segundo conjunto de imagens apresenta os Centros de Saúde de Porto Alegre. As fotos dos Centros desta cidade talvez tenham sido escolhidas por esta ser uma das mais populosas do Rio Grande do Sul e requerer um sistema de saúde mais complexo, dividido em Distritos Sanitários. Segundo Freitas e Castro, “as demais Delegacias de Saúde não apresentavam dificuldade de instalação, porque sendo em cidades com áreas reduzidas e populações pequenas, não comportavam a divisão dos serviços dos Distritos Sanitários”.²⁷¹

²⁷⁰ Outras imagens da série “Instituto de Higiene” encontram-se no ANEXO D desta dissertação.

²⁷¹ FREITAS E CASTRO, op. cit., p. 178.

Fotografias dos cinco Centros de Saúde foram publicadas na revista, sendo que estas seguem certos padrões. O primeiro padrão verificado diz respeito aos funcionários da parte administrativa e fiscalização, que aparecem nas fotos de todos os Centros de Saúde, posando (alguns sentados atrás de mesas, os demais em pé atrás destes), geralmente usando terno e gravata, formando grupos compostos na grande maioria de homens. A foto dos médicos também segue este padrão, mas os médicos se diferenciam dos demais pela roupa: eles usam jalecos brancos (mas também usam gravatas). A partir das imagens do 3º Distrito Sanitário, ao lado dos médicos homens, aparecem mulheres no cargo de educadoras sanitárias.

Todas as instituições representadas estão localizadas em pequenos prédios, com um ou dois andares, além do porão. As fachadas possuem ricos detalhes de decoração, em estilo típico do início do século. Dos cinco Centros de Saúde, três possuem fotografias de sua fachada, sem pessoas na frente, valorizando assim o prédio. No 3º Distrito Sanitário, a fachada do Centro de Saúde apresenta uma diferenciação em relação às demais: o fotógrafo registra não apenas a fachada, mas também uma fila de mulheres com crianças de colo (todas em pé), bem como pessoas na sacada do pequeno edifício. Tais representações serão seguidas nas fotografias do 4º Distrito Sanitário onde, à frente desta instituição, existe um grande grupo de mães e filhos (mas nesta ocasião, muitos estão sentados).

Com exceção das fotografias do 3º Distrito Sanitário, todas as séries apresentam imagens de consultórios dos *Dispensários de Tratamento das Moléstias Venéreas* (com ou sem médicos posando no local). Juntamente com os serviços de *Profilaxia da Tuberculose* (que não aparecem nas fotografias) representavam, ao que tudo indica, serviços de destaque dentro da estrutura de saúde oferecida pelo Estado.

O Centro de Saúde do 1º Distrito Sanitário aparece em menos imagens, representando ter um sistema mais simples. O texto de Freitas e Castro informa que todos os Centros de Saúde deveriam possuir os mesmos serviços: todos deveriam possuir seções de expediente, fiscalização sanitária, epidemiologia e profilaxia, propaganda e educação sanitária, Dispensários de Higiene Infantil com serviços pré-natal e para crianças pequenas.²⁷² Porém, a partir da análise das fotografias, pode-se deduzir que, ou não possuíam serviços idênticos, ou era dado mais valor a determinados serviços em detrimento de outros, dependendo do Distrito em que o Centro de Saúde estava localizado.

²⁷² Idem, p. 169.

As fotografias do 2º Distrito Sanitário de Porto Alegre, ao contrário do 1º Distrito, que só retrata homens, apresenta duas mulheres na função de funcionárias da instituição. Há ainda a foto do *Dispensário de Higiene Infantil* e do gabinete do diretor.



Imagem 2 - Centro de Saúde do 3º Distrito Sanitário da Cidade de Porto Alegre ²⁷³
 Fonte - FREITAS E CASTRO, op. cit.

Quanto às imagens do 3º Distrito Sanitário, o fotógrafo ou responsável pela edição das imagens parece querer representá-lo como sendo especializado em higiene infantil. Nesta série fotográfica, aparecem mulheres com crianças no colo, em quase todas as fotos. Há também fotografias de mães com seus filhos em uma sala de espera, bem como a foto de crianças sendo atendidas no *Dispensário de Higiene Infantil*. As mulheres também tem

²⁷³ As demais imagens da série “Centros de Saúde” encontram-se no ANEXO E desta dissertação.

destaque como funcionárias deste posto de saúde, no papel de educadoras sanitárias. Tais representações se repetem nas imagens do 4º e 5º Distritos. Nestes dois conjuntos de fotografias, também existem crianças sendo atendidas nos *Dispensários de Higiene Infantil*, porém, ao contrário do distrito anterior (cuja foto do atendimento demonstrava ser instantânea), estas imagens parecem ser posadas. No 5º Distrito, há ainda imagens de duas salas de espera diferentes, na mesma instituição: sala de espera do *Dispensário para o Tratamento das Moléstias Venéreas* e a sala de espera do *Dispensário de Higiene Infantil*. Tais imagens demonstram que mesmo oferecendo diferentes serviços, a instituição também oferecia ambientes diferenciados de espera para seu público, o que permitia que crianças e mães saudáveis não precisassem, por exemplo, frequentar o mesmo ambiente de atendimento de adultos portadores de doenças venéreas ou tuberculose.

A série fotográfica seguinte apresenta inúmeros estabelecimentos comerciais, remodelados de acordo com as normas impostas pela Reforma Sanitária de 1929. Cada Centro de Saúde possuía profissionais responsáveis pela fiscalização destes estabelecimentos, em relação aos cuidados com a higiene dos locais, venda de produtos falsificados ou deteriorados. De acordo com Freitas e Castro,

o trabalho dos fiscais foi intenso, mas coroado de pleno êxito, pois hoje pode-se percorrer qualquer Distrito Sanitário que se encontra por todos os lados o fruto da benemérita campanha por eles feita. Os açougues, as padarias, as torrefações de café, as leiterias, os armazéns, os bares, e botequins, os hotéis, as casas de pensões, etc. já se apresentam remodelados numa proporção muito grande. [...] Depois que a ação dos fiscais se fez sentir, houve uma mudança completa e hoje o comércio dos gêneros alimentícios, já respeita a saúde pública.²⁷⁴

As fotos que acompanham esta parte do texto apresentam a fachada e a parte interna de açougues, padarias, torrefações de café e fábricas de sorvete, remodelados de acordo com as novas normas sanitárias. Ao que tudo indica, as fotografias aparecem como provas dos bons serviços prestados pelos fiscais sanitários.

²⁷⁴ Idem, p. 170.

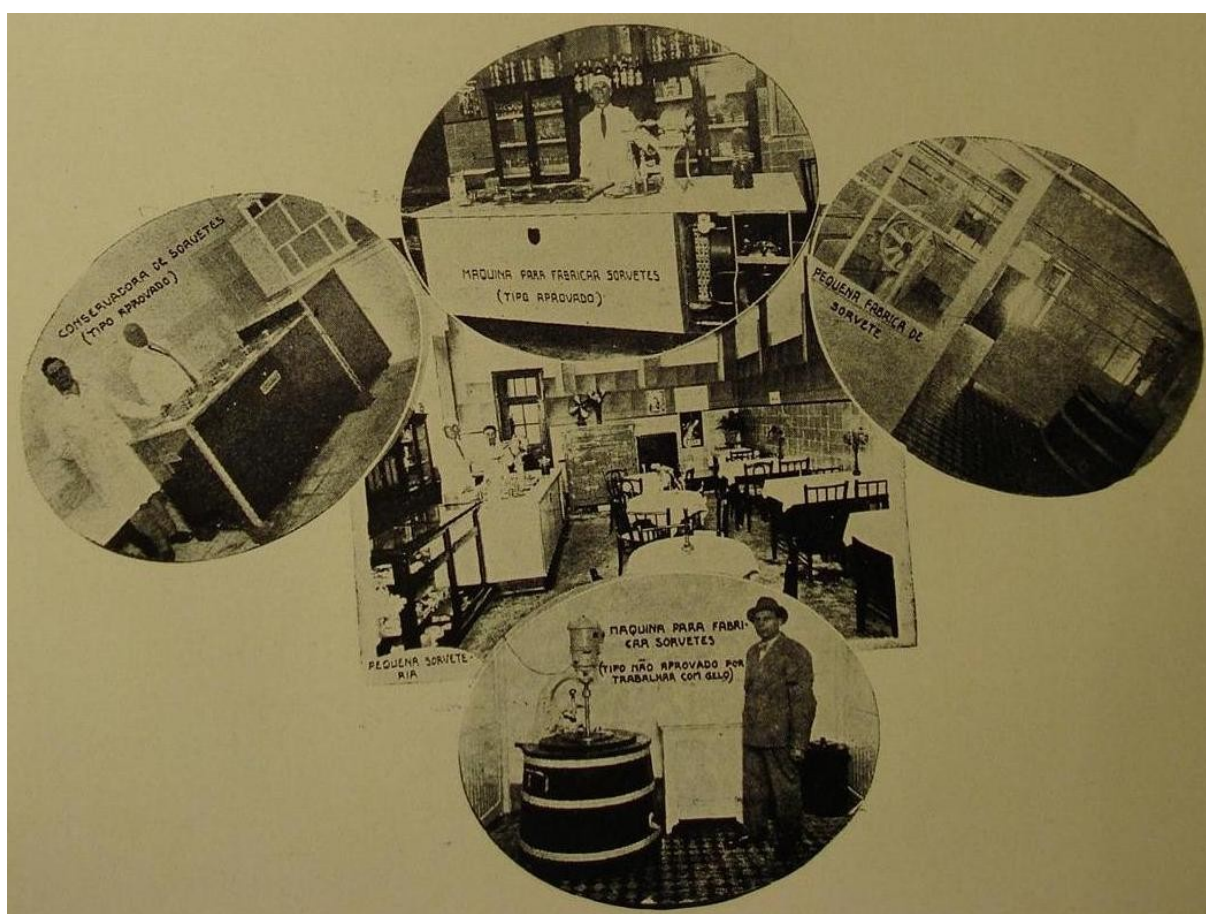


Imagem 3 - Sorveterias remodeladas de acordo com as novas normas sanitárias
Fonte - FREITAS E CASTRO, op. cit.

A próxima série de fotografias apresenta a Seção de Fiscalização da Importação de Gêneros Alimentícios, instituição independente dos Centros de Saúde, responsável por fiscalizar os alimentos vindos de fora da cidade. As fotos seguem o mesmo padrão das séries dos Centros de Saúde: fotografia da fachada do prédio, imagem posada dos funcionários, fotografia de laboratórios e guichês de atendimento.

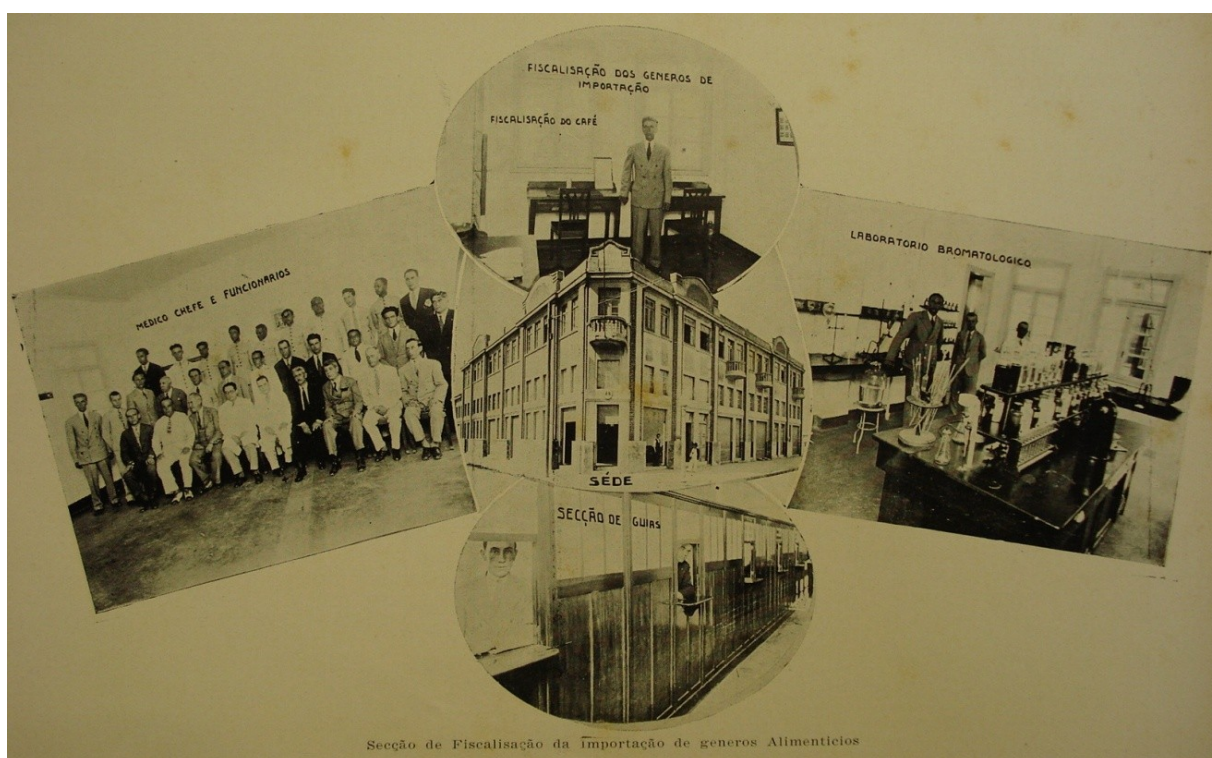


Imagem 4 - Seção de fiscalização da importação de gêneros alimentícios
 Fonte - FREITAS E CASTRO, op. cit.

A série seguinte apresenta as fotografias do Desinfectório do Estado. Esta série fotográfica enfatiza o equipamento utilizado para garantir os serviços, como os equipamentos de desinfecção e desinfestação, bem como a estufa que servia para a esterilização de roupas e objetos pertencentes às pessoas contaminadas por doenças infecto-contagiosas. Além disso, apresenta também imagens dos veículos utilizados para a realização das atividades.

Estabelecido em um prédio próprio situado na Rua Venâncio Aires, esta instituição tinha por função realizar a desinfecção dos locais habitados por pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas, seja na cidade de Porto Alegre, seja no interior do estado, além da preparação e distribuição de veneno para a eliminação de ratos. Todavia, o Desinfectório apresentaria inúmeros problemas para a realização adequada destas atividades. Nos relatórios enviados ao Secretário do Interior e Exterior, Freitas e Castro aponta para a pouca verba destinada à instituição, para os precários equipamentos e poucos funcionários que possuía²⁷⁵, assim como para a deficiência nos veículos utilizados nestes serviços.²⁷⁶

²⁷⁵ Em relação a estes equipamentos, o médico argumentava: “A estufa de Geneste Herscher, a única que possui o Desinfectório, funciona há mais de 20 anos, porém, com as reformas que tem sofrido vai servindo. A câmara de formol é constituída pela adaptação de uma antiga câmara frigorífica que já existia no prédio, quando foi adquirido. Ela deixa muito a desejar.” **Relatório Diretoria de Higiene**, 1928, p. 118.

²⁷⁶ De acordo com Freitas e Castro, “Existe apenas um auto ambulância [...] que faz todo o serviço de transporte de doentes e também do material e dos aparelhos de desinfecção. Sendo como é excessivo o serviço, o motor não

Não foi possível saber se a qualidade dos equipamentos melhorou após a Reforma de 1929. Entretanto, o que se pode perceber através das fotografias, é que o número de funcionários aumentou²⁷⁷, bem como o número de veículos utilizados no setor. Assim, ao que tudo indica, o serviço do Desinfectório provavelmente pode ser realizado com maior abrangência e eficiência.



Imagem 5 - Desinfectório
Fonte - FREITAS E CASTRO, op. cit.

Por último, há a série de fotografias do Hospital de Isolamento. Entre as fotografias desta instituição existem imagens das enfermarias apresentando, como era comum à época, os doentes instalados em amplos pavilhões coletivos, sem divisões internas. Entretanto, nesta

pode resistir e constantemente requer composturas. Quando a ambulância é recolhida á oficina, o desinfectório é obrigado a suspender todo o serviço por falta de condução. O Desinfectório possui um único automóvel para atender os pedidos de condução, quando os serviços são fora da linha de bondes ou quando se trata de moléstia contagiosa. É impossível com um único automóvel atender a tempo e a hora as requisições e por isso os serviços da Repartição, mesmo os de caráter urgente, são feitos sempre com atraso.” **Relatório Diretoria de Higiene, 1929**, p. 234.

²⁷⁷ Em 1928, o Desinfectório possuía apenas três desinfectores, um maquinista, um encarregado da sala do recebimento de objetos infestados, três motoristas e um cocheiro. Após a Reforma de 1929, passou a contar com muitos outros funcionários, entre eles 10 desinfectores, 10 guardas sanitários e 6 motoristas. FREITAS E CASTRO, op. cit., p. 178.

série, o que mais chama a atenção é a representação feita da parte de fora do Hospital. Esta fotografia foi tirada a longa distância da instituição, provavelmente com o objetivo de demonstrar o quanto tal Hospital (responsável por abrigar e tratar portadores de doenças infecto-contagiosas) estava isolado do meio urbano, não representando perigo de contágio para a população sadia.

Devido aos inúmeros problemas enfrentados por esta instituição, durante a Reforma de 1929 foi elaborado o projeto de construção de um novo Hospital de Isolamento, mais moderno e dotado de todos os requisitos necessários para receber as mais diversas doenças infecto-contagiosas. Na ocasião, devido às suas condições precárias, este hospital “apenas podia receber os doentes de peste, meningite cérebro espinhal e varíola. Para os de febre tifóide, difteria, escarlatina, tuberculose, etc., não havia acomodações, e continuavam sendo tratados nas enfermarias ou isolamentos dos hospitais gerais.”²⁷⁸ Porém, o novo Hospital de Isolamento foi outra instituição projetada em 1929, mas que não chegou a sair do papel.



Imagem 6 - Hospital de Isolamento
Fonte - FREITAS E CASTRO, op. cit.

²⁷⁸ Idem.

A opção por publicar tais imagens em uma revista significou levá-las ao conhecimento de todos, para serem vistas e lembradas, guardadas e consultadas. A publicação através da *Revista dos Cursos* pode representar a escolha de Fernando de Freitas e Castro em difundir as transformações realizadas pelo governo do estado no âmbito da saúde (e comandadas por ele), aos seus pares, professores da Faculdade de Medicina, ou aos seus alunos, futuros médicos e prováveis funcionários dos novos serviços de saúde pública.

Doze anos depois (em 1945), este texto foi reeditado nos *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde*, revista oficial dos serviços de saúde do Rio Grande do Sul, destinada, primordialmente, à publicação de pareceres e trabalhos realizados por seus técnicos, com publicações anuais. Fernando de Freitas e Castro havia falecido em 1941 (em um desastre de avião) e seus colegas decidiram homenageá-lo, reeditando seus escritos.²⁷⁹

A reedição das fotografias anos depois levou tais imagens para um novo público, ou seja, não mais restrito ao âmbito da Faculdade de Medicina ou aos médicos, mas aos leitores do periódico do Departamento Estadual de Saúde. Entre estes, estavam, provavelmente, médicos, mas também poderiam estar políticos ou pessoas interessadas nos negócios do Estado. Junto com a reedição do artigo de Freitas e Castro, encontra-se a seguinte mensagem:

Como homenagem à memória do professor Freitas e Castro, a quem se deve a **primeira organização sistemática dos nossos serviços sanitários e o estabelecimento dos princípios gerais**, tanto técnicos como administrativos, **sobre as quais se desenvolveram posteriormente, a atual Direção Geral do Departamento Estadual de Saúde**, reimprime nestes “Arquivos” os referidos trabalhos.²⁸⁰

Os editores dos *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde* justificam a homenagem a Freitas e Castro, argumentando que este médico realizou a organização dos serviços sanitários e o estabelecimento de princípios que nortearam a administração da saúde pública nas décadas seguintes. A estrutura criada sob o comando deste médico teria dado base para o desenvolvimento do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, instituído em 1938. O próximo capítulo desta dissertação trata do contexto em que este Departamento foi criado e das políticas para a saúde pública empregadas entre 1930 e 1945.

²⁷⁹ No entanto, nem todas as fotografias publicadas na *Revista dos Cursos* foram reproduzidas nos *Arquivos* de 1945. Das fotografias publicadas, algumas foram apresentadas do mesmo tamanho, mas a maioria encontra-se em tamanho menor, no formato aproximado de 4,5 x 3,5 cm.

²⁸⁰ **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, vol. 6, 1945, p. 7. Grifo nosso.

CAPÍTULO 3 - SAÚDE PÚBLICA NA ERA VARGAS

3.1 UM TEMPO DE DISCUSSÃO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA: 1930 A 1937

Após dois anos no cargo de presidente do Rio Grande do Sul, Getúlio Vargas se afastou do estado para liderar a “Revolução de 1930”²⁸¹, assumindo, posteriormente, a Presidência da República. Para a capital federal, Vargas foi acompanhado “por muitos dos mais destacados políticos gaúchos da época”²⁸² (que passaram a ocupar importantes cargos na capital federal), além das ideias políticas deste grupo, contrários, entre outras coisas, à autonomia estadual e à descentralização política.

Em nível estadual, José Antônio Flores da Cunha²⁸³ foi nomeado interventor do Rio Grande do Sul, permanecendo à frente do governo gaúcho por quase sete anos. Naquilo que tange à saúde pública, a historiadora Thaís Wenczenovicz argumenta que “Flores recebeu como legado um sistema de gerenciamento higiênico e sanitário já organizado”.²⁸⁴ Em *Relatório* enviado a Getúlio Vargas e lido perante a Assembleia Constituinte, em 15 de abril de 1935 (três dias após o início dos trabalhos), Flores da Cunha assim falava sobre este assunto:

A situação que o Estado vem atravessando nesses últimos anos não permitiu a execução do grande plano de organização sanitária debatido e aprovado no 1º Congresso das Municipalidades, realizado nesta capital.

[...].

Apenas em parte tem sido praticado, constatando-se, todavia, apreciáveis resultados, sobretudo no que concerne à profilaxia defensiva e agressiva, à luta contra a instalação de novas epidemias, à fiscalização de construções e reconstruções, habitações em geral e prédios desocupados, importação e comércio de gêneros alimentícios e comércio de tóxicos e entorpecentes.

A Diretoria de Higiene continua a promover o combate já iniciado, contra a mortalidade infantil, a tuberculose e a sífilis.

É cada vez maior o movimento nas Delegacias de Saúde dos diversos municípios,

²⁸¹ Para um aprofundamento da discussão sobre a chamada “Revolução de 1930”, ver: FAUSTO, Boris. **Revolução de 1930: história e historiografia**. São Paulo: Brasiliense, 1970. Ver também: FAUSTO, Boris. A Revolução de 1930. In: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). **Brasil em perspectiva**. São Paulo: DIFEL, 1971. p. 227-255.

²⁸² GERTZ, René E. **O Estado Novo no Rio Grande do Sul**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2005. p. 12.

²⁸³ José Antônio Flores da Cunha foi deputado estadual e federal, senador desde 1928 e um dos líderes da Revolução de 1930. Nomeado interventor federal no Rio Grande do Sul em 1930, cinco anos depois, em 1935, foi eleito governador de forma indireta pela Assembleia Constituinte estadual.

²⁸⁴ WENCZENOVICZ, Thaís Janaina. **Luto e silêncio: doença e morte nas áreas de colonização polonesa no Rio Grande do Sul (1910-1945)**. 2007. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. p. 130.

avultando o da de Porto Alegre, que atende à população da capital, através de seus cinco centros de saúde, localizados nos diversos arrabaldes.²⁸⁵

Apesar das dificuldades financeiras proporcionadas pela crise de 1929 e do clima de incertezas políticas gerado pela Revolução de 1930²⁸⁶, algumas modificações ocorreram na área da saúde pública, o que indica que a Reforma Sanitária elaborada no ano anterior foi aos poucos sendo implantada (mesmo que parcialmente).

A primeira modificação no campo da saúde se deu em relação ao Instituto Pasteur, de Porto Alegre. Dirigida pela Faculdade de Medicina e subvencionada pelo governo estadual, em 1º de outubro de 1932 esta instituição passou a ser administrada pelo Estado.²⁸⁷

Quanto às Delegacias de Saúde projetadas pela Reforma Sanitária estadual, o número delas foi aos poucos sendo ampliado, assim como o número de funcionários que deveriam atender ao setor. Em 1931, foram criados mais três cargos de médicos da Diretoria de Higiene,²⁸⁸ destacados como delegados de saúde para os municípios de Santiago do Boqueirão, Uruguaiana e Montenegro.²⁸⁹ Nos anos seguintes, inúmeros foram os cargos de médico delegado de saúde criados,²⁹⁰ além do lugar de guarda sanitário de 1ª classe na Delegacia de Saúde de São João de Montenegro²⁹¹, e sete lugares de guardas sanitários na Delegacia de Saúde de Conceição do Arroio (atual município de Osório).²⁹² Segundo Flores da Cunha, em 1935 existiam no estado 11 Delegacias de Saúde, instaladas em Santa Maria, Torres, São Borja, Itaqui, Santiago, Uruguaiana, Montenegro, Cachoeira, Osório, São

²⁸⁵ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil e lido perante a Assembleia Constituinte do Rio Grande do Sul pelo Interventor Federal General José Antônio Flores da Cunha em 15 de abril de 1935.** p. 32. (AHRs)

²⁸⁶ Para maiores detalhes sobre crise 1929 e incertezas políticas da década de 1930, ver: FERREIRA, Marieta de Moraes; PINTO, Surama Conde Sá. A crise dos anos 1920 e a Revolução de 1930. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília Almeida Neves. **O Brasil Republicano.** v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 387-415. PANDOLFI, Dulci Chaves. Os anos 1930: as incertezas do regime. In: Idem, v. 2, p. 15-37.

²⁸⁷ Idem, p. 33-34.

²⁸⁸ Decreto nº 4.715, de 5 de fevereiro de 1931; Decreto nº 4.831, de 20 de julho de 1931; Decreto nº 4.911, de 28 de dezembro de 1931. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul – 1931.** Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1932. p. 21, p. 113, p. 247. (APERS)

²⁸⁹ **Relatório de Flores da Cunha, 1935,** p. 34.

²⁹⁰ Decreto nº 5.173, de 26 de novembro de 1932. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul – 1932.** Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938. p. 449. Decreto nº 5.365, de 30 de junho de 1933. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul – 1933.** Porto Alegre: Of. Graf. Da Imprensa Oficial, 1940. p. 340. Decreto nº 5.535, de 9 de março de 1934; Decreto nº 5.558, de 28 de março de 1934; Decreto nº 5.610, de 9 de junho de 1934; Decreto nº 5.709, de 13 de outubro de 1934; **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul – 1934.** Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938. p. 35, p. 85, p. 115, p. 179. (APERS)

²⁹¹ Decreto nº 5.745, de 16 de novembro de 1934. Idem, p. 197.

²⁹² Decreto nº 5.559, de 28 de março de 1934. Idem, p. 86. Conforme citado no 2º capítulo, era função do guarda sanitário fiscalizar o cumprimento do regulamento sanitário, colher dados para a estatística demógrafo-sanitária e o material para exames, distribuir a medicação contra a verminose e o impaludismo, realizar a propaganda sanitária, além de manter o médico delegado de saúde informado sobre as ocorrências de seu distrito sanitário.

Sebastião e São Gabriel.²⁹³

Neste período, o contrato assinado com a Prefeitura de Porto Alegre “para a execução por aquele dos serviços de polícia, higiene e instrução” foi renovado por mais dois anos. A única alteração dizia respeito ao valor pago pela Prefeitura, que foi reajustado.²⁹⁴

Naquilo que diz respeito à chefia da Diretoria de Higiene e Saúde Pública, ela continuou a cargo do médico sanitarista Fernando de Freitas e Castro, até junho de 1933. Devido às lacunas existentes na documentação deste período no campo da saúde estadual, não foi possível obter maiores detalhes sobre os próximos diretores do setor. Ao que tudo indica, o cargo deveria ser ocupado pelo Dr. Mário Totta.²⁹⁵ Todavia, um mês após a nomeação daquele médico, o Dr. Fábio de Nascimento Barros foi nomeado para exercer, “em comissão”, as funções de diretor da Diretoria de Higiene.²⁹⁶

Nos anos iniciais da década de 1930, além da parcial continuidade da Reforma Sanitária, ocorreram também duas importantes inovações no campo da saúde: a criação da Secretaria da Educação e Saúde Pública, bem como a implementação de novas leis que passariam a reger a saúde pública estadual, propostas pela Assembleia Constituinte.

Através do decreto nº 5.969, de 26 de junho de 1935, foi criada a Secretaria de Estado dos Negócios da Educação e Saúde Pública,²⁹⁷ reunindo-se assim serviços já existentes em diversas diretorias e setores do governo estadual. Dois meses depois, um novo decreto buscava organizar (mesmo que de forma provisória) os serviços da recém criada Secretaria,²⁹⁸ prevendo sua divisão em seis diretorias, assim distribuídas:

- 1ª diretoria – expediente;
- 2ª diretoria – instrução pública;

²⁹³ **Relatório de Flores da Cunha**, 1935, p. 34.

²⁹⁴ Decreto nº 5.504, de 3 de janeiro de 1934. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul** – 1934. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938. p. 8 (APERS)

²⁹⁵ Decreto nº 5.347, de 7 de junho de 1933. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul** – 1933. Porto Alegre: Of. Graf. Da Imprensa Oficial, 1940. p. 330. (APERS) Mário Ribeiro Totta (1874-1947) se formou médico pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1904 e especializou-se em Ginecologia e Obstetrícia. Foi médico adjunto do Ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e diretor da Maternidade anexa àquela instituição. Foi também professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, secretário-geral da Instrução Pública, diretor do Gabinete de Identificação do Rio Grande do Sul e um dos fundadores do Sindicato Médico do estado (o SIMERS). SOUZA, Blau (Org.). **Médicos (Pr)escrivem: vidas e obras**. Porto Alegre: AGE/AMRIGS/SIMERS, 2001. p. 206.

²⁹⁶ Decreto nº 5.372, de 7 de julho de 1933. Idem, p. 345. Fábio Nascimento de Barros (1881-1952) iniciou a graduação na Faculdade de Medicina de Porto Alegre e terminou no Rio de Janeiro, em 1906. Especialista em neurologista, foi professor de Fisiologia e Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Funcionário público estadual de Porto Alegre, onde atuou como diretor da Higiene. Foi também médico da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e do Hospital São Pedro. SOUZA, op. cit., p. 38.

²⁹⁷ Decreto nº 5.969, de 26 de junho de 1935. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul** – 1935. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938. p.166. (APERS)

²⁹⁸ Decreto nº 6.037, de 10 de agosto de 1935. Idem, p. 220.

3ª diretoria – higiene e saúde pública;
 4ª diretoria – assistência a alienados;
 5ª diretoria – museu do Estado [Julio de Castilhos];
 6ª diretoria – biblioteca publica.²⁹⁹

Quanto ao secretário do novo órgão, neste primeiro momento, o médico Raul Pilla foi convidado para o cargo, mas o mesmo recusou o convite.³⁰⁰ Em seu lugar, foi nomeado Othelo Rosa.³⁰¹

Em relação à Assembleia Constituinte estadual de 1935, ela foi palco de importantes debates em torno das questões que envolviam a saúde. A partir desses debates, pode-se perceber uma tendência lenta dos políticos da época em iniciar a aproximação entre saúde pública e assistência médica. Até aquele momento, cabia ao Estado as questões relativas à saúde pública.³⁰² A assistência médica de caráter individual, por sua vez, ficava a cargo de particulares e de instituições de caridade. A partir de então, o Estado passou lentamente a se preocupar com a questão da assistência médica e com os problemas considerados “individuais” e pertencentes à esfera da medicina curativa.

²⁹⁹ Idem. Apenas em 1938, através do Decreto nº 7.615, de 13 de dezembro, foi aprovado o regulamento definitivo da Secretaria da Educação e Saúde Pública, que compreenderia “Diretoria Geral da Instrução Pública; Universidade de Porto Alegre; Ginásio Estadual; Universidade Técnica do Rio Grande do Sul; Departamento Estadual de Saúde; Diretoria de Assistência a Psicopatas; Biblioteca Pública; Museu Júlio de Castilhos; Teatro São Pedro; Estatística Educacional”. A partir de 1938, sucessivas alterações ocorreram nesta secretaria. Em 1940, o setor da saúde foi desincorporado desta, que passou a se chamar apenas *Secretaria da Educação* e em 1942, recebeu a denominação de *Secretaria de Educação e Cultura*. RIO GRANDE DO SUL. **Fontes para a história administrativa do Rio Grande do Sul**: a trajetória das secretarias de estado (1890-2005). Porto Alegre: CORAG, 2006. p. 44-45.

³⁰⁰ Cf. **Anais da Assembleia Constituinte do Estado do Rio Grande do Sul**. vol. II. 1935. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1936. p. 89. (BALRS) Raul Zenari Pilla (1892-1973) Médico pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1915. Recém-formado se tornou preparador nas cadeiras de Patologia Geral e Fisiologia. Atuou grande parte de sua vida como político, defendendo o Partido Federalista e o parlamentarismo. Foi Deputado Estadual e Presidente da Assembleia. Revolucionário em 1923, participou da Fundação do Partido Libertador em 1928. Acompanhou Getúlio Vargas na Revolução de 1930, mas uniu-se aos paulistas e a Borges de Medeiros na Revolução Constitucionalista de 1932. Em 1935 foi, por curto período, Secretário da Agricultura. SOUZA, op. cit., p. 154.

³⁰¹ Decreto nº 6.160, de 3 de fevereiro de 1936. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul** – 1936. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938. p. 139. (APERS)

³⁰² Ou seja, cabia ao Estado se responsabilizar por todo o problema que afetasse a saúde da população enquanto coletividade, e não pelos problemas individuais de saúde. Neste sentido, o Estado deveria solucionar ou prevenir os problemas relacionados às doenças transmissíveis, ao saneamento, à qualidade dos alimentos vendidos à população, etc. Sobre o desenvolvimento histórico destas questões, George Rosen argumenta que: “Ao longo da História humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica, o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo. E de sua inter-relação se originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje”. ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC / Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994. p. 31.

Em um primeiro esboço do anteprojeto da Constituição Estadual, a função do Estado em relação à saúde foi assim definida: “Art. 7º - Compete ao Estado, porém não privativamente: [...] II – cuidar da saúde e assistência pública”.³⁰³ Quanto às funções da Política Sanitária, este anteprojeto estabelecia o seguinte:

Art. 108 – O Estado promoverá os serviços de higiene e hospitalar nos municípios, os de combate aos males específicos e contagiosos, como a tuberculose, a lepra, o tracoma, as moléstias venéreas e verminoses e o combate ao uso dos tóxicos.

§ 1º - O Estado terá a preferência, sempre que julgar útil, na exploração do serviço hospitalar.

§ 2º - Os hospitais já existentes e em funcionamento, bem como o seu patrimônio, poderão passar ao Estado, mediante acordo com as suas direções.

§ 3º - Os municípios destinarão uma verba de auxílio aos serviços de assistência hospitalar.

Art. 109 – O Estado tornará obrigatória a inspeção médico-escolar nos estabelecimentos de ensino primário.

Art. 110 – Para assistência à infância e à maternidade, o Estado e os municípios destinarão 1%, pelo menos, das suas respectivas rendas tributárias.³⁰⁴

Pode-se observar neste anteprojeto que a maior preocupação dos deputados era a assistência hospitalar e a inspeção médico-escolar. A saúde pública, por sua vez, recebeu pouco espaço. Neste sentido, não caberia ao Estado o combate ou a profilaxia de qualquer doença infecto-contagiosa, mas apenas de determinadas doenças como a tuberculose, a lepra, o tracoma, as moléstias venéreas e verminoses. Ou seja, seriam de responsabilidade do governo estadual somente aquelas doenças contagiosas consideradas endêmicas na região.

Não satisfeito com estas ideias, o médico e deputado constituinte Aurélio Py apresentou uma proposta de alteração ao artigo 108 do anteprojeto, para a seguinte forma: “O Estado promoverá os serviços de Higiene e de Assistência Hospitalar nos Municípios, bem como os de combate às moléstias infecto-contagiosas de caráter endêmico ou epidêmico e ao uso de tóxicos”.³⁰⁵ Assim, Py propunha que o texto constitucional fosse mais amplo, não especificando as doenças que seriam combatidas pelo Estado. Para este deputado, caberia ao poder público o combate a todas as moléstias infecto-contagiosas, sejam as de caráter endêmico, já existentes na região, sejam as de caráter epidêmico, que poderiam por ventura aparecer no estado. Py justificava sua proposta com o seguinte argumento: “a redação acima proposta é mais genérica e técnica e nisso reside a sua principal justificação. Efetivamente, quem diz moléstias infecto-contagiosas aprende todos os males, não os restringindo ao que

³⁰³ 22ª Sessão, em 13 de maio de 1935. **Anais da Assembleia Constituinte do Estado do Rio Grande do Sul**, vol. I – 12 de abril de 1935 a 29 de junho de 1935. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1935. p. 219. (BALRS)

³⁰⁴ Idem, p. 237-238.

³⁰⁵ 38ª sessão, em 31 de maio de 1935. Idem, p. 401.

consigna o texto do projeto em discussão”.³⁰⁶

A proposta de Aurélio Py foi rejeitada. Todavia, o texto constitucional não deixou de ser alterado pela comissão encarregada de seu estudo, composta pelos deputados Décio Martins Costa, Raul Pilla, Fay de Azevedo e Edgar Luis Schneider. O novo artigo ficou redigido da seguinte forma:

O Estado promoverá os serviços de higiene nos municípios, tais como os de assistência à maternidade e à infância, os de combate aos males específicos e contagiosos, como a tuberculose, a lepra, o tracoma, as moléstias venéreas e verminoses e o combate ao uso de tóxicos.³⁰⁷

Assim, a frase “o Estado promoverá os serviços de Higiene e de Assistência Hospitalar nos Municípios” foi modificada, e o texto passou a informar que o Estado iria promover apenas os serviços de higiene (corroborando com os ideais expressos pela Reforma Sanitária de 1929). Entretanto, a assistência à maternidade e à infância passaram a aparecer como prioridades destes serviços. Já naquilo que diz respeito às doenças contagiosas, o texto manteve especificadas as moléstias cujo combate e profilaxia seriam de responsabilidade do Estado (isto é, apenas a tuberculose, a lepra, o tracoma, as moléstias venéreas e verminoses).

A redação final da Constituição Estadual de 1935, naquilo que se refere à saúde pública, ficou assim redigida:

CAPITULO XVII

Política Sanitária

Art. 115 - O Estado promoverá:

- a) **a formação da consciência sanitária** individual nas primeiras idades, através do ensino primário e elementar;
- b) os serviços hospitalares, os de higiene e os de combate aos males específicos e contagiosos, como a tuberculose, a lepra, o tracoma, a malária, a sífilis, as moléstias venéreas e verminoses;
- c) o combate ao uso dos tóxicos;
- d) os serviços de assistência à maternidade e à infância, isolados, ou anexados aos hospitais existentes.

§ 1.º - Para tal fim criará o Estado, nas regiões em que achar mais conveniente, serviços hospitalares, cujo custeio será auxiliado pelos Municípios por eles favorecidos.

§ 2.º - Os hospitais já existentes e os que se venham a construir poderão receber do Estado um auxílio especial, a fim de se poderem adaptar, preenchendo melhor suas finalidades, ao plano geral de defesa sanitária, e poderão passar, bem como o seu patrimônio, ao Estado, mediante acordo com suas direções.

§ 3.º - Os municípios destinarão verba de auxílio aos serviços de assistência hospitalar e 1%, pelo menos, das suas receptivas rendas tributárias, à assistência da maternidade e infância.

³⁰⁶ Idem.

³⁰⁷ Idem, p. 428.

Art. 116 - O Estado tornará obrigatória a inspeção médico-escolar nos estabelecimentos de ensino primário.

Art. 117 - O Estado e o Município cuidarão do desenvolvimento das obras e serviços relativos ao saneamento e urbanismo, mediante assistência mútua, técnica e financeira, sob a direção do primeiro, com um programa de conjunto, previamente regulamentado.³⁰⁸

A primeira questão indicada pela Constituição como sendo função do Estado na área da saúde se refere à formação da consciência sanitária das crianças, através do ensino escolar. Em segundo lugar, aparecem três diferentes serviços: os serviços hospitalares de assistência (até então função de particulares e da caridade), os serviços de higiene (que originalmente eram função dos municípios, mas que pela Reforma Sanitária de 1929 passaram para o governo estadual) e por último os serviços de saúde pública, através do combate a doenças contagiosas específicas. Neste sentido, o texto constitucional cita as doenças que os anteprojetos de constituição já previam, como a tuberculose, a lepra, o tracoma, as moléstias venéreas e verminoses. Todavia, um acréscimo foi feito em relação às enfermidades: o texto apresenta discriminado a sífilis (uma doença venérea, que naquela época era uma das que mais preocupava médicos e políticos). Outra moléstia que passa a aparecer na redação final, e que não estava listada nos anteprojetos, é a malária, doença que passou a ser endêmica em regiões específicas do Rio Grande do Sul nos anos trinta.³⁰⁹

Além disso, permanece a preocupação dos legisladores em relação aos serviços de assistência à maternidade e às crianças pequenas, em idade não-escolar. Os demais artigos e incisos referem-se ao serviço hospitalar, uma novidade nas funções do Estado. Por fim, a Constituição apresenta outra preocupação da Reforma Sanitária de 1929, isto é, a parceria entre o governo estadual e os municípios para o desenvolvimento de obras e serviços de saneamento.

Tanto a Assembleia Constituinte quanto sua sucessora, Assembleia Legislativa instalada em 1936, foram palco de inúmeras discussões em relação ao tema saúde pública, bem como da exposição de críticas às ações do governo no setor. Neste sentido, um exemplo interessante foi o discurso do deputado (e também médico) Julio Vieira Diogo, do Partido Republicano Liberal, na sessão do dia 10 de junho de 1937. O deputado inicia sua fala dizendo:

³⁰⁸ **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul – 1935.** Disponível em: <http://www2.al.rs.gov.br/biblioteca/LinkClick.aspx?fileticket=DC_TyvxsEfo%3d&tabid=3107&language=pt-BR>. Acessado em: 10 set. 2010. Grifo nosso.

³⁰⁹ Neste momento, a malária passou a ser uma doença endêmica nos municípios de Osório e Torres. Cf. **Relatório DES**, 1940, p. 68.

Aqui nem se cuida da saúde nem se procura impedir a aproximação da insanidade. Nesta matéria, como em medicina social médico-hospitalar, tudo está para ser fazer em nosso meio. O povo gaúcho, à mercê de sua própria sorte, e entregue a um determinismo desolador, ante o sofrimento que lhe tortura e deprime, outro gesto não pode ter que não o de apelar para as instituições pias. E o governo, que criminosamente descarta dos seus governados, deles somente se lembra nos momentos difíceis, para exigir-lhes toda a sorte de tributo, inclusive o de sangue. [...]. O crime do Governador é não cuidar da saúde pública no Rio Grande do Sul.³¹⁰

A partir da fala de Julio Diogo, é possível perceber que a questão da assistência médica estava cada vez mais presente nas preocupações dos políticos, sendo esta considerada como uma obrigação do Estado. Na opinião deste deputado, o povo gaúcho, praticamente abandonado a sua própria sorte, era obrigado a buscar ajuda nas instituições pias, ou seja, nas caridades e sociedades de beneficência. O governo estadual, por sua vez, ao invés de socorrer e amparar seu povo na hora da doença e da dor, cobrava-lhe altos impostos. Para Diogo, o crime do governador Flores da Cunha talvez não fosse o de conspirar contra o governo central ou contra seus adversários políticos em nível regional, e sim não cuidar da saúde pública no Rio Grande do Sul.³¹¹

Continuando seu discurso, Julio Diogo argumentou que a despesa feita em nome da higiene não seria um gasto, e sim uma economia. Para este deputado, o governo faria economia se praticasse profilaxia dos males que afligiam a população do estado:

[...] cumpre ao governo realizar com rigor e sem desfalecimentos, é a fiscalização e profilaxia eficiente, honesta e severa dos portos, fronteiras e hinterland do nosso Estado, para evitar, destarte, que entrem ou permaneçam dentro do nosso território elementos que, ao invés de contribuírem para a nossa grandeza econômica, vêm aumentar o número dos inválidos e mendigos.³¹²

Em sua visão, o combate às doenças, além de gerar um gasto para o governo, deixava um grande número de pessoas improdutivas, devido às sequelas provocadas. Para Julio Diogo, a melhor arma seria a profilaxia, ou seja, a prevenção:

O Governo que não cuida da saúde de seu povo não pode e não tem o direito de lhe exigir quaisquer sacrifícios. [...] O Governo que não se preocupa com a saúde e a higiene pública descarta da sua finalidade máxima. O povo, abandonado à sua própria sorte, não compreenderá como os responsáveis por tão relevante problema social, lhe podem exigir, não só o ônus dos impostos, mas ainda a obediência, o

³¹⁰ 31ª Sessão, em 10 de junho de 1937. **Anais da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul – 3ª reunião da 1ª legislatura**. vol. II. 1937. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1937. p. 124. (BALRS)

³¹¹ Para maiores detalhes sobre as jogadas políticas de Flores da Cunha e as conspirações armadas pelo mesmo, ver GERTZ, op. cit. Ver também: CORTÉS, Carlos E. **Política Gaúcha** (1930-1964). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

³¹² **Anais da Assembleia**, 1937, vol. II, p. 126.

respeito e a admiração.

O homem é o principal fator da economia e, célula mater da nacionalidade, jamais poderá torná-la grande e feliz, sem a assistência da higiene e saúde pública, encargos estes diretamente afetos aos governantes. [...].

Infelizmente, Sr. Presidente e Srs. Deputados, no Rio Grande do Sul tudo está para se fazer, no que diz respeito à causa da higiene e da assistência social médico-hospitalar: nem mesmo os preconizados postos avançados existem nas orlas fronteiriças e limítrofes com os centros onde emanam os males.³¹³

Na mesma sessão, o deputado e também médico Décio Martins Costa argumentou que a Constituição do Estado possuía um capítulo para tratar de política sanitária, mas que o governador, Flores da Cunha, nunca o lera. Isto é, apesar da Constituição Estadual de 1935 prever serviços na área da saúde pública, estes não eram cumpridos e, além disso, segundo Costa, o governador sequer mostrava-se interessado em conhecer as leis que regiam tal setor.³¹⁴

Também participando da discussão, o deputado Simões Lopes Filho afirmou que: “isso tudo é fruto da administração do Sr. Borges de Medeiros, que não acreditava em micróbios. [...]. O Sr. Flores da Cunha vem seguindo a mesma escola”.³¹⁵ Através desta frase, Lopes Filho deixa de lado concepções políticas e administrativas, argumentando em termos estritamente biológicos. Por sua vez, Décio Martins Costa compara o governo dos dois políticos citados. Para este deputado, havia uma grande diferença entre a organização da higiene do tempo de Borges de Medeiros e de Flores da Cunha. A primeira “não onerava os cofres públicos. Hoje ela onera os cofres públicos e não tem eficiência também. [...]. No Rio Grande não se faz higiene e custa muito... Aí está a diferença”.³¹⁶ Neste sentido, Costa afirmava que naquele momento muito se gastava, e pouco se fazia. No governo de Borges de Medeiros, entretanto, apesar das poucas ações do Estado no campo da saúde pública, tal negligência ao menos não onerava os cofres públicos.

Pouco tempo depois desta discussão, Flores da Cunha recorreu à Assembleia Legislativa, provavelmente para mostrar que estava a par dos problemas sanitários do estado e que estava trabalhando para resolvê-los. Em ofício, o governador solicitou verbas para a criação de duas novas Delegacias de Saúde, utilizando para isso a seguinte justificativa:

Entre os problemas de higiene e saúde pública que vêm preocupando o Governo do Estado, sobreleva, sem dúvida, o do tracoma – moléstia que se tem disseminado de modo inquietante em certas zonas da região colonial.

³¹³ Idem, p. 127.

³¹⁴ Idem, p. 126.

³¹⁵ Idem, p. 129.

³¹⁶ Idem.

Ainda no ano transacto a população de Boa Vista do Erechim e circunvizinhanças apelou para o Governo, no sentido de melhor ampará-la e defendê-la. Nos municípios de Caxias, Bento Gonçalves, Alfredo Chaves, Garibaldi e outros da zona colonial o tracoma se tem desenvolvido de forma impressionante; e mesmo em regiões até então consideradas indenes como a fronteira, recentes observações demonstram que vão sendo atendidas.

Estudando devidamente o assunto, chegou-se à conclusão de que, para uma campanha eficiente contra o tracoma, torna-se indispensável a criação de delegacias especiais de saúde, localizadas nos pontos mais indicados, e ulteriormente resolvidos.

Julgo escusado justificar perante essa Assembleia Legislativa a conveniência de tal medida, que virá proteger densa e laboriosa população de regiões produtoras e ricas, e ainda contribuir para manter e melhorar as condições de salubridade de todo o Estado.

José Antonio Flores da Cunha

Palácio do Governo, em Porto Alegre, 24 de Junho de 1937³¹⁷

As duas Delegacias de Saúde da região colonial, para a defesa do tracoma, contariam com dois médicos e dez guardas sanitários. A liberação da verba solicitada, bem como a autorização para a criação das delegacias, foi dada no dia 8 de outubro de 1937, poucos dias antes da renúncia de Flores da Cunha do cargo de governador do estado. Através do projeto de lei n. 88, a Assembleia Legislativa autorizou “o Governo do Estado a criar duas delegacias de saúde na zona colonial, compreendendo os municípios de Caxias, Garibaldi, Bento Gonçalves, Alfredo Chaves e outros, despendendo nisso a importância de 71:400\$000”.³¹⁸

Com a renúncia de Flores da Cunha, em 17 de outubro de 1937, o Secretário do Interior, Darcy Azambuja, assumiu, provisoriamente, o cargo de governador, até que a Assembleia Legislativa elegeisse um novo titular. Entretanto, ao contrário daquilo que previa a Constituição Estadual, o comandante da 3ª Região Militar, General Manuel de Cerqueira Daltro Filho, foi nomeado interventor federal na região. Desta forma, de acordo com Gertz, o Estado Novo teria começado mais de três semanas antes no Rio Grande do Sul.³¹⁹ Como Secretário da Educação e Saúde Pública deste novo governo, foi escolhido José Pereira Coelho de Souza, um dissidente do partido de Flores da Cunha (o PRL), empossado no cargo no dia 21 de outubro de 1937. A direção da Diretoria de Higiene e Saúde Pública ficou a cargo do Dr. Julio Vieira Diogo, deputado que alguns meses antes fizera, na Assembleia Legislativa, severas críticas à atuação do governo Flores da Cunha, no campo da saúde

³¹⁷ 42ª Sessão, em 28 de junho de 1937. **Anais da Assembléia**, 1937, vol. II, p. 359.

³¹⁸ Projeto de Lei nº 88. **Anais da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul** – 3ª reunião da 1ª legislatura. vol. IV. 1937. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1937. p. 507. (BALRS)

³¹⁹ GERTZ, op. cit., p. 13.

pública.³²⁰

Cabe destacar também que, com a decretação do Estado Novo em nível nacional, no dia 10 de novembro, a Constituição Federal de 1934, assim como as constituições estaduais, perderam sua validade. Assim, a Constituição Estadual de 1935 passou a não mais vigorar oficialmente, o que, porém, não significa que suas ideias tenham deixado de nortear a atuação dos serviços de saúde.

Em 19 de janeiro de 1938, o interventor federal Daltro Filho faleceu e foi substituído, provisoriamente, pelo secretário do Interior Maurício Cardoso. No dia 2 de março, Getúlio Vargas nomeou como interventor o coronel do exército Oswaldo Cordeiro de Farias, um militar sem militância político-partidária, que fora “chefe de gabinete de Daltro Filho, no comando militar regional, e exercera o comando efetivo da região quando este se tornava interventor”.³²¹

Cordeiro de Farias manteve Coelho de Souza no cargo de Secretário da Educação e Saúde Pública. Já naquilo que diz respeito à Diretoria de Higiene, Julio Diogo se afastou do cargo de diretor, por motivos de interesse particular.³²² De acordo com René Gertz, o interventor “aparentemente não encontrou ninguém entre os médicos gaúchos com disposição ou capacidade para tarefa tão importante. Por isso, buscou um gaúcho estabelecido no Rio de Janeiro, José Bonifácio Paranhos da Costa”³²³, médico dos quadros do Departamento Nacional de Saúde. Nas palavras do interventor Cordeiro de Farias:

Ele era um dos maiores sanitaristas do Rio de Janeiro e o conheci por intermédio de meu irmão Roberval, que era médico. [...]. Solicitei sua requisição à área de saúde pública federal para colaborar com Coelho de Sousa na Secretaria de Educação e Saúde Pública.³²⁴

Quanto a esta questão, Juliane Serres argumenta: “com a centralização política que passou a ocorrer no pós 30, com o apogeu durante o Estado Novo, não apenas foram nomeados ‘interventores’ para os Estados, a fim de garantir a fidelidade política ao governo

³²⁰ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Cel. Oswaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal no Rio Grande do Sul pelo Dr. J. P. Coelho de Sousa, Secretário da Educação e Saúde Pública, 1937/1939.** p. 43. (AHR)

³²¹ GERTZ, op. cit., p. 21.

³²² **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública, 1937/1939,** p. 43.

³²³ GERTZ, op. cit., p. 109. José Bonifácio Paranhos da Costa, apesar de ser gaúcho (natural de Pelotas), estudou e iniciou carreira fora do Rio Grande do Sul. Diplomou-se em Farmácia (1910) e Medicina (1915) pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Especializou-se como médico sanitarista. Participou de congressos e viagens de estudos que incluíram o nordeste do país, o Paraguai e a França. SOUZA, 2001, op. cit., p. 70.

³²⁴ CAMARGO, Aspásia; GÓES, Walder de. **Meio século de combate: diálogo com Cordeiro de Farias.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981. p.249.

central, como ‘interventores’ para a saúde”.³²⁵ Neste sentido, Bonifácio Costa pode ser visto como um “interventor da saúde”, que teria a incumbência de fazer cumprir as orientações do Departamento Nacional de Saúde.

Já para Fernanda Proença, a posse de Costa na chefia da saúde demonstra, “além do controle federal sobre os serviços estaduais, o forte empenho em estabelecer no estado uma política abrangente de Saúde Pública”.³²⁶ Neste sentido, uma nova reforma dos serviços sanitários estaduais estava sendo elaborada, o que acabaria por trazer novas diretrizes para o campo da saúde pública. Em parte, isso se deve a não concretização das propostas formuladas em 1929, seja por problemas financeiros ou políticos, com aponta Bonifácio Costa:

Pretendia-se dividir o Estado em seis distritos sanitários, cada um com uma Inspeção Sanitária, e tantas delegacias de saúde, quantos os municípios.

As atividades desses órgãos distritais de higiene seriam executadas através dos centros de saúde e postos de higiene.

Entretanto estas Inspeções não chegaram a ser criadas e, apenas, instaladas delegacias de saúde nas cidades de Santa Maria, Passo Fundo, Cachoeira, São Borja, Uruguaiana, São Gabriel, Cruz Alta, Montenegro, Caí, Novo Hamburgo, Gravataí, José Bonifácio, Itaqui, Osório e Torres.

Em algumas dessas localidades as delegacias se limitavam ao médico delegado, sem qualquer recurso de trabalho.

As cinco unidades sanitárias, denominadas centros de saúde, em Porto Alegre, estavam incompletamente instaladas, quanto à parte de material e pessoal, quanto à sistematização dos trabalhos inerentes às suas finalidades, quanto a um regulamento sanitário que lhes balizasse e legalizasse a atuação.

As repartições centrais não dispunham de uma organização que lhes permitisse o seguimento normal da marcha dos expedientes.³²⁷

Problemas políticos e financeiros enfrentados pelo país em praticamente toda a década de 1930 haviam impossibilitado que a reforma sanitária estadual saísse do papel da forma com que havia sido elaborada.³²⁸ Na prática, muito ainda precisava ser feito para melhorar os serviços de saúde pública oferecidos pelo governo estadual. Ainda faltavam verbas, funcionários qualificados, equipamentos e, além disso, o novo Código Sanitário que levava

³²⁵ SERRES, Juliane C. P. "Nós não caminhamos sós": O Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950). 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004. p. 112.

³²⁶ PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os escolhidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã (1930-1940)**. 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. p. 53.

³²⁷ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal pelo Dr. J. Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES**, 1942. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1943. p. 5. (AHRs)

³²⁸ É importante ressaltar novamente que a crise econômica mundial, provocada pela quebra da bolsa de Nova York em outubro de 1929, e as mudanças políticas ocasionada pela Revolução de 1930, geraram instabilidade no campo político e econômico, e dificultaram o desenvolvimento das políticas públicas para a área da saúde, tanto em nível nacional quanto em nível regional.

anos para ficar pronto, ainda não havia entrando em vigor. A nova reforma dos serviços sanitários estaduais, realizada no ano de 1938, buscava sanar estes problemas, assim como aproximar e padronizar a estrutura administrativa dos serviços de saúde com a dos demais estados do país. Encontra-se aqui o surgimento do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

3.2 O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE: 1938 A 1945

Em 14 de setembro de 1938, foi decretada a criação do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (DES), órgão responsável pela administração, coordenação e execução de todas as atividades relativas à saúde pública.³²⁹ De acordo com seu regulamento, este órgão seria encarregado dos serviços estaduais e municipais de higiene e assistência médico-social de finalidade sanitária.³³⁰

Segundo Bonifácio Costa, o regulamento do DES, “verdadeiro código de saúde, atualizado e completo, foi inspirado no anteprojeto do Regulamento Federal de Saúde, proposto por comissões de técnicos especializados pelo Governo Federal, em agosto de 1934”.³³¹ Porém, pode-se supor que este regulamento tenha herdado as ideias do código sanitário elaborado no estado a partir da Reforma Sanitária de 1929. O novo código estadual, que levaria anos para ficar pronto, ao que tudo indica, não havia entrando em vigor.³³² Encontrou-se referência de que ele ficara pronto em 1936 (após sete anos em elaboração). Na mensagem enviada à Assembleia Legislativa por Darcy Azambuja, quando, provisoriamente, no exercício do cargo de governador, encontra-se a seguinte informação:

³²⁹ Decreto nº 7.481, de 14 de setembro de 1938. **Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul a que se refere o decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938**. Porto Alegre: Globo, 1939. p. 5. (BCPUCRS)

³³⁰ Decreto nº 7.558, de 11 de novembro de 1938. Idem, p. 2.

³³¹ **Relatório DES**, 1942, p. 6. O diretor do DES refere-se à reforma organizada pelo ministro da educação e saúde pública, Gustavo Capanema, e da comissão organizada por este, composta por reconhecidos sanitaristas, como João de Barros Barreto, Jansen de Mello, Ernani Agrícola, Gustavo de Sá Lessa, Décio Parreiras, Carlos Sá e José P. Fontenelle. Cf. FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 133.

³³² Em 1930, o periódico *Archivos Rio Grandenses de Medicina* apresentou uma sutil crítica em relação à demora em se colocar o novo Código Sanitário em vigor: “Obra vultuosa e ao que nos parece em tudo original, enquadrando-se as nossas necessidades em matéria de higiene pública, sem dúvida, só este fato é bastante para justificar a demora com que se vem assinalando a sua apresentação”. **Archivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 4, abril 1930. p. 1. Disponível em: <http://www.muham.org.br/admin/files_db/ati_156.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

Já foi elaborado pela Saúde Pública um Código Sanitário, que será submetido ao exame e estudo da Assembléia Legislativa do Estado.

Este Código reúne e consolida todas as disposições relativas ao que se refere á perfeita organização sanitária do Estado.³³³

Pode-se supor que este novo código tenha entrado em vigor em 1938 com modificações, para se enquadrar ao *Regulamento Federal de Saúde*, sendo utilizado para dar base a uma nova reforma sanitária estadual.

O *Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul*, apesar do nome, apresenta minuciosamente não apenas os serviços a serem prestados por este Departamento, sua estrutura e suas funções, mas também trata em detalhes sobre as normas sanitárias a serem seguidas pela população. Um exemplo é a parte que discorre sobre o *Saneamento e Polícia Sanitária*, onde são expostas as normas do saneamento das construções (pisos, banheiros, porões, iluminação, ventilação), do abastecimento de água, sobre esgotos, águas pluviais, etc. Na parte denominada *Higiene*, o *Regulamento* aborda, entre outras coisas, a higiene industrial e as regras para a higiene dos locais de trabalho: instalações sanitárias, iluminação, ventilação, limpeza e remoção de resíduos. Outro exemplo é a parte *Fiscalização dos Gêneros Alimentícios*, que estabelece as condições para a comercialização dos alimentos, acondicionamento, transporte, fabricação, além das condições físicas e aparelhagem que os estabelecimentos que comercializavam este tipo de produto deveriam possuir.³³⁴

De acordo com o *Regulamento do DES*, para a realização dos serviços de saúde pública, o estado seria dividido em distritos sanitários, que abrangeriam um ou mais municípios. Cada distrito possuiria um órgão de higiene, seja Centro de Saúde ou Posto de Higiene, que variariam de acordo com sua composição. Os municípios, por sua vez, deveriam arcar com 5% sobre o total dos impostos arrecadados.³³⁵

A nova estrutura dos serviços de saúde no estado, reorganizada em 1938, ficou assim dividida:

³³³ **Mensagem enviada a Assembleia Legislativa pelo Dr. Darcy Azambuja, secretario dos Negócios do Interior, no exercício do cargo de Governador do Estado, em 1 de julho de 1936.** Porto Alegre: Imprensa Official, 1936. p. 65. (AHRs)

³³⁴ Para uma análise dos artigos deste *Regulamento* que se referem à profilaxia da lepra, ver: SERRES, 2004, op. cit., p. 113-114.

³³⁵ **Regulamento DES**, 1938, p. 6-7. Observa-se aqui uma continuidade nos ideais da Reforma Sanitária de 1929. Todavia, enquanto esta previa a divisão do estado em seis distritos sanitários, a reforma de 1938 não estabelecia um número preciso de distritos, apenas previa que estes poderiam abranger um ou mais municípios. Outra questão diz respeito à verba destinada pelos municípios aos serviços sanitários executados pelo Estado. Enquanto a reforma de 1929 previa verba de 3% sobre o total de impostos arrecadados pelas intendências, a reforma de 1938 estabelecia o valor de 5% da arrecadação. Apesar destas pequenas alterações, uma ideia que se mostra semelhante em ambas as reformas diz respeito à utilização de Centros de Saúde e Postos de Higiene como instituições centrais na execução dos serviços sanitários.

* **Diretoria Geral:** contava com a assistência técnica de um médico sanitarista³³⁶, mas também de um engenheiro sanitarista, aos quais competiam o estudo e fornecimento de pareceres sobre questões apresentados à decisão do Diretor Geral. Especificamente ao engenheiro sanitarista, caberia a tarefa de aconselhar sobre as condições de higiene das habitações, estabelecimentos comerciais, industriais, hospitalares, construção de escolas, matadouros e serviços de remoção de resíduos.³³⁷

I – Divisão Administrativa: responsável pelas questões burocráticas e pelo controle de verbas e gastos. Esta divisão: “controla e dirige o serviço de distribuição de verbas, aquisição de medicamentos e material, além de prover sobre as necessidades de transporte na capital”.³³⁸

II – Divisão Técnica: constituía um órgão consultivo do DES, em matéria técnica, possuindo órgãos mistos de coordenação e execução. Tinha sob sua dependência direta os serviços de Bioestatística e Epidemiologia, Educação e Propaganda Sanitária, Fiscalização do Exercício Profissional, Fiscalização dos Gêneros Alimentícios e Higiene Escolar;

III – Divisão de Laboratórios de Saúde Pública: possuía os serviços de Anatomia Patológica e Parasitologia, Diagnósticos e Pesquisas, Produção de Soros e Vacinas, Bromatologia, Controle das Águas e Esgotos, Leite e Laticínios, além de Química Analítica;

IV – Divisão dos Serviços Distritais de Higiene: composta por Centros de Saúde ou Postos de Higiene, era a responsável pela execução dos serviços de Higiene da Alimentação, Higiene do Trabalho, Higiene da Criança, Higiene Pré-natal, Higiene Dentária, Polícia Sanitária e Saneamento, Combate às Doenças Venéreas, Combate à Lepra, Combate à Tuberculose, Combate às Doenças Transmissíveis Agudas e Combate às Endemias Rurais. Os Centros de Saúde eram as unidades que ofereciam algumas especialidades, como em doenças transmissíveis, higiene da criança, pré-natal, saneamento e polícia sanitária, higiene da alimentação e do trabalho, além de possuírem um pequeno laboratório. Os Postos de Higiene eram instituições mais simples, mas que também possuíam um laboratório próprio.

V – Divisão de Assistência Médico-Social: exercia atividades de execução, coordenação, orientação e fiscalização de diferentes estabelecimentos de caráter assistencial: abrigos, asilos,

³³⁶ Para maiores detalhes sobre a profissão de médico sanitarista no Brasil, ver FONSECA, op. cit. Ver também: FONSECA, Cristina. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciências & Saúde Coletiva*, vol. 5, n. 2, p. 393-411, 2000.

³³⁷ *Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública*, 1937/1939, p. 50.

³³⁸ *Revista do Globo*, Porto Alegre, 30 nov. 1940, p. 17. (AHPAMV)

colônias (de menores “desvalidos”, leprosos, tuberculosos, psicopatas), creches ou pupilarias, hospitais (especiais ou gerais), maternidades, preventórios, reformatórios e sanatórios (para leprosos, tuberculosos e psicopatas).³³⁹

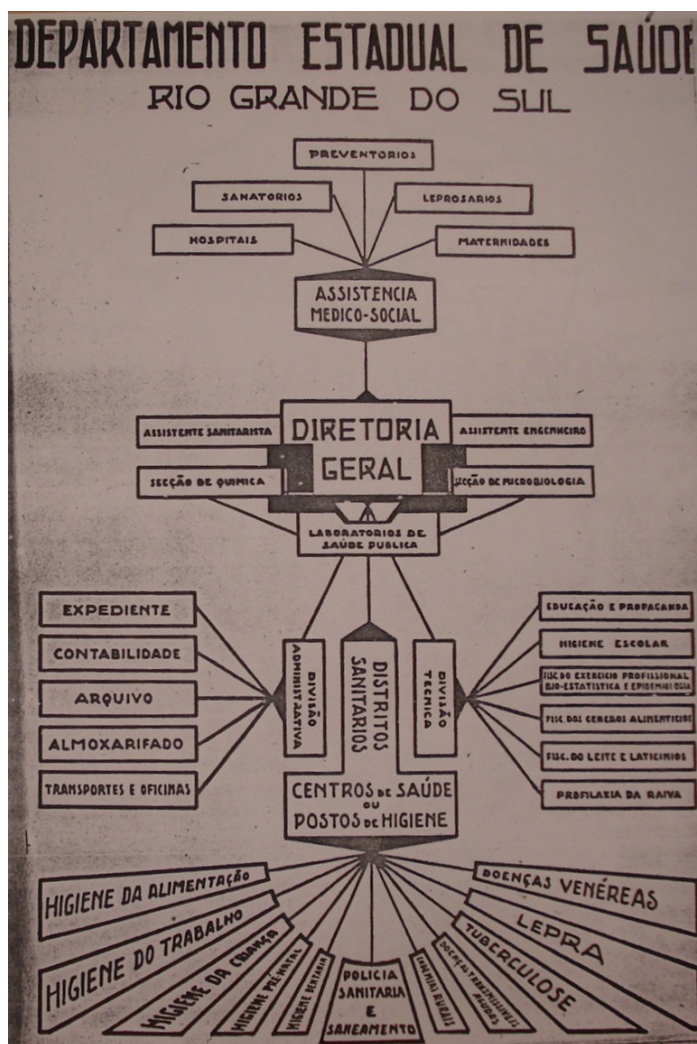


Imagem 7 – Organograma da divisão interna do DES
Fonte – Regulamento DES, 1938.

Coube ao *Serviço de Bioestatística* organizar e publicar pela primeira vez os boletins demógrafo-sanitários mensais de todo o estado. Até aquele momento, os boletins elaborados referiam-se apenas à cidade de Porto Alegre.³⁴⁰ O novo boletim passou a publicar a bioestatística dos 88 municípios do Rio Grande do Sul, os inquéritos epidemiológicos das localidades que possuíam Centros de Saúde e Postos de Higiene – com as tabelas das

³³⁹ Relatório DES, 1942, p. 6-7.

³⁴⁰ Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública, 1937/1939, p. 47.

notificações de casos de doenças infecto-contagiosas recebidas por estas instituições –, a relação mensal dos serviços de saúde pública realizados pelo Estado e a relação de profissionais registrados na *Fiscalização do Exercício Profissional*. Além disso, publicava boletins semanais na imprensa da capital, divulgando o obituário da cidade de Porto Alegre. Também divulgava o boletim mensal das atividades do Serviço Nacional de Febre Amarela e da Profilaxia da Malária no estado, ambos realizados pelo Ministério da Educação e Saúde.³⁴¹

Quanto ao *Serviço de Epidemiologia*, este era responsável por tomar as providências necessárias acerca das moléstias notificadas, através da realização de investigações epidemiológicas e da vacinação.³⁴² Em Porto Alegre, os vacinadores percorriam as ruas da cidade, “de casa em casa”, para aplicar a vacina anti-variólica.³⁴³ Os médicos epidemiologistas, por sua vez, visitavam os doentes, faziam o isolamento deles e retiravam material para exames. Já as visitadoras sanitárias eram as responsáveis por fiscalizar o isolamento dos doentes e a desinfecção das residências. As pessoas atendidas por este serviço só eram liberadas após dois exames negativos seguidos, ou depois de esgotados os prazos determinados para cada doença. Assim, estas ações permitiam a descoberta dos contagiantes e impediam “que muitos portadores de germes, são ou doentes, disseminem as doenças contagiosas”.³⁴⁴

Em 1932, o exercício da profissão médica havia sido regulamentado.³⁴⁵ Todavia, a aplicação efetiva desta regulamentação e sua devida fiscalização só ocorreram a partir de 1938, com a criação do setor de *Fiscalização do Exercício Profissional*. Este setor era o responsável pelo registro de diplomas e pelo fornecimento de licença para o funcionamento de estabelecimentos que oferecessem serviços ou produtos da área da saúde. Em resumo, sua função era “zelar pela aplicação rigorosa de todas as leis que regulamentam o exercício da

³⁴¹ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Cel. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal, pelo Dr. J. Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES**, 1940. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1941, p. 20. (AHRs)

³⁴² **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 47.

³⁴³ **Relatório DES**, 1942, p. 9.

³⁴⁴ *Idem*.

³⁴⁵ Para maiores detalhes sobre a regulamentação do exercício da profissão médica, ver KUMMER, Lizete Oliveira. **A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República**. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Ver também VIEIRA, Felipe Almeida. **“Fazer a classe”**: identidade, representação e memória na luta do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul pela regulamentação profissional (1931-1943). 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

medicina e profissões correlatas”³⁴⁶.

Em 1938, o Serviço de Inspeção de Saúde passou a fazer parte deste setor, sendo a partir daquele momento denominado de *Sub-Seção de Exames de Saúde*. Este Serviço era responsável pelos exames periciais de licença, aposentadoria e ingresso no funcionalismo público. Na ocasião, o serviço passou a ser realizado nas dependências do Hospital São Pedro, em função desta instituição possuir consultórios e aparelhagem necessária para a realização completa de todos os exames em um mesmo local.³⁴⁷ Além disso:

Ainda pela Divisão Técnica foi organizado, pela primeira vez no Estado, e, quiçá, no Brasil, um serviço de exames pré-nupciais, realizado através do seu Serviço de Educação e Propaganda Sanitária e Sub-Seção de Exames de Saúde, serviço este, em franco funcionamento e já apresentando os resultados mais promissores.³⁴⁸

Quanto aos exames pré-nupciais, René Gertz informa que há muito tempo se encontrava em andamento uma campanha desencadeada por médicos, para tornar este tipo de exame obrigatório. Esta exigência não se tornou lei, porém, segundo Gertz:

[...] o Departamento Estadual de Saúde regulamentou o assunto, em 1939, obrigando as casas que comercializavam jóias a notificar todos os nomes de compradores de alianças, com seus respectivos endereços, para que se pudesse estabelecer um contato com os noivos e tentar convencê-los a submeter-se à tal examinação.³⁴⁹

Os exames pré-nupciais visavam identificar se os noivos estavam fisicamente aptos para o matrimônio, ou se possuíam algum tipo de doença ou anormalidade que poderiam afetar a saúde dos filhos que o casal viesse a ter. Caso isso fosse confirmado, a junta médica aconselharia a pessoa a se abster do casamento.³⁵⁰

Outra atividade desenvolvida pelo DES, com forte inspiração eugênica, foi a realização dos Concursos de Saúde Infantil, na Semana da Pátria. Segundo Gertz, estes “certames de robustez para bebês realizados anualmente perante grande grupo de ‘juízes’ em avental branco”, enquadraram-se na mesma mentalidade eugênica de muitos médicos gaúchos. As crianças consideradas mais robustas eram premiadas com uma caderneta de poupança da Caixa Econômica Federal. Para o historiador, “no fundo, quem era premiado não

³⁴⁶ Relatório apresentado ao Exmo. Tte.-Coronel Ernesto Dornelles, Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Eleyson Cardoso, Diretor Geral do Departamento Estadual de Saúde - 1943. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, v. 5, 1944, p. 103. (BFMUFGRS)

³⁴⁷ **Relatório DES**, 1940.

³⁴⁸ **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 47.

³⁴⁹ GERTZ, op. cit., p. 111-112.

³⁵⁰ Idem, p. 112.

eram tanto os rebentos, mas as mães, pelos filhos sadios e vigorosos que tinham gerado para a pátria”.³⁵¹

Em relação ao *Serviço de Higiene Escolar*, quando este foi criado através da Reforma Sanitária de 1929, acabou ficando sob a responsabilidade da Diretoria de Instrução Pública. Em 1935, com a criação da Secretaria de Educação e Saúde Pública, ficou estabelecido que os serviços de inspeção médico-escolar ficariam diretamente subordinados ao secretário daquela pasta, e não às diretorias de Instrução Pública ou de Higiene e Saúde Pública.³⁵² Com a reorganização ocorrida em 1938, foi incorporado à área da saúde. A partir de então, a realização deste serviço passou a ser responsabilidade de médicos e educadoras sanitárias dos Centros de Saúde e Postos de Higiene do interior do estado, sendo executado de forma independente apenas na capital Porto Alegre, onde possuía uma “vida autônoma”.³⁵³ Através deste serviço, eram realizados exames em crianças de idade escolar, e também em professores e funcionários de escolas, com o objetivo de detectar alterações pulmonares, no coração, na visão e audição, desnutrição ou demais problemas de saúde que pudessem comprometer o aprendizado ou o ambiente escolar. Este *Serviço* realizava também a vacinação e prestava assistência dentária (esta última, entretanto, não era oferecida em todos os Postos de Higiene do interior do estado).

Sobre o *Serviço de Higiene Escolar*, Bonifácio Paranhos Costa argumentou que:

Visando à conservação das condições físicas e mentais dos escolares, tem inspecionado os edifícios das escolas a fim de verificar se apresentam as condições indispensáveis para o fim a que se destinam; continua examinando periodicamente os professores e demais funcionários das escolas, assim como os alunos, vacinando-os e afastando os portadores de doenças contagiosas, que são encaminhados aos serviços especializados indicados. [...].

Pelos Centros de Saúde e diversos Postos de Higiene também tem sido feita a assistência dentária aos escolares que dela necessitam, do mesmo modo como nos estabelecimentos de ensino, dotados de gabinetes dentários, em face do grande número de escolares, que exigem de tratamento odontológico.³⁵⁴

Em relação a esta questão, Gertz argumenta que pelo fato da saúde ocupar a mesma pasta da educação, é compreensível que um dos assuntos que preocupavam os responsáveis

³⁵¹ Idem, p. 113.

³⁵² Decreto nº 5.969, de 26 de junho de 1935. **Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul** – 1935. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938. p. 221. (APERS)

³⁵³ **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 46.

³⁵⁴ **Relatório DES**, 1942, p. 14.

pelo setor fossem as crianças em idade escolar. Nas palavras do historiador:

Assim, parece lógico que um importante campo de preocupação dos responsáveis pela saúde fosse o infante-estudantil. Nesse sentido, desencadeou-se uma campanha de acompanhamento médico da população estudantil, com a elaboração de uma ficha médica para uso em todo o estado, para viabilizar o levantamento de um quadro das condições de saúde dos alunos. Além do quadro físico e psíquico geral, com a anotação detalhada das características do desenvolvimento das crianças, fizeram-se investigações dirigidas à descoberta de casos de tuberculose, de lepra, de verminoses. Para combater a subnutrição entre os estudantes, desencadeou-se uma campanha da “merenda escolar” ou da “sopa escolar”.³⁵⁵

Tendo como alvo os escolares com algum tipo de problema de saúde, derivado da má alimentação ou higiene (principalmente os alunos subnutridos e pobres), foram criadas as colônias de férias. Estas instituições buscavam o aperfeiçoamento e a regeneração física, moral e mental dos escolares, pela educação higiênica e alimentar, bem como pelas atividades físicas e recreativas, vida ao ar livre e uma alimentação especial que objetivava o aumento de peso. Além disso, as colônias de férias também buscavam o bom aproveitamento das férias escolares e oferecer condições aos estudantes obterem um melhor rendimento em seus estudos no futuro ano letivo. Ao todo, 16 Colônias de Férias foram realizadas no Rio Grande do Sul, de 1938 a 1945.³⁵⁶

De acordo com Frederico Garcia, o *Serviço de Higiene Escolar* “desempenhou importante papel no funcionamento das Colônias, principalmente na seleção dos escolares considerados próprios a participar de tal empreendimento”. Além de seleção, outra tarefa deste serviço era preparar os “colonianos” através da vacinação, bem como do tratamento das parasitoses da pele e couro cabeludo. Também durante o período de funcionamento das colônias, médicos e educadoras sanitárias prestavam assistência, e os “dietistas” do DES realizavam rigoroso controle da sua alimentação.³⁵⁷

Além destas inovações, em 1940 o DES criou o *Serviço de Puericultura*, que deveria prestar assistência e vigilância técnica às creches da capital do estado, assim como elaborar as normas sanitárias para o funcionamento destes estabelecimentos.³⁵⁸ Nas visitas às creches, realizava-se a inspeção de suas dependências, o exame das crianças matriculadas e das

³⁵⁵ GERTZ, op. cit., p. 109.

³⁵⁶ GARCIA, Frederico Brittes Nordin. **Colônias de férias**: a formação do estudante ideal no Rio Grande do Sul (1938-1945). 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

³⁵⁷ Idem, p. 100.

³⁵⁸ **Relatório DES**, 1940, p. 38.

candidatas ao ingresso, a pesagem dos lactantes, a vacinação,³⁵⁹ assim como eram feitos exames de oftalmologia e otorrinolaringologia.³⁶⁰ Em 1943, foi inaugurada a sede deste serviço, instalado na Creche Nossa Senhora dos Navegantes, que pertencia ao Círculo Operário de Porto Alegre. O *Centro de Puericultura Nossa Senhora dos Navegantes* foi inaugurado em 23 de dezembro de 1943, fruto de um convênio entre governo federal, estadual e municipal, com apoio de particulares e da classe operária.

Com a reorganização dos serviços sanitários de 1938, foi criada a *Divisão de Laboratórios*, para coordenar todos os laboratórios de saúde pública do governo do estado. Os serviços de laboratório deveriam realizar “todas as pesquisas microbiológicas, imunológicas e químicas relacionadas com a saúde pública, assim como a preparação dos produtos aplicáveis na prática dos diferentes serviços sanitários”.³⁶¹ Além disso, cabia a esta divisão “manter intercâmbio científico com os demais laboratórios do País e promover, dirigir e incentivar trabalhos experimentais que interessarem á Patologia Regional e á Saúde Pública, dentro de suas possibilidades de ordem técnica e material”.³⁶²

Ao longo do período analisado, os laboratórios estaduais foram ampliados e reformados, e ganharam nova aparelhagem. Em função da ampliação dos serviços de saúde pública, os laboratórios passaram a produzir um número cada vez maior de vacinas. Entre estas estavam as vacinas anti-variólica, anti-tifodisentérica, anti-diftérica, B.C.G. e anti-rábica. Em agosto de 1943, passaram a produzir também dois importantes medicamentos para o setor: a penicilina e o bismuto.

Além disso, foram criadas subseções de análises em todos os Centros de Saúde e Postos de Higiene do interior, e também nos hospitais São Pedro e Colônia Itapuã.³⁶³ De acordo com Bonifácio Costa:

Os laboratórios das unidades sanitárias praticam os exames químicos e microscópicos mais comumente requisitados para elucidação de diagnóstico e demais medidas relacionadas com a defesa da saúde pública. As pesquisas mais complexas são executadas nos Laboratórios Centrais de Porto Alegre e Pelotas, incumbindo-se os Laboratórios dos Postos de Higiene e dos Centros de Saúde da

³⁵⁹ Idem, p. 53.

³⁶⁰ **Relatório DES**, 1943, p. 151.

³⁶¹ **Regulamento DES**, 1938, p. 14.

³⁶² **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 51-52.

³⁶³ Idem, p. 51.

coleta, embalagem e remessa do material a ser examinado.³⁶⁴

Foram criados também o Laboratório de Parasitologia e o Instituto de Anatomia Patológica. O Laboratório de Parasitologia, instalado em novembro de 1939, tinha a função de estudar parasitas do homem e de animais domésticos e silvestres.³⁶⁵ Este laboratório foi responsável pela realização do Curso de Parasitologia para os técnicos do DES em Porto Alegre e pelo Curso de Parasitologia e Doenças Parasitárias nas cidades de Santa Maria, Uruguaiana e Cachoeira.³⁶⁶ Em Uruguaiana, seus funcionários realizaram diversas conferências sobre doenças parasitárias dedicadas aos técnicos do Posto de Higiene, professores públicos e fazendeiros.³⁶⁷ Já o Instituto de Anatomia Patológica foi inaugurado em 20 de setembro de 1941, no terreno do Hospital São Pedro.³⁶⁸ Segundo Bonifácio Costa, este “Instituto foi integrado na Divisão de Laboratórios de Saúde Pública, devendo centralizar todas as pesquisas anátomo-patológicas necessárias às diversas secções do mesmo Departamento”.³⁶⁹

Um serviço já existente e incorporado à *Divisão de Laboratórios*, em 1941, foi a *Profilaxia da Raiva*. O serviço era feito, inicialmente, em Porto Alegre e Pelotas, através da aplicação da vacina anti-rábica. Entretanto, a intenção dos técnicos do setor era passar a vacinação para os Centros de Saúde e Postos e Higiene, para simplificar (e provavelmente ampliar) o serviço, o que finalmente aconteceu em 1941.³⁷⁰ Tal modificação só foi possível devido a inovações no tratamento e ao desenvolvimento de um novo tipo de vacina (tipo “Fermi”), que passou a ser enviada para as unidades sanitárias, possibilitando assim o tratamento à distância, “com grande economia para os pacientes do interior que antes eram obrigados a se afastarem dos municípios em que residiam para se submeterem a tratamento nos institutos anti-rábicos de Porto Alegre e Pelotas”.³⁷¹

A reorganização dos serviços de saúde realizada em 1938 incorporou um novo campo

³⁶⁴ **Relatório DES**, 1942, p. 16.

³⁶⁵ **Relatório DES**, 1940, p. 27.

³⁶⁶ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal, pelo Dr. José Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES**, 1941. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1942. p. 34. (AHRS)

³⁶⁷ *Idem*, p. 35.

³⁶⁸ *Idem*, p. 33.

³⁶⁹ *Idem*.

³⁷⁰ **Relatório DES**, 1940, p. 25. Ofício de 23 de agosto de 1941. **Relatório DES**, 1941, p. 34.

³⁷¹ **Relatório DES**, 1942, p. 17.

de atuação às responsabilidades do Estado: a assistência médico-social. Na ocasião:

Aumentou assim o Governo não só a esfera de sua ação sanitária, mas, indo além desse limite, desdobrou essa ação em assistência médico social.

Para tal fim instituiu a Diretoria competente, que passou a funcionar em Janeiro deste ano. As atribuições desta Diretoria facultam-lhe o controle de todas as organizações de assistência social, com finalidade sanitária no Estado [...].

Dessa forma criou-se um organismo, dependente do DES, para superintender, fiscalizar, e orientar todos os estabelecimentos e instituições oficiais ou particulares de assistência médico-social, bem como para estudar, informar e dar solução a assuntos dessa natureza.³⁷²

O *Regulamento do DES* estabelece que era finalidade da *Assistência Médico-Social* “prestar assistência gratuita aos que dela tiverem necessidade”.³⁷³ Além disso, deveria também coordenar e auxiliar as instituições que realizavam esta atividade, como hospitais de caridade, sanatórios, maternidades, hospitais regionais, casa de saúde, asilos e creches, fossem elas públicas ou privadas. No caso das instituições particulares, para receber algum tipo de subvenção, estas deveriam se submeter às orientações técnicas do DES.³⁷⁴

Uma matéria publicada na *Revista do Globo*, em novembro de 1940, considera a *Divisão de Assistência Médico-Social* como uma das mais importantes do DES, “dada à sua grande projeção e aos serviços que lhe são afetos”:

A ação da Divisão de Assistência Médico-Social se desenvolve no sentido de dotar o Estado de uma rede eficiente de estabelecimentos destinados ao amparo aos doentes, prevenindo, deste modo, os malefícios causados pelas falhas ou inexistência de serviços de natureza médico-sociais.

A Divisão de Assistência Médico-Social controla e orienta todos os hospitais do Estado, tanto públicos como particulares; fomenta a criação de estabelecimentos desta natureza e acompanha os serviços dos sanatórios especializados; determina a necessidade da criação de preventórios, com especialidades várias; dirige o Leprosário e a assistência a psicopatas; finalmente, fiscaliza e ampara a instalação de maternidades.³⁷⁵

Ficariam sob administração direta da *Assistência Médico-Social* (e não apenas sob sua fiscalização ou subvenção) os três hospitais estaduais existentes na época: o Hospital de Isolamento São José (destinado aos portadores de doenças infecto-contagiosas) e o recém criado Hospital Colônia Itapuã (destinados exclusivamente aos portadores de lepra), além do Hospital São Pedro (destinados aos portadores de distúrbios mentais). Além disso, também foi criada em Torres uma maternidade, como anexo ao Posto de Higiene da cidade, “para atender

³⁷² **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 53.

³⁷³ **Regulamento DES**, 1938, p. 15.

³⁷⁴ **Relatório DES**, 1940, p. 31-34.

³⁷⁵ **Revista do Globo**, Porto Alegre, 30 nov. 1940, p. 17-18. (AHPAMV)

às parturientes indigentes e necessitadas de uma vasta zona rural do estado, até então, sem assistência hospitalar”.³⁷⁶ Esta maternidade ficaria igualmente sob administração do serviço de *Assistência Médico-Social*.

Em relação ao Hospital São Pedro, com a criação do DES, em 1938, este passou a pertencer aos serviços de saúde do governo do estado.³⁷⁷ De 1938 a 1945, aquele velho hospital passou por profundas transformações e reformas. Foram criados os serviços de Radiologia, Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psicologia, e reorganizada a seção de Odontologia. Aos Serviços de Cirurgia foram anexados o gabinete de Urologia e Proctologia. Além disso, foram organizadas as seções de Química, Sorologia, Encefalografia, Microscopia, Hematologia e Tisiologia, esta última com médicos especializados para cuidar dos pacientes portadores de tuberculose, doença que afetava um número considerável de pacientes.

Com esta estrutura, o Hospital São Pedro passou a ser também um centro de investigações científicas, atraindo grande número de estudiosos dos assuntos de Medicina Mental. Seu corpo clínico foi aumentado, e numerosos médicos e estudantes passaram a frequentar as clínicas daquele estabelecimento, como voluntários. Um elemento que contribuiu para esta atividade e estimulou as pesquisas científicas foi o laboratório organizado na época, dotado de aparelhagem necessária ao diagnóstico das afecções do sistema nervoso. Muitos dos médicos que trabalhavam no Hospital foram se especializar no exterior, e trouxeram para o estado novas técnicas e tratamentos.

Para tentar amenizar a superlotação da Instituição, em 1938 foi criado o *Serviço de Profilaxia Mental*, chamado também de *Serviço Aberto*: um ambulatório para tratamento de doentes, com consulta gratuita, cujo tratamento passava a se dar fora do Hospital, evitando a internação dos doentes e, quando necessário, promovendo a hospitalização sem formalidades. No *Serviço de Profilaxia Mental* funcionava a *Junta Médica Neuropsiquiátrica*, encarregada dos exames de saúde em funcionários públicos, para ingresso, licença e aposentadoria.³⁷⁸

³⁷⁶ **Relatório DES**, 1943, p. 150.

³⁷⁷ Até então o Hospital São Pedro era subordinado a Diretoria de Assistência a Alienados, repartição vinculada diretamente à Secretaria de Educação e Saúde Pública.

³⁷⁸ Para maiores detalhes sobre a história do Hospital Psiquiátrico São Pedro, ver: ALVES, Gabrielle Werenicz; SERRES, Juliane C. Primon. **Hospital Psiquiátrico São Pedro**: 125 anos de história. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. Quanto ao Hospital de Isolamento e ao Hospital Colônia Itapuã, estas duas instituições são abordadas no próximo capítulo desta dissertação.

Além de prestar serviços de saúde pública e assistência médico-social, o Departamento Estadual de Saúde realizou também inúmeras outras atividades, que incluíam treinamentos, pesquisas, reuniões, além da divulgação de seus trabalhos.

A partir de 1940, o periódico *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde* passou a ser publicado, com pareceres e trabalhos relativos aos diversos setores de atividade técnica dos serviços sanitários. Além do periódico, o DES apoiou também a criação da *Sociedade de Higiene e Saúde Pública do Rio Grande do Sul*, cujas atas das reuniões eram publicadas nos *Arquivos do DES*. Fundada em 14 de julho de 1939, a Sociedade congregou técnicos do Departamento, bem como outros profissionais ligados às atividades científicas correlatas, a fim de discutirem assuntos referentes à saúde pública e à medicina preventiva em geral.³⁷⁹ Segundo Coelho de Souza, “é a Divisão Técnica [do DES], por fim, a sede da Sociedade de Higiene e Saúde Pública que visa congregar todos os técnicos do Departamento Estadual de Saúde, com o fim de ventilar e discutir os problemas de saúde pública”.³⁸⁰

Na obra *Panteão Médico*³⁸¹, encontra-se a informação de que

em menos de 3 anos de atividade a Sociedade de H.S.P. realizou grande número de sessões, várias em conjunto com a tradicional Sociedade de Medicina de Porto Alegre, com a qual mantém estreito intercâmbio cultural. Múltiplos problemas de interesse científico e para a nosologia regional foram discutidos em suas sessões plenárias, com a colaboração de elementos destacados da classe médica do Rio Grande do Sul e de fora do Estado.³⁸²

Um exemplo destas sessões conjuntas com a *Sociedade de Medicina* foi a realizada no dia 8 de abril de 1942, quando as duas Sociedades receberam João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde.

³⁷⁹ **Relatório DES**, 1942, p. 18.

³⁸⁰ **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 47.

³⁸¹ O *Panteão Médico Riograndense* foi uma publicação organizada pela Sociedade de Medicina de Porto Alegre e pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, que pretendia ser uma “síntese histórica” sobre a medicina no estado. Para Felipe Vieira, a obra pode ser entendida como um monumento em homenagem aos “vultos” da medicina, mas também como um marco do novo momento da medicina na região, ou seja, de “vitória” sobre o charlatanismo e de maior afirmação da classe médica. VIEIRA, op. cit., p. 146-147.

³⁸² FRANCO, Álvaro; RAMOS, Sinhorinha Maria (ed.). **Panteão médico riograndense: síntese cultural e histórica - progresso e evolução da medicina no estado do Rio Grande do Sul**. São Paulo: Ramos, Franco - Editores, 1943. p. 140. Dentre os profissionais de fora do estado que participaram destas reuniões estão: Heraclides de Souza Araujo e Cesar Pinto, do Instituto Oswaldo Cruz; Capitão-médico Waldemar Basgal, do serviço de saúde do Exército; João de Barros Barreto, diretor geral do Departamento Nacional de Saúde; Amílcar Barca Pelon, diretor da divisão de organização sanitária do DNS; Marcelo da Silva Junior, do serviço federal de peste.

Para comemorar o segundo aniversário de sua fundação, a *Sociedade de Higiene*, “com a finalidade de incentivar as pesquisas científicas no Rio Grande do Sul, instituiu em 1941 dois prêmios oficiais, um de Biologia, ‘Prêmio Adolpho Lutz’, outro de Medicina Preventiva, ‘Prêmio Prof. Fernando de Freitas e Castro’”. Ambos os prêmios deveriam ser conferidos anualmente aos dois melhores trabalhos, “de natureza experimental ou doutrinária, que lhe forem apresentados sobre questões atinentes às referidas matérias”.³⁸³

Outras formas de incentivar o aperfeiçoamento técnico dos profissionais da saúde pública foram as viagens de estudo, o incentivo à participação em congressos científicos, bem como os cursos promovidos pelo próprio DES. De acordo com Costa, “visando o aperfeiçoamento de seus técnicos, condição básica para a eficiência de qualquer organização sanitária, o Departamento Estadual de Saúde tem-lhes proporcionado várias viagens de estudos aos centros médicos mais cultos do País e do estrangeiro”.³⁸⁴

Quanto aos cursos promovidos pelo DES, inúmeros deles foram realizados. Segundo Coelho de Souza, com o fim de

formar pessoal auxiliar e permitir o aperfeiçoamento de seus técnicos, o Departamento Estadual de Saúde tem realizado ou promovido a realização de diversos cursos, assim como tem facilitado aos seus médicos a frequência de cursos efetuados em outros Estados e mesmo no estrangeiro.³⁸⁵

A *Divisão de Laboratórios de Saúde Pública* organizou um curso permanente para preparar auxiliares de laboratório, que seriam distribuídos pelos Centros de Saúde e Postos de Higiene.³⁸⁶ De acordo com Coelho de Souza, em 1940 o curso já havia formado “duas turmas de laboratoristas dos quais cerca de 40 foram nomeados para os diversos serviços do DES. Está em instrução, presentemente, a terceira turma, para a qual apresentaram-se 220 candidatos, sendo aprovados somente 38 na primeira prova eliminatória”.³⁸⁷

Em 1939, foram realizados os cursos de Parasitologia Aplicada, cursos práticos de Tracomologia e Leprologia, curso de BioPsicologia Infantil, curso de Educadoras Sanitárias e curso de Laboratoristas. O curso de Educadoras Sanitárias, por exemplo, contava com a colaboração da Dr^a. Izaura Barboza Lima, enfermeira chefe do Departamento Nacional de Saúde, que “muito tem feito pelos nossos serviços, como orientadora principal das nossas

³⁸³ **Relatório DES**, 1942, p. 19.

³⁸⁴ *Idem*, p. 17.

³⁸⁵ **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 52. Cabe lembrar que esta sugestão havia sido dada no polêmico texto de Bassewitz em 1928, abordado no 2º capítulo desta dissertação.

³⁸⁶ *Idem*.

³⁸⁷ *Idem*, p. 53.

educadoras sanitárias”.³⁸⁸ Em relação ao curso de Enfermagem, Bonifácio Paranhos Costa diz o seguinte:

Pensando o Ministro de Educação e Saúde instalar neste Estado uma escola de Enfermagem não tem este Departamento tomado iniciativa neste sentido, para suprir esta falta vem dando cursos rápidos na formação de Educadoras Sanitárias. Mas, julga necessário, e já está fazendo estudos, no intuito de atender à finalidade da Escola de Enfermagem da Assistência a Psicopatas ao curso de enfermeiras especializadas em saúde pública, a que será dentro em breve levado ao conhecimento dessa Interventoria.³⁸⁹

A Escola Profissional de Enfermagem (primeira instituída no país em um hospital de doentes mentais), destinada à formação de auxiliares de enfermagem, foi criada no Hospital São Pedro, em 1939. O curso tinha a duração de dois anos e era ministrado pelos especialistas do estabelecimento. Além da Escola de Enfermagem, foi oferecido também o Curso de Biopsicologia Infantil. Este curso, realizado no ano de 1940 nas dependências do Hospital São Pedro, foi ministrado por seus médicos e destinado ao corpo docente das escolas públicas. Com o curso, esperava-se que as professoras primárias pudessem detectar problemas mentais em seus alunos e encaminhá-los para tratamento médico.³⁹⁰

Em 1940, foram criados os cursos de Higiene do Trabalho, Estatística e Tisiologia. Foram proferidas também palestras, realizadas quinzenalmente no Centro de Saúde Modelo, “nas quais, de maneira didática, são versados temas de interesse prático para os serviços do Departamento Estadual de Saúde”.³⁹¹ Em 1943, foi organizado o curso de microbiologia aplicada à saúde pública.³⁹² Por fim, em 1944 foi criado o Curso Intensivo de Saúde Pública, em regime de colaboração com o Departamento Nacional de Saúde.³⁹³ Este seria um curso mais complexo, destinado aos médicos do DES. Os alunos que obtivessem as melhores notas neste curso seriam enviados à capital do país, a fim de realizarem o Curso de Saúde Pública mantido pelo DNS.³⁹⁴

³⁸⁸ **Relatório DES**, 1940, p. 25.

³⁸⁹ **Relatório DES**, 1941, p. 22.

³⁹⁰ ALVES; SERRES, op. cit., p. 43.

³⁹¹ **Relatório DES**, 1942, p. 18.

³⁹² **Relatório DES**, 1943, p. 134.

³⁹³ Decreto nº 993, de 25 de fevereiro de 1944. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 5, 1944, p. 193. (BFMUFGRS)

³⁹⁴ As normas detalhadas de funcionamento da primeira edição deste curso, bem como seu quadro de professores e descrição do conteúdo ministrado encontram-se nos *Arquivos do DES* de 1944. Idem, p. 193-202.

Quanto à subordinação administrativa, inicialmente o Departamento Estadual de Saúde ficou vinculado à Secretaria de Educação e Saúde Pública. No entanto, em 1940, o DES passou a funcionar como órgão autônomo, desincorporando-se da Secretaria a que pertencia. O Secretário da Educação e Saúde Pública da época, J. P. Coelho de Souza, solicitou ao interventor Oswaldo Cordeiro de Farias, a separação entre educação e saúde, através da seguinte justificativa:

V. Excia. sabe perfeitamente que, na época de especialização profundas que atravessamos, tão complexos e vitais problemas exigem a direção de técnicos ou pelo menos, de pessoas inteiramente voltadas para um desses campos de trabalho; doutra parte, o aglutinamento administrativo da educação e da saúde, hipertrofia a máquina burocrática, dificultando as iniciativas e as soluções imediatas, que as necessidades imperativas impõem.

De um ponto de vista específico, a divisão da Secretaria decorre, inelutável, do desdobramento dos serviços que lhe estão confiados, nestes dois últimos anos.

V. Excia., na compenetração com que vem cumprindo a sua árdua tarefa, bem conhece os progressos que temos realizado. [...].

Ninguém, em boa fé, poderá negar o trabalho realizado pelo Diretor do Departamento, Dr. Bonifácio P. da Costa. [...].

Essa imensa rede de trabalho educacional e sanitário, acarreta, é bem de ver, uma esmagadora massa de expediente; o serviço de Protocolo da Secretaria registrou, no corrente ano, a entrada de 12.031 processos, dando uma média de 83 por dia.

Ante essa situação, o Secretário se encontra entre as pontas deste dilema: ou mantém em dia o serviço de expediente e passa a ter uma função meramente burocrática; ou continua a voltar a sua atenção para o estudo dos problemas que lhe são trazidos pelos vários chefes de serviço, a tomar as iniciativas impostas pela realidade e a exercer uma direta fiscalização e, então, toda a máquina administrativa estará emperrada.³⁹⁵

O próprio secretário Coelho de Souza, ao final do ofício, indicou ao interventor as opções a serem seguidas: a criação da Secretaria de Saúde ou a simples desincorporação do Departamento Estadual de Saúde, que passaria a ter vida independente, como outros órgãos existentes na época (a exemplo da Diretoria Geral de Estatística). O interventor preferiu dar autonomia ao DES, talvez para não diferenciar-se da estrutura federal, onde ainda não existia um Ministério da Saúde. Em seu decreto-lei, além da separação entre saúde e educação, Cordeiro de Farias também modificou as atribuições do diretor geral do DES. Este passaria a ter as mesmas responsabilidades do secretário da Educação, somadas às suas antigas atribuições. Outra modificação diz respeito à nomenclatura da antiga Secretaria de Educação e Saúde Pública que, a partir daquele momento, passaria a se chamar Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul.³⁹⁶ Para Cordeiro de Farias, este ato “foi uma iniciativa pioneira

³⁹⁵ Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, v. 1, 1940, p. 289-290. (BFMUFGRS)

³⁹⁶ Decreto- Lei n° 31, de 8 de setembro de 1940. Idem.

no Brasil, pois se transformou no primeiro organismo criado no país para tratar exclusivamente de saúde”.³⁹⁷

Todavia, apesar da justificativa oficial de Coelho de Souza, em seu depoimento autobiográfico (dado cerca de 40 anos após os acontecimentos³⁹⁸) Cordeiro de Farias declarou que o verdadeiro motivo para a autonomização daquele Departamento foi a inimizade entre o secretário da Educação e Saúde Pública e o médico-chefe do DES. De acordo com suas palavras, Paranhos da Costa

era um sujeito áspero, muito duro, extremamente cioso de suas responsabilidades. Solicitei sua requisição à área de saúde pública federal para colaborar com Coelho de Souza na Secretaria de Educação e Saúde Pública. Mas os dois não se entenderam. E foi aí que resolvi separar as duas áreas [...]. Tomei essa iniciativa a pedido do Coelho de Souza, que embora pacato não se entendia com Bonifácio.³⁹⁹

Coelho de Souza teria elaborado em comum acordo com o interventor o parecer sugerindo o desligamento do DES, uma justificativa formal que encobriria os problemas pessoais dos dois chefes. Por sua vez, Costa assim se manifestou sobre o fato:

Não posso ocultar a minha alegria por ter conseguido que V. Excia., em face da brilhante e bem fundamentada exposição do Secretário da Educação, Dr. José Pereira Coelho de Souza, a respeito da desanexação deste Departamento daquela Secretaria, depois de ouvido o Departamento Administrativo do Estado, fizesse baixar o Decreto-Lei nº. 31, de 8 de Setembro de 1940, que tornou autônoma a sua direção técnica e administrativa.⁴⁰⁰

Até o final da gestão de Paranhos da Costa, já haviam sido criados em todo o estado 75 postos de higiene, “eficientemente aparelhados, senão com todo o material necessário, pelo menos com médicos-chefes animados do desejo patriótico de bem executarem suas tarefas”⁴⁰¹ e mais cinco centros de saúde, três localizados em Porto Alegre, e os outros dois em Pelotas e Rio Grande. Esta estrutura institucional, no entanto, não era novidade na época. Ela havia sido elaborada na Reforma Sanitária de 1929 e montada lentamente ao longo da década de 1930. Todavia, ganhou maior impulso com a criação do DES e com a posse de Paranhos da Costa na chefia deste Departamento.

³⁹⁷ CAMARGO, Aspásia; GÓES, Walder de. **Meio século de combate**: diálogo com Cordeiro de Farias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981. p. 249.

³⁹⁸ Depoimento prestado a Aspásia Camargo e a Walder de Góes. Idem.

³⁹⁹ Idem, p. 249.

⁴⁰⁰ **Relatório DES**, 1940, p. 5.

⁴⁰¹ FRANCO; RAMOS, op. cit., p. 155.

A partir do quadro de funcionários existentes no DES, pode-se perceber que o número de profissionais atuando no setor da saúde também cresceu muito durante a gestão de Bonifácio Paranhos da Costa:

Discriminação	Número de Funcionários					
	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Funcionários administrativos	21	21	97	125	140	157
Fiscais sanitários	96	96	212	179	218	242
Laboratoristas	-	-	45	59	72	83
Enfermeiros	7	7	7	79	79	79
Educadoras sanitárias	19	19	92	135	154	185
Médicos	50	50	117	194	205	226
Dentistas	-	-	13	15	17	23
Químicos	4	4	11	11	11	11
Auxiliares de dispensário	-	-	35	35	37	57
Vacinadores	5	5	10	14	15	15
Desinfetadores	10	10	10	10	10	10
Extranumerários diversos	71	71	115	267	291	447
TOTAL	283	283	764	1123	1249	1565

Tabela 2 – Pessoal técnico e administrativo da área da saúde – 1937/1942

Fonte – **Relatório de Flores da Cunha**, 1935, p. 41.

Após cinco anos no cargo, Cordeiro de Farias deixou a interventoria (em 11 de setembro de 1943), com a justificativa de participar da Força Expedicionária Brasileira, na Segunda Guerra Mundial. Alguns dias antes (em 31 de agosto), Paranhos da Costa também havia deixado seu cargo de diretor do Departamento Estadual de Saúde.⁴⁰² A direção do DES foi ocupada por Eleyson Cardoso, que assumiu o cargo no dia 27 de outubro de 1943, permanecendo no mesmo até 8 de fevereiro de 1946.⁴⁰³

Segundo Luciano Abreu, o problema da saúde pública constituiu-se em uma das prioridades dos interventores gaúchos durante o Estado Novo. De acordo com este historiador, as ações realizadas pelo governo do estado neste setor, em especial pelo interventor Cordeiro de Farias, “além de tentar suprir carências e necessidades regionais,

⁴⁰² Assim como Fernando de Freitas e Castro, que é lembrado por ter sido o responsável pela organização dos serviços sanitários e pelo estabelecimento de princípios que nortearam a administração da saúde pública nas décadas seguintes, Bonifácio Paranhos da Costa ficou marcado como o responsável por revolucionar a estrutura, a fiscalização e as ações práticas na área da higiene e da saúde pública no Rio Grande do Sul. SOUZA, 2001, op. cit., p. 70. Ou seja, enquanto o primeiro é lembrado como um importante teórico e formulador de políticas para a saúde pública, o segundo é lembrado como um executor, como aquele que colocou em prática as políticas públicas para este setor.

⁴⁰³ **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 7, 1946, p. 151. (BFMUFGRS). Durante a gestão de Eleyson Cardoso, o DES se manteve em boas condições de funcionamento e razoável situação financeira. Porém, de acordo com Thais Wenczenovicz, este departamento entrou em declínio “no final da década de 1940, quando houve uma substancial redução orçamentária e de recursos humanos, comprometeu nas décadas seguintes o seu bom funcionamento e credibilidade perante uma grande parcela da população”. WENCZENOVICZ, op. cit., p. 143.

adequavam-se às diretrizes mais amplas definidas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública”.⁴⁰⁴ Assim, a criação deste Ministério e sua atuação ao longo dos anos trinta, viria a padronizar os serviços de saúde em todo o Brasil. Esta subordinação da saúde pública estadual ao governo federal é o assunto abordado no próximo sub-capítulo desta dissertação.

3.3 A SAÚDE PÚBLICA ESTADUAL SUBORDINADA AO GOVERNO FEDERAL

As inúmeras transformações e inovações na área da saúde pública estadual – sejam as relacionadas à sua estrutura administrativa ou às práticas sanitárias desenvolvidas – não consistiram em ações isoladas. Ao contrário do período da República Velha, a partir de 1930 a saúde pública estadual esteve subordinada a uma estrutura federal, que passou a ditar as regras de atuação dos serviços prestados nos estados. Segundo Juliane Serres: “a reorganização dos Serviços Sanitários no Rio Grande do Sul correspondia às transformações na Saúde Pública que vinham ocorrendo no país, com o objetivo de ampliar a esfera de atuação estatal, através da burocratização e da racionalização dos serviços de saúde”.⁴⁰⁵

A Revolução de 1930 e o sistema político implantado ao longo da década de trinta trouxe a centralização do Estado e das políticas públicas e, conseqüentemente, a “peculiaridade” do governo gaúcho nas políticas para a saúde pública terminou. Com a Era Vargas, as ações na área da saúde pública no Rio Grande do Sul passariam a ser semelhantes às desenvolvidas no restante do país, em função da criação de todo um aparato de centralização e normatização das políticas públicas criado pelo governo federal.

Neste sentido, após ser realizada a Revolução de 1930, a primeira medida do novo governo para o campo da saúde foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), ocorrida em 14 de novembro.⁴⁰⁶ Como o nome do Ministério indica, uma única pasta ministerial foi criada para atender a duas áreas de atuação, percebidas como interdependentes uma da outra: a educação e a saúde pública. Nas palavras do Presidente Getúlio Vargas:

⁴⁰⁴ ABREU, Luciano Aronne de. **Um olhar regional sobre o Estado Novo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 269.

⁴⁰⁵ SERRES, op. cit., p. 112.

⁴⁰⁶ **Decreto nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

Questões interdependentes e correlatas por natureza e finalidade, as referentes a educação e saúde pública [...] só admitem solução comum. O homem valoriza-se, é certo pela cultura da inteligência, mas não poderá atuar no sentido de eficiência social, por efeito de causas congênitas ou adquiridas, se estiver fisicamente incapaz ou encontrar meio hostil, impróprio a vida saudável e sem condições de adaptação produtiva.⁴⁰⁷

A estrutura organizacional do MESP estava dividida entre sete repartições⁴⁰⁸ e quatro departamentos⁴⁰⁹, independentes entre si. A esta estrutura foi incorporado o antigo Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1919. Naquele momento, o DNSP era formado por três diretorias: Serviços Sanitários do Distrito Federal, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, Saneamento e Profilaxia Rural.⁴¹⁰ Assim, como apontaram Gilberto Hochman e Cristina Fonseca, a partir de 1930 o “projeto de saúde pública legado pela primeira república foi incorporado pelo MESP através do seu departamento nacional de saúde, mantendo a sua agenda de combate às grandes endemias e às eventuais epidemias”.⁴¹¹

A criação do MESP estava inserida em uma perspectiva de reforma administrativa mais ampla, que buscava a construção de um aparato governamental que atuasse em todo o território nacional e que conjugasse a ação governamental nas esferas federal, estadual e municipal em um projeto unificado. Assim, os ideais do movimento sanitarista das décadas anteriores foram incorporados ao novo governo. De acordo com Cristina Fonseca, “a bandeira do saneamento foi incorporada e reelaborada no projeto político-ideológico do governo [...], ela atendeu ao governo federal em seu interesse de garantir presença no interior do país”.⁴¹²

Paralelamente aos serviços de saúde pública, foi criado um sistema previdenciário que passou a oferecer assistência médica aos trabalhadores – sistema ligado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), independente das políticas e da estrutura do

⁴⁰⁷ VARGAS, Getúlio. **As diretrizes da nova política do Brasil**. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1943. p. 233-234.

⁴⁰⁸ Que seriam: Inspetoria de Ensino Profissional e Técnico, Museu Nacional, Museu Histórico Nacional, Biblioteca Nacional, Casa de Rui Barbosa, Observatório Nacional e Inspetoria de Águas e Esgotos. Cf. **Decreto nº 19.560, de 5 de Janeiro de 1931**. <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19560-5-janeiro-1931-515777-publicacao-1-pe.html>. Acessado em: 4 out. 2010.

⁴⁰⁹ Ensino, Saúde Pública, Medicina Experimental e Assistência Pública. Idem.

⁴¹⁰ Cf. FONSECA, op. cit., p. 116.

⁴¹¹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 80.

⁴¹² FONSECA, op. cit., p. 20. Cristina Fonseca discorda da ideia de Luiz Antônio Castro Santos, de que houve o fim do movimento sanitarista. Para este autor, com a criação do MESP, a força ideológica do movimento foi retirada da bandeira da reforma sanitária e esta foi transformada em um projeto governamental. “Reduzida a força simbólica de construção da nacionalidade que empolgara o movimento sanitário durante a Primeira República, ele se despolitiza, e seu potencial de transformação social no campo permanecerá, desde então, inaproveitado”. CASTRO SANTOS, Luiz Antônio. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. **Dados**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, 1985. p. 207.

MESP.⁴¹³ A assistência médica previdenciária era individualizada, curativa, essencialmente urbana, ambulatorial ou hospitalar. Por ser fragmentada e atender apenas a grupos da sociedade, diferenciava-se dos serviços de saúde pública do MESP, responsável por tudo aquilo que dissesse respeito à saúde da população como um todo, ou daquela parte que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária. Com o passar dos anos, a assistência médica previdenciária tornou-se uma das principais referências para a prestação dos serviços públicos de saúde voltados para os indivíduos reconhecidos como cidadãos, ou seja, aqueles inseridos no mercado de trabalho e amparados por princípios corporativos.⁴¹⁴

Para Gilberto Hochman e Cristina Fonseca:

Coube à saúde pública a provisão de formas de proteção pública aos não-reconhecidos, não-organizados e não-incorporados pelas políticas trabalhistas e previdenciárias do governo Vargas. Nesse sentido, a política de saúde pública ficou voltada para clientela mais amplas, com interesses difusos, excluídas da regulação estatal. A assistência médica previdenciária ingressou no circuito corporativo tornando-se um bem financiado e consumido por grupos específicos, um bem franqueado àqueles que pertenciam a categorias profissionais reconhecidas pelo poder público.⁴¹⁵

O MESP diferenciava-se do MTIC basicamente por três especificidades: clientela, atividades desenvolvidas e abrangência. A população-alvo das ações de saúde pública eram todos aqueles não cobertos pelo sistema previdenciário, grupo que apresentava uma grande diversidade de interesses e necessidades: os pobres, desempregados, aqueles que exerciam atividades informais, os idosos, as mulheres e crianças.⁴¹⁶

A segunda característica do MESP foi sua ênfase nas ações preventivas e combate às endemias. Ao invés de atuar sob uma base curativa e a *posteriori*, sua atuação priorizava a prevenção, principalmente através da higiene e da educação sanitária. Neste sentido, as ações direcionadas à saúde pública tiveram seu leque de atividades ampliado, incorporando um grande número de atribuições, como o combate e o controle de diversas doenças endêmicas. A antiga estrutura, baseada nos postos de profilaxia rural anteriormente construídos em vários pontos do país, foi modificada. As endemias rurais e as doenças transmissíveis mantiveram-

⁴¹³ **Decreto nº 19.433, de 26 de Novembro de 1930.** Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

⁴¹⁴ Cf. FONSECA, op. cit., p. 41-42.

⁴¹⁵ HOCHMAN; FONSECA, op. cit., p. 91.

⁴¹⁶ Entretanto, por exercer atividades ligadas à saúde pública, o MESP muitas vezes atuava sobre a sociedade, desenvolvendo práticas que não se restringiam a um determinado grupo específico, como o caso do combate à doenças contagiosas, vacinação, educação sanitária, etc.

se, entretanto, como principal foco dos agentes públicos, e muitas vezes definiram prioridades e orientaram as estratégias de ação e o perfil da população-alvo das políticas públicas de saúde.⁴¹⁷

Outra característica do MESP foi seu caráter nacional. Se na década de 1920, a penetração do governo federal no território nacional através de ações de saúde, havia ocorrido mediante acordos e convênios com os governos locais, no pós-1930, essa relação entretanto sofreria modificações, através do processo de centralização do Estado. Comparada ao sistema previdenciário de saúde (orientado por um modelo fragmentado por categorias profissionais e mais restrito naquilo que se refere aos serviços prestados), a saúde pública possuía maior abrangência e complexidade em suas atribuições. Seu objetivo maior concentrava-se em consolidar e coordenar um serviço de saúde em escala nacional.

Analisando especificamente a saúde pública, percebe-se que sua construção institucional ao longo dos 15 anos do governo Vargas acompanhou as oscilações políticas do período. Como apontou Fonseca, as mudanças “não ocorrem imediatamente após a vitória das forças aliadas em 1930; elas se deram aos poucos, acompanhando o processo de definição política e influenciando no formato que seria impresso à política de saúde pública”.⁴¹⁸

Os anos iniciais da Era Vargas foram marcados por momentos de instabilidade e indefinição política, que traduzem a diversidade de projetos e interesses em jogo após a Revolução de 1930, oscilando entre alternativas autoritárias e democráticas, entre “propostas centralizadoras e medidas que pretendiam assegurar a permanência da autonomia federativa”.⁴¹⁹ Conforme destacou Maria Helena Capelato, 1930 a 1937

[...] foram anos de indefinição, quando inúmeros projetos e propostas estavam sendo postos em pauta e quando, também, a sociedade se mobilizou intensamente em torno deles. O campo de possibilidades, nessa ocasião, era imenso e o governo se movia em terreno movediço.⁴²⁰

Para o campo da saúde pública, o período foi marcado pela falta de investimentos e por sucessivas mudanças no comando do MESP. Nos quatro primeiros anos, três diferentes ministros ocuparam a chefia deste ministério: Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Pires. Porém, em 1934 Gustavo Capanema foi indicado para o cargo, e nele

⁴¹⁷ FONSECA, op. cit., p. 51.

⁴¹⁸ Idem, p. 41.

⁴¹⁹ Idem, p. 97.

⁴²⁰ CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo? In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lúcia Almeida Neves. **O Brasil Republicano**. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 112.

permaneceu até o final do primeiro governo Vargas.⁴²¹

Em junho de 1934 (um mês antes da promulgação da nova Constituição Federal), uma reforma na estrutura administrativa do MESP criou a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), órgão técnico com a função de coordenar as diretorias estaduais de saúde.⁴²² A nova diretoria incorporou as funções do antigo DNSP, e seus serviços foram reagrupados em duas grandes seções técnicas de saúde pública e assistência médico-social, e em cinco novas diretorias: Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, Serviços Sanitários nos Estados, Proteção à Maternidade e à Infância, Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental.⁴²³ De acordo com Fonseca, o texto final desta reforma pode expressar a intenção do governo federal em intensificar sua participação e controle sobre os órgãos de saúde estaduais e municipais, mas também indica que esta participação se faria mediante acordos com os poderes públicos estaduais e municipais (assim como na década de 1920).⁴²⁴

A partir de então o MESP passou a seguir três linhas de atuação: a educação nacional, a saúde pública e a assistência social. De acordo com Fonseca:

Observando-se a estrutura do novo órgão constata-se a intenção de fortalecer, no interior do ministério, um órgão de saúde abrangente, agrupando os setores vinculados à saúde pública e às instituições de cunho estritamente assistencial, levando à unificação da estrutura institucional da saúde pública e da assistência médica e psiquiátrica. [...].

A nova estrutura administrativa em vigor deixa clara a crescente preocupação com a atenção materno-infantil, a saúde mental e a assistência médica, no processo de definição de estratégias políticas de ação pública em saúde. Apresenta indícios de expansão do campo de ação do poder público, uma vez que amplia a cobertura à população e assume características mais universais em um formato mais sistematizado e coordenado de intervenção.⁴²⁵

Em 1934, uma nova Constituição Federal foi promulgada. Nela, três artigos tratam sobre o tema “saúde”. O Artigo 10 estabelecia que “compete concorrentemente à União e aos Estados: [...] II – cuidar da saúde e assistência públicas”. Quanto ao Artigo 138, ele incumbe a

⁴²¹ As datas de posse e desligamento dos ministros foram as seguintes: Francisco Campos – novembro de 1930 a setembro de 1931; Belisário Penna – setembro de 1931 a dezembro de 1931; Francisco Campos – janeiro de 1932 a setembro de 1932; Washington Pires – setembro de 1932 a julho de 1934; Gustavo Capanema – julho de 1934 a outubro de 1945. Cf. FONSECA, op. cit., p. 164.

⁴²² **Decreto nº 24.438, de 21 de Junho de 1934.** Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24438-21-junho-1934-515609-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

⁴²³ **Decreto nº 24.814, de 14 de Julho de 1934.** Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24814-14-julho-1934-505509-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

⁴²⁴ FONSECA, op. cit., p. 124.

⁴²⁵ Idem, p. 126.

União, os Estados e os Municípios: estimular a educação eugênica; amparar a maternidade e a infância; cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais; além de “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis”. Já o Artigo 140 estabelece que “a União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do país, cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais.”⁴²⁶

A partir destes artigos, a Constituição Federal de 1934 incumbe os três poderes públicos – federal, estadual e municipal – das tarefas de educação, assistência social e defesa sanitária. Entretanto, estabelece como obrigação do governo federal o combate às grandes endemias do país, principalmente nas regiões onde os governos locais não tivessem condições de realizarem esta tarefa. Ao contrário da Constituição Estadual gaúcha elaborada em 1935, as leis federais referentes à saúde não especificam nenhuma doença infecto-contagiosa a ser combatida. Assim, não limitavam a atuação do governo, como fez a Constituição Estadual daquele período.⁴²⁷ Por outro lado, uma característica semelhante de ambas as constituições é a preocupação com a assistência médico-social e hospitalar, uma inovação nos serviços de saúde a serem oferecidos pelo Estado.

Em relação à nova Constituição federal, Rodrigues argumenta:

Inegavelmente, a Constituição de 1934, entre todas as outras, dispensou especial carinho à Saúde Pública, dando-lhe a devida importância como responsabilidade de governo [...]. Mais duas constituições vieram a reger os destinos do nosso país depois de promulgada em 1934 mas, em nenhuma delas, nem mesmo na atual com suas reformas, vamos encontrar estabelecidos tão amplos cuidados com a Saúde Pública do país.⁴²⁸

Em 1935, uma nova reforma do MESP foi submetida ao Legislativo Federal. Esta reforma buscava criar mecanismos para que órgãos federais atuassem mais diretamente nos estados, para projetar a influência do governo federal sobre todo o território nacional. Ao longo dos dois anos de discussão do projeto no Legislativo, ele sofreu diversas modificações,

⁴²⁶ **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934.** Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacao-1-pl.html>>. Acessado em: 7 out. 2010.

⁴²⁷ Questão abordada no sub-capítulo intitulado *Um tempo de discussão sobre a saúde pública*.

⁴²⁸ RODRIGUES apud IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada.** São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1994. p. 59. B. A. Rodrigues escreveu este argumento em 1967, na obra *Fundamentos de administração sanitária*. As duas constituições citadas pelo autor são as instituídas em 1937 e em 1946.

propostas inclusive pelo ministro Gustavo Capanema, seu coordenador.

Até aquele momento, apesar das inúmeras alterações internas sofridas pelo MESP, nenhuma havia representado uma mudança significativa e uma ruptura com as políticas do final dos anos vinte. Entretanto, a posse de Gustavo Capanema e a reforma proposta por ele, em 1935, é vista pela historiografia como um marco para este Ministério. De acordo com Hochman e Fonseca:

O marco definitivo no processo de construção institucional, identificado como um marco na saúde pública enquanto política estatal no período em questão, foi a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (1934-45). Foi a reforma do Mesp, proposta em 1935 e implementada por Capanema a partir de janeiro de 1937, que definiu a política de saúde pública, reformulando e consolidando a estrutura administrativa do ministério e adequando-a aos princípios básicos que orientaram a política social do governo Vargas.

Portanto, será com a reforma de Capanema – a grande reforma sofrida pelo Mesp desde sua criação – que terá início o processo de reformulação e consolidação da estrutura administrativa da saúde pública, uma estrutura que permaneceu inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953.⁴²⁹

João de Barros Barreto, empossado como diretor do Departamento Nacional de Saúde em fevereiro de 1937 (um mês após a aprovação da reforma pelo Legislativo federal), foi o principal responsável pela implantação das mudanças na área da saúde.⁴³⁰

Com a reorganização do ministério, este passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde.⁴³¹ A mudança na nomenclatura reflete a nova orientação do setor: não tratar apenas dos problemas relacionados à saúde pública, mas da saúde como um todo, sejam das doenças individuais, sejam das coletivas. A Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, criada por Washington Pires em 1934, foi extinta e substituída pelo antigo DNSP, que retornaria à cena institucional, passando a se chamar Departamento Nacional de Saúde (DNS), para igualmente ampliar suas responsabilidades e serviços. O DNS passou a compreender quatro divisões: Divisão de Saúde Pública, de Assistência Hospitalar, de Assistência a Psicopatas e de Amparo à Maternidade e à Infância.⁴³²

⁴²⁹ HOCHMAN; FONSECA, op. cit., p. 82.

⁴³⁰ Diretor do Departamento Nacional de Saúde, entre 1937 e 1945. Segundo Nísia Lima, foi responsável pela extensão dos postos de saúde no território nacional e pela consolidação da estrutura verticalizada dos serviços de combate às doenças. Em sua gestão, deu prioridade ao registro estatístico, contribuindo para a implantação de um sistema de informações sobre as doenças transmissíveis e a captura de vetores. LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 46.

⁴³¹ **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacao-1-pl.html>>. Acessado em 4 out. 2010.

⁴³² Idem.

As reformas do MESP propuseram três diretrizes para o setor da saúde. Em primeiro lugar, a criação das delegacias federais de saúde. O país foi dividido em oito regiões, sendo instalado em cada uma delas uma Delegacia Federal de Saúde. A função das delegacias era supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social, além de realizar a inspeção dos serviços federais de saúde.⁴³³ O sul do país (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) formava uma das regiões, sendo que a sede desta delegacia foi estabelecida na cidade de Porto Alegre. “Dessa forma, o governo federal ampliava a sua presença nas diversas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública”.⁴³⁴ Na opinião de Fonseca, a criação das delegacias federais de saúde “foi uma das mais importantes inovações promovidas pela reforma do MESP, para os propósitos de expansão dos órgãos federais de saúde”.⁴³⁵ De acordo com a historiadora:

As delegacias federais de saúde representam, assim, o primeiro passo para a sistematização, organização e expansão do poder público para outras regiões. Na continuidade do governo Vargas, foram importantes órgãos intermediários entre o governo federal e os estados – uniformizaram as ações públicas no campo da saúde e asseguraram que a expansão do público federal pelo território nacional ocorresse segundo parâmetros comuns e de modo coordenado. Conduzidas por sanitaristas que despontavam como atores institucionais relevantes naquele cenário de implementação de políticas públicas promoveram a consolidação de uma especialidade profissional no campo da saúde.⁴³⁶

Outra proposta da reforma foram as Conferências Nacionais de Saúde, compostas por administradores e técnicos representantes de órgãos públicos de saúde nas esferas federal e estadual, sob a coordenação direta do Executivo. O objetivo era discutir e deliberar sobre questões administrativas relativas ao setor da saúde, mas igualmente para “facilitar o conhecimento do governo central sobre as atividades desenvolvidas na área da saúde em todo o país e permitir, também, o acompanhamento dos auxílios e das subvenções federais concedidas aos estados”.⁴³⁷ Na prática, apenas uma conferência foi realizada no governo Vargas, ocorrida em 10 novembro de 1941 (aniversário da instauração do Estado Novo), no Rio de Janeiro. A segunda conferência só viria a ocorrer em 1950, em outro contexto nacional.

⁴³³ Cabe lembrar que no Rio Grande do Sul, em 1929, também foi proposta a criação de delegacias de saúde, porém as delegacias que seriam criadas no estado exerceriam atividades de execução dos serviços de saúde, e não apenas de supervisão.

⁴³⁴ HOCHMAN; FONSECA, op. cit., p. 83.

⁴³⁵ FONSECA, op. cit., p. 150-151.

⁴³⁶ Idem, p. 155.

⁴³⁷ Idem, p. 157.

Mais uma mudança proposta pela reforma foi a criação de uma série de serviços nacionais de saúde, voltados para doenças específicas. De acordo com Hochman e Fonseca, a principal orientação destes serviços seria

debelar surtos epidêmicos e estabelecer métodos de controle e prevenção, num trabalho conjunto com as delegacias federais de saúde e com os governos locais. O governo federal, dessa forma, através da equipe técnica que atuava nos estados (médicos sanitaristas, guardas sanitários, enfermeiras, etc.) aumentava sua presença nos recantos mais remotos do país, conjugando centralização política com descentralização administrativa.⁴³⁸

Neste contexto, consolidava-se a visão de que a saúde pública deveria atuar privilegiando as doenças infecto-contagiosas, que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos específicos. Nas palavras do ministro Gustavo Capanema:

À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar à coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública.⁴³⁹

A estrutura organizacional da saúde nos estados também foi reorganizada, através da criação dos Departamentos Estaduais de Saúde, ocorrida ao longo da década de 1930. Estes departamentos eram, em praticamente todos os estados do país, chefiados ou auxiliados por técnicos federais. Assim como José Bonifácio Paranhos da Costa assumiu o DES no Rio Grande do Sul, outros técnicos federais também foram encarregados de dirigir os departamentos estaduais de saúde de todo o país. Nas palavras de Fonseca:

A presença de técnicos formados pelo DNS e a ele vinculados diretamente garantia, assim, uma cadeia hierárquica de funcionamento dos serviços de implementação das normas definidas pelo órgão central da saúde pública. Ficava clara a estratégia que viabilizava um sistema de centralização normativa em que “todos falavam a mesma língua”, e cuja execução, ao contrário, se fazia de forma descentralizada a partir das instâncias estaduais.⁴⁴⁰

Foram elaborados códigos sanitários, regulamentos e leis que visavam a “padronizar, nos mínimos detalhes, as atividades dos serviços de saúde nos estados, acompanhando tanto o processo de burocratização do Estado que se fortalecia como também as orientações

⁴³⁸ HOCHMAN; FONSECA, op. cit., p. 85.

⁴³⁹ CAPANEMA apud FONSECA, op. cit., p. 47.

⁴⁴⁰ FONSECA, op. cit., p. 199.

internacionais”.⁴⁴¹

Além disso, o governo federal também prestou aos departamentos estaduais auxílio técnico, orientação, bem como preparo de seus profissionais em um curso oficial de saúde pública e em outros de caráter intensivo que o DNS organizava.⁴⁴² Um exemplo eram os cursos para visitadoras sanitárias. Em inúmeros estados do país (entre eles o Rio Grande do Sul):

enfermeiras de saúde pública dos quadros federais vêm estabelecendo e dirigindo cursos e serviços de visitadoras sanitárias, até que se possam instalar escolas de enfermeiras, em número e com capacidade para a preparação dessas auxiliares, de que depende sabidamente a obtenção de um alto padrão de eficiência para as repartições sanitárias.⁴⁴³

A instauração do Estado Novo em novembro de 1937 facilitou a implementação desta reforma centralizadora elaborada nos anos anteriores, por ter introduzido no país um novo regime político. De acordo com Capelato:

O período se caracterizou também pelas significativas mudanças promovidas pelo governo. Elas ocorreram em vários níveis: reorganização do Estado, reordenamento da economia, novo direcionamento das esferas públicas e privada, nova relação do Estado com a sociedade, do poder com a cultura, das classes sociais com o poder, do líder com as massas.⁴⁴⁴

Entretanto, cabe destacar que na prática, o Estado Novo pouco trouxe de novo para alguns campos de atuação do governo, como no caso da saúde pública. O novo regime teria apenas implantado políticas que já haviam sido elaboradas entre 1935 e 1937, tendo por base concepções de períodos anteriores. Neste sentido, de acordo com Juliane Serres:

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. A mudança pode ser marcada pelo intenso processo de centralização das atividades de saúde e de saneamento, de organização, de profissionalização e de burocratização dos serviços. O Estado conseguiu forças para atuar em todo o território, sobrepondo-se a interesses e a autonomias regionais através da extensão do aparato governamental.⁴⁴⁵

⁴⁴¹ Idem, p. 184. Para maiores detalhes sobre as questões internacionais de saúde, bem como sobre a Organização Pan-Americana de Saúde, ver: FINKELMAN, op. cit.

⁴⁴² SCHWARTZMAN, Simon (Org.) **Estado Novo, um Auto-retrato** (Arquivo Gustavo Capanema). Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1983. p. 386.

⁴⁴³ Idem.

⁴⁴⁴ CAPELATO, op. cit., p. 113.

⁴⁴⁵ SERRES, 2004, op. cit., p. 53-54.

Em 1941, o DNS sofreu nova reorganização, passando a ser formado pelos seguintes setores: Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Divisão de Organização Sanitária (DOS), Divisão de Organização Hospitalar (DOH), pelas delegacias federais e pelos serviços nacionais.⁴⁴⁶ Segundo Fonseca, as alterações postas em vigor a partir de 1941 aproximariam ainda mais a “estrutura institucional da saúde pública das metas políticas e dos princípios ideológicos que vinham norteando a construção do Estado Nacional varguista, e fortaleceriam a centralização, normatização, burocratização e expansão dos serviços de saúde pública a cargo do MES”.⁴⁴⁷

Assim como ocorreu no Rio Grande do Sul, em nível federal também houve a preocupação com os dados estatísticos da saúde. Em 1936, o governo iniciou medidas para sistematizar as informações de todo o país, segundo padrões internacionais. Portanto, se os serviços de saúde pública do Rio Grande do Sul organizaram sua bioestatística, também forneceram as mesmas para o governo federal, e o fizeram de acordo com o padrão adotado por aquele poder público. Para Fonseca, nos anos seguintes, a bioestatística se firmaria como área de conhecimento essencial às atividades de saúde pública, constituindo elemento indispensável para o planejamento e a definição de estratégias de atuação do setor.⁴⁴⁸ Para a divulgação destes dados, foi lançado o *Boletim Mensal de Estatística Sanitária do Departamento Nacional de Saúde*. Além disso, se no Rio Grande do Sul o setor da saúde publicava o periódico *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde*, em nível federal era publicado pelo DNS o periódico *Arquivos de Higiene*.

Para finalizar este capítulo, cabe destacar o trecho de um relatório de Bonifácio Paranhos da Costa. Nele, o diretor do DES no Rio Grande do Sul apresenta os pontos de contato entre o Departamento de Saúde federal com o estadual. De acordo com Costa, em diferentes casos o DES contou com a parceria e auxílio do DNS:

Este Departamento tem dado concurso técnico e material aos serviços estaduais de saúde. Desde 1938 está à disposição do Departamento Estadual de Saúde a enfermeira de saúde pública, D^a. Izaura Barboza Lima, superintendente e organizadora dos serviços de educadoras sanitárias. O Serviço Nacional de Febre Amarela orientou e instalou os serviços anti-culicidianos nas cidades de Porto Alegre e Pelotas. [...]. O Serviço Nacional de Malária, à insistência do Departamento Estadual de Saúde, desde 1939, instalou seus trabalhos de profilaxia do paludismo,

⁴⁴⁶ Os serviços nacionais instituídos foram os seguintes: Serviço Nacional da Peste, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço Nacional do Câncer, Serviço Nacional de Leprosia, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Nacional de Saúde dos Portos, Serviço Federal de Bioestatística, Serviço Federal de Águas e Esgotos. **Decreto-lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=18312>>. Acessado em: 13 out. 2010.

⁴⁴⁷ FONSECA, op. cit., p. 183.

⁴⁴⁸ Idem, p. 187.

nos Municípios de Osório e Torres. O Serviço Nacional de Peste procedeu o ano passado um inquérito sobre peste e está classificando os roedores capturados em diferentes cidades do Estado. O Serviço Nacional de Lepra, com as dotações específicas de construções, tem prosseguido a ampliação da Colônia Itapuã. [...]. O Serviço Nacional de Tuberculose, orientador da campanha nacional contra a peste branca, mandou construir o Preventório para Crianças Débeis nesta cidade [Porto Alegre], no bairro de Ipanema, cujo funcionamento está retardado pela falta das obras de água, esgoto e luz. Empenhado que está ele no recenseamento torácico e tuberculínico ofereceu ao Estado, depois de assinado contrato do acordo entre o Departamento Estadual de Saúde e esse Serviço, estabelecendo as normas que devem ser seguidas no trabalho referido, uma ambulância-automóvel com instalações completas de roentgenfotografia e requisitos indispensáveis para o prosseguimento desses trabalhos, de povoação em povoação. O Serviço Antivenéreo das Fronteiras, decorrente do Convênio Brasil-Uruguaí, passou a ser executado pelas unidades estaduais de saúde pública. A Divisão de Organização Sanitária tem procurado enviar regularmente a linfa de vacina antivariólica, preparada no Instituto Oswaldo Cruz.⁴⁴⁹

Dos inúmeros serviços e preocupações do setor da saúde pública no Brasil e no Rio Grande do Sul, três questões se mostraram como basilares, e de certa forma inovadoras: a profilaxia e combate às doenças contagiosas, a atuação dos Centros de Saúde e Postos de Higiene, assim como o trabalho de educação sanitária. Estas questões são analisadas de forma mais detalhada, no próximo capítulo desta dissertação.

⁴⁴⁹ Relatório DES, 1942, p. 30-31.

CAPÍTULO 4 - INOVAÇÕES DA SAÚDE PÚBLICA ESTADUAL

4.1 PROFILAXIA E COMBATE ÀS DOENÇAS CONTAGIOSAS

Diversas doenças contagiosas foram endêmicas ou epidêmicas no estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 1928 a 1945.⁴⁵⁰ No início deste período, de acordo com o médico Fernando de Freitas e Castro,

a febre tifóide graça endemicamente em quase todos os Municípios e, anualmente, manifesta-se por surtos epidêmicos de maior ou menor extensão. [...]. O mesmo acontece com a lepra que se vai desenvolvendo lentamente no Estado, sem encontrar obstáculo que lhe embarace de poucos anos, se tornará um problema sanitário muito sério.

A tuberculose pesa consideravelmente no obituário dos Municípios, a raiva se tem disseminado aos poucos pelo Estado, a peste é endêmica em vários pontos, a varíola nos visita com certa frequência e assim se pode lembrar uma série, não pequena, de outros problemas sanitários que estão reclamando solução imediata. Dentre eles quero, apenas, me referir as verminoses, que estão se espalhando de tal modo que as observamos em quase todos os Municípios, dos quais muitos já apresentam a porcentagem de 96% de infestados.

De um modo geral, pode-se dizer que estamos á mercê das endemias que aqui reinam e sujeitos às epidemias que, felizmente, ainda não atingiram as raias da calamidade, mas que podem, de um momento para outro, apresentar caráter muito sério, se não forem tomadas, em tempo, as precauções necessárias.⁴⁵¹

Estas doenças eram basicamente as mesmas que grassaram no estado por todo o período da República Velha. Conforme Beatriz Weber, as doenças que preocuparam os governantes gaúchos “a partir de 1895, foram praticamente as mesmas até 1928, havendo, quase todos os anos, casos de difteria, peste bubônica, febre tifóide, varíola, varicela, sífilis e tuberculose”.⁴⁵²

⁴⁵⁰ Segundo Bertolli Filho, uma doença é endêmica quando “existe constantemente em determinada região e ataca um número de vítimas previamente esperado”. Já a epidemia consiste no “aparecimento e difusão rápida e passageira de uma doença – infecto-contagiosa ou não – que atinge um grande número de pessoas ao mesmo tempo”. BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004. p. 7 e 21.

⁴⁵¹ FREITAS E CASTRO, Fernando de. Considerações em torno do problema da Reorganização Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. **Archivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 5, mai. 1930. p. 4. Disponível em: <http://www.muham.org.br/admin/files_db/ati_157.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

⁴⁵² WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889/1928**. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC - Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999. p. 62.

Como medida de combate a estas doenças, a Diretoria de Higiene priorizava o isolamento domiciliar. Apesar de o estado possuir um Hospital de Isolamento, esta instituição encontrava-se em precárias condições, o que levava as autoridades sanitárias a darem preferência pelo isolamento realizado na casa dos doentes. Neste caso, para a Diretoria de Higiene ter um maior controle do doente e tentar evitar a disseminação da doença, eram realizados os seguintes procedimentos:

Notificado um caso de moléstia infecto-contagiosa, o Médico auxiliar do Desinfectório comparecia imediatamente a casa do doente, fazendo instalá-lo na peça mais própria para o isolamento e ensinando à família como deveria se comportar para evitar a disseminação do mal e fornecendo-lhe um folheto onde estavam escritas em linguagem simples, as principais regras do isolamento e da desinfecção ou desinfestação. Em seguida, instalava no quarto do doente um aparelho com uma bacia com anti-séptico para as mãos do enfermeiro e um saco para receber as roupas do doente.

Diariamente, o carro de condução de objetos contaminados, levava este saco com as roupas para desinfectar e o substituíam por outro vazio. As roupas, transportadas para o *Desinfectorio*, eram esterilizadas e devolvidas à família para serem depois lavadas. Assim evitava-se que a lavadeira manipulasse roupas contaminadas.

O pessoal do desinfectório, diariamente, por ocasião da visita, verificava como a família estava fazendo a desinfecção das fezes, urinas, catarros, etc. e o destino final que lhes estava sendo dado.⁴⁵³

Na opinião do diretor de Higiene, Fernando de Freitas e Castro, um dos problemas enfrentados pela Diretoria, no final dos anos vinte, e que mais dificultava a atuação no combate às doenças contagiosas, dizia respeito à notificação compulsória. De acordo com Freitas e Castro, apesar de existirem leis prevendo a obrigatoriedade de se comunicar ao governo a existência de determinadas doenças no território do estado⁴⁵⁴, os médicos geralmente não cumpriam tal determinação.⁴⁵⁵ Para o diretor de Higiene, o governo deveria

⁴⁵³ FREITAS E CASTRO, Fernando de. Organização sanitária do Brasil e reforma dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, Porto Alegre, vol. 19, 1933. p. 177. (BFMUFRGS)

⁴⁵⁴ Juliane Serres cita as legislações que previam a notificação compulsória da lepra. No Rio Grande do Sul, a notificação obrigatória da presença desta doença já havia sido estabelecida pelo Decreto nº 3.471, de 12 de maio de 1925. Em nível nacional, medida semelhante foi definida pelo Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, que criou dentro do DNSP uma Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas. Em relação à lepra, tal decreto estabeleceu que qualquer caso suspeito desta doença deveria ser notificado. Neste sentido, “cabia não apenas ao médico comunicar às autoridades sanitárias casos confirmados ou suspeitos, mas a qualquer pessoa que residisse ou convivesse com o *suspeito*. O não cumprimento deste dispositivo acarretaria multas, em dinheiro para as pessoas em geral, em dinheiro mais sanções para os médicos”. SERRES, Juliane C. P. **"Nós não caminhamos sós": O Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950)**. 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004. p. 46 e 74.

⁴⁵⁵ Relatório Diretoria de Higiene. In: **Relatório apresentado ao Dr. Getúlio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretário do Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 25 de agosto de 1928** – II volume. Porto Alegre: Oficinas Gráficas d’ “A Federação”, 1928. p. 64. (AHRS)

ser comunicado de todos os casos de doença ou morte por moléstias contagiosas:

Em todos os países a notificação compulsória é exigida com o máximo rigor, porque sem ela não se podem acompanhar as variações do estado sanitário de uma localidade e, portanto, a autoridade fica impossibilitada de agir em tempo de evitar a formação de epidemias. [...]. É preciso compelir os clínicos a cumprirem com a obrigação, mas para isso é necessário que a Mesa de Rendas torne efetiva a cobrança das multas impostas para que não continue a pesar sobre elas o descrédito que, atualmente, se observa.⁴⁵⁶

Mesmo com penalidades impostas pela lei, a notificação não era cumprida com regularidade. Na opinião de Freitas e Castro, “não são todos os clínicos que compreendem o alcance dessa medida, cuja falha traz como consequência, muitas vezes, o retardamento das medidas profiláticas que, não sendo tomadas em tempo, não podem evitar a formação das epidemias”.⁴⁵⁷

Em 1928, a primeira medida adotada pelo novo governo para solucionar esta situação foi a uniformização dos atestados de óbito, que a partir de então seriam impressos e distribuídos gratuitamente aos médicos. Essa medida parece ter melhorado as condições para a organização da estatística de mortalidade no estado.⁴⁵⁸ Mas, ao que tudo indica, parece não ter surtido efeito naquilo que se refere à atuação do Estado no combate às doenças contagiosas. Neste sentido, o discurso pronunciado pelo deputado e também médico Décio Martins Costa, durante os debates da Assembleia Constituinte estadual em 1935, indicam que a situação sanitária do estado pouco havia mudado:

É de fato lamentável, Sr. Presidente, o nosso atual estado sanitário. Na capital e nos centros urbanos de maior densidade campeiam livremente a sífilis e a tuberculose. [...]. No Nordeste do Estado acompanhado, de extensa zona litorânea atrofica, anemiada pela verminose, existe uma população que poderá ser salva, um capital que deverá produzir. Na zona colonial [...] o tracoma castiga o trabalhador honrado. [...] São endêmicas a febre tifóide e as disenterias, para não falar também no recanto desventurado onde, dia por dia, vai tomando vulto o lúgubre espantalho da morfêia. E ao norte e ao sul, e de leste a oeste, garantindo o ambiente propício para todos os males, ao lado do alcoolismo, impera o mal maior que é a inconsciência absoluta das regras sanitárias.⁴⁵⁹

⁴⁵⁶ Idem, p. 64-68.

⁴⁵⁷ Relatório Diretoria de Higiene. In: **Relatório apresentado ao Dr. Getúlio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretário do Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 28 de Agosto de 1929** – I volume. Porto Alegre: Oficinas Graphicas d’ “A Federação”, 1929. p. 213. (AHRS)

⁴⁵⁸ Idem, p. 211-212.

⁴⁵⁹ **Anais da Assembleia Constituinte do Estado do Rio Grande do Sul**. vol. I – 12 de abril de 1935 a 29 de junho de 1935. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1935. p. 352. (BALRS)

Alguns anos depois, com a promulgação do *Regulamento do Departamento Estadual de Saúde*, a legislação sobre a notificação compulsória foi unificada e complementada.⁴⁶⁰ A partir de então, seria responsável por comunicar as autoridades sanitárias sobre a existência de uma doença que afetasse a salubridade pública:

- O médico que tivesse examinado o caso, mesmo que não assumisse o tratamento;
- Na falta de um médico, seria responsabilidade do chefe da família ou parente mais próximo que residisse com o doente ou suspeito;
- Os encarregados por habitações coletivas;
- Os diretores ou responsáveis por estabelecimentos comerciais, industriais, educacionais ou qualquer outro estabelecimento frequentado pelo doente ou suspeito;
- O farmacêutico que fornecesse medicamentos específicos para doenças de notificação compulsória;
- Os responsáveis por laboratórios particulares que obtivessem resultados positivos nos exames.⁴⁶¹

Seria multado aquele que fosse responsável pela notificação e não o fizesse, ou que fornecesse “indicação falsa ou incompleta que embarace à autoridade sanitária a descoberta dos doentes”.⁴⁶²

Com as novas normas sanitárias, o portador de doença contagiosa e sua família perdiam a autonomia em relação as suas ações. Se um doente ou suspeito fosse removido de casa ou mesmo de quarto, sem prévia autorização das autoridades sanitárias, o chefe da família ou da casa coletiva seria multado. Se esta remoção tivesse sido realizada por conselho ou conhecimento de um médico, este receberia as penalidades, ao invés do chefe da casa.⁴⁶³

No caso de doentes que frequentassem estabelecimentos educacionais, industriais ou comerciais, caso fosse verificada a ocorrência da doença fora destes locais, seria de responsabilidade das autoridades sanitárias comunicar o fato aos diretores destes estabelecimentos. Estes, por sua vez, deveriam comunicar às autoridades sanitárias qualquer

⁴⁶⁰ **Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul a que se refere o decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938.** Porto Alegre: Globo, 1939. p. 18. (BCPUCRS). Entre as inúmeras doenças cuja notificação era obrigatória, estavam: alastrim, raiva, cólera, coqueluche, dengue, difteria, desinterias, escarlatina, febre amarela, febre tifóide, leishmaniose, lepra, meningite, malária, paralisia infantil, peste, sarampo, tracoma, tuberculose, varicela, varíola e até mesmo a gripe. Em relação às doenças alimentares, constavam na lista as infecções alimentares, bem como as avitaminoses, como beri-beri e escorbuto.

⁴⁶¹ Idem, p. 18-19.

⁴⁶² Idem, p. 19.

⁴⁶³ Idem.

caso de doença que ocorresse no estabelecimento, além do nome, idade e endereço dos alunos ou empregados que faltasse a aula ou trabalho por três dias seguidos. O não cumprimento destas medidas acarretaria multa e punição.⁴⁶⁴

As autoridades sanitárias deveriam realizar exames e inquéritos epidemiológicos, para confirmar a doença e as fontes da infecção e disseminação. Eram passíveis de multa os doentes ou responsáveis que se recusassem a realizar exames, bem como as pessoas que dificultassem a execução dos inquéritos epidemiológicos e a coleta de material para exames.⁴⁶⁵

Caberia ao médico que atendesse o caso suspeito de doença transmissível de notificação compulsória, realizar o isolamento do doente no próprio domicílio, antes mesmo de notificar o caso às autoridades. O não cumprimento desta norma geraria multa, redobrada em caso de reincidência.⁴⁶⁶ Notificada a autoridade sanitária, seria esta a responsável por decidir se o doente continuaria em isolamento e por quanto tempo, se este poderia ser feito em domicílio ou se seria necessário a transferência para um hospital apropriado – que poderia ocorrer no Hospital de Isolamento do governo, ou em outros hospitais ou casas de saúde particulares. Quem não cumprisse todas estas recomendações ou burlasse alguma etapa, se opusesse ou dificultasse o isolamento ou remoção do doente, receberia multa. Além disso, nenhuma pessoa poderia, sem prévia autorização das autoridades sanitárias, guardar, emprestar, dar ou transportar objetos ou roupas que tivessem sido utilizados por um doente contagiante.⁴⁶⁷

O *Regulamento do DES* previa também que era dever das autoridades sanitárias tomar todas as providências para evitar a disseminação das doenças transmissíveis ao homem.⁴⁶⁸ Na prática, um dos principais instrumentos dos poderes públicos para a profilaxia de determinadas doenças foi a vacinação. Neste período, o governo do estado ofereceria gratuitamente para a população diferentes tipos de vacinas: antitífica, antidisentérica, antidiftérica, antirábica, antivariólica e BCG.⁴⁶⁹

⁴⁶⁴ Idem.

⁴⁶⁵ Idem, p. 20.

⁴⁶⁶ Idem.

⁴⁶⁷ Idem, p. 21-22.

⁴⁶⁸ Idem, p. 17.

⁴⁶⁹ Cabe lembrar que durante grande parte da República Velha, a questão da vacinação foi muito polêmica entre os governantes gaúchos. O Apostolado Positivista via a vacinação obrigatória como uma interferência à vontade individual. A partir daquele momento, a vacinação foi aos poucos tornada obrigatória. Em 1938, esta prática estava consolidada e já não era mais tão questionada como antes, nem pelos políticos, nem pela população. É provável que o trabalho de educação sanitária desenvolvido na época, tanto em nível estadual quanto em nível federal, tenha contribuído para a aceitação da vacinação.

No caso da varíola, a intensificação na campanha da vacinação contra esta moléstia modificou consideravelmente o número de doentes e mortos. Se até aquele momento esta doença causava um grande número de vítimas, a partir de então, a varíola passaria a não causar tantos óbitos. Neste sentido, a vacinação, que teve início no século XIX, a partir de 1928 se tornou uma prática mais recorrente no Rio Grande do Sul.⁴⁷⁰ Seu êxito pode ser verificado alguns anos depois, através da fala do diretor do DES, Paranhos da Costa:

Na luta contra essa temida doença eruptiva, o Departamento Estadual de Saúde conseguiu um dos seus sucessos em 1940, fruto da intensiva vacinação procedida no Estado. Nos 46 municípios com Serviços de Saúde foram confirmados 80 casos de varíola, total esse que, anos atrás, era de muito ultrapassado, no município de Porto Alegre, somente. [...]. O mais surpreendente resultado, porém, foi conseguido em Porto Alegre, onde cada ano surgiam dezenas e mesmo centenas de casos de varíola. As 180.000 vacinações e revacinações praticadas nos últimos 2 e meio anos, fizeram com que a varíola não figurasse na nosologia no ano transato em Porto Alegre.⁴⁷¹

No capítulo respectivo a imunização, o *Regulamento do DES* previu que as autoridades sanitárias deveriam tomar as medidas necessárias para que todas as pessoas residentes no estado fossem vacinadas contra a varíola. Previu também que era dever dos pais ou tutores levar as crianças para serem vacinadas no primeiro ano de vida, a partir do quarto mês. O não cumprimento desta disposição acarretaria multa.⁴⁷²

Além disso, o *Regulamento do DES* impôs diversas proibições para as pessoas não vacinadas. Aqueles que não apresentassem atestado de vacinação seriam proibidos de exercer cargos públicos, frequentar estabelecimentos de ensino, prestar serviço militar, trabalhar em estabelecimentos comerciais, industriais, bancários, educacionais, de saúde, em instituições religiosas ou prestar serviços domésticos; não poderia nem mesmo internar-se em casas de

⁴⁷⁰ Segundo Marta Almeida e Maria Amélia Dantes, no século XIX, apesar de já existir uma vacina contra a varíola, não foi instalado na sociedade brasileira uma rotina de vacinação. Mas, por outro lado, durante aquele século, a prática da vacinação ocupou um espaço importante nas preocupações dos governos brasileiros. ALMEIDA, Marta de; DANTES, Maria Amélia M. O Serviço Sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia In: DANTES, Maria Amélia M. (Org.). **Espaços de ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 136.

⁴⁷¹ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Cel. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal, pelo Dr. J. Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES**, 1940. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1941. p. 68-69. (AHRs). De acordo com os dados apresentados por Bonifácio Costa, da metade de 1938 até 1940, o DES realizou mais de meio milhão de vacinações em todo o estado.

⁴⁷² **Regulamento DES**, 1938, p. 22. Nesta questão, o *Regulamento do DES* seguiu as normas previstas desde a regulamentação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, quando foram estabelecidas as novas normas para o setor, inclusive em relação a vacinação. No Rio Grande do Sul, estas regras não era respeitada com rigor, em função dos princípios positivistas que davam base ao governo do estado. **Decreto Federal nº 14.354, de 15 de setembro de 1920**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=53975&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acessado em: 2 dez. 2010.

saúde ou hospitais.⁴⁷³

O sucesso da vacinação (seja pelo êxito dos serviços estaduais de saúde pública, seja pelo medo da população de sofrer as punições impostas pela legislação estadual) proporcionou um fato inédito na Capital. No ano de 1940, não foi registrado nenhum caso de varíola em Porto Alegre, o que era uma situação inédita na cidade, visto esta doença ser endêmica na região desde o século XIX ou até mesmo antes disso.

Em 1941, no entanto, a situação foi diferente. Ocorreu um pequeno surto de varíola em Quaraí e alguns casos isolados se espalharam por outras cidades.⁴⁷⁴ Dois anos depois, novos casos levaram o novo diretor do DES a questionar o serviço de vacinação realizado. Segundo Eleyson Cardoso:

Lamentavelmente se verificaram 38 casos de varíola e alastrim no Estado, em 1943, o que mostra que a população não está ainda imunizada na sua totalidade, pelo que devem as unidades sanitárias intensificar a vacinação, tanto nas sedes dos municípios como nos seus distritos.⁴⁷⁵

Outra doença cuja profilaxia passou a ser realizada através da vacinação foi a tuberculose. Em 1928, o Laboratório de Bacteriologia do Estado passou a realizar pesquisas com o *bacilo de Calmette-Guerin* (mais conhecido pela sigla de B.C.G.).⁴⁷⁶ Naquele momento, a eficácia da utilização da BCG era muito discutida pelos médicos. Muitos argumentavam que esta vacina possuía imunidade fraca e efêmera, e havia dúvida sobre os malefícios que poderia causar à pessoa imunizada.⁴⁷⁷ Nas palavras de um dos responsáveis por esta pesquisa, Dr. Maya Faillace:

Esses resultados experimentais, francamente comprobatórios da inocuidade do BCG, permitiu iniciássemos as premunizações em Fevereiro de 1928, quando vacinamos por via oral um recém-nascido filho de bacilifera, o qual foi assim o primeiro calmetizado no Estado do Rio Grande do Sul. Essa criança tem presentemente mais

⁴⁷³ Idem, p. 24. Estas proibições também já estavam previstas no Decreto Federal nº 14.354, citado acima.

⁴⁷⁴ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal, pelo Dr. José Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES**, 1941. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1942. p. 48. (AHRS)

⁴⁷⁵ Relatório apresentado ao Exmo. Tte.-Coronel Ernesto Dornelles, Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Eleyson Cardoso, Diretor Geral do Departamento Estadual de Saúde - 1943. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 5, 1944, p. 105. (BFMUFGRS)

⁴⁷⁶ Segundo Maya Faillace, as culturas de BCG que estavam sendo empregadas “provêm da que nos foi atenciosamente enviada, em fins de 1927, pelo ilustre bacteriologista Dr. Arlindo de Assis, do Instituto Vital Brazil, que recebera amostras do referido germe, oriundas diretamente do Instituto Pasteur, de Paris. **Arquivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 9, set. 1929, p. 3. Disponível em: <http://www.muham.org.br/admin/files_db/ati_150.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

⁴⁷⁷ FAILLACE, J. Maya. A vacina BCG no plano de luta anti-tuberculosa do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, 1940, p. 172. (BFMUFGRS)

de 11 anos de idade, vive em ambiência contaminada, e está se desenvolvendo normalmente, continuando sob nossa observação particular. Em seguida, com o fim de estudar o valor do método de Calmette, praticamos pessoalmente 321 premunições de recém-nascidos durante os anos de 1928 e 1930, procurando observar seus resultados [...].⁴⁷⁸

Após a fase inicial de pesquisas, a vacina passou a ser produzida pelo Laboratório Bacteriológico de Porto Alegre e pelo Instituto de Higiene de Pelotas. Em 1928, uma circular foi enviada aos médicos que clinicavam no estado, informando sobre a disponibilização desta vacina e solicitando divulgação para o fato. De acordo com o diretor de Higiene na época, Dr. José Flores Soares:

Já possuindo o Laboratório Bacteriológico desta Diretoria culturas do bacilo de Calmette-Guérin convenientemente experimentadas e sendo há dias iniciado nesta capital o serviço de vacinação anti-tuberculosa dos recém-nascidos, pedimos vossa indispensável colaboração na obra de propaganda e difusão deste moderno recurso profilático. [...]. Esta Diretoria fornece gratuitamente as vacinas e todos os exames de laboratório necessários a rigorosa indicação científica do processo imunizante: pesquisa do bacilo de Koch, inoculações, prova da tuberculina, do desvio do complemento, etc. Quando autorizada pelos progenitores do recém-nascido, encarregar-se-á, também, da prática da vacinação em domicílio, bastando para isso aviso imediato comunicando o nascimento da criança a vacinar, com todas as informações necessárias a boa marcha do serviço.⁴⁷⁹

A distribuição da vacina ficou a cargo dos Centros de Saúde e Postos de Higiene, instituições que começaram a ser implantadas naquela época. A aplicação do produto era realizada em domicílio pelas educadoras sanitárias, “que não somente se incumbem desta tarefa como também de fazer com que as crianças vacinadas sejam levadas para controle clínico aos Serviços de Puericultura”.⁴⁸⁰ A vacinação era realizada por via oral, em 3 doses, dentro dos dez primeiros dias de vida da criança.⁴⁸¹

No início dos anos quarenta, a aplicação da vacina B.C.G. já era uma prática comum. O que, todavia, não significa que a tuberculose tenha deixado de ser endêmica no Rio Grande do Sul. Na visão dos responsáveis pelo setor da saúde pública estadual, esta doença era vista

⁴⁷⁸ Idem, p. 174.

⁴⁷⁹ Correspondência enviada ao Secretário do Interior e Exterior, Oswaldo Aranha, pelo Diretor de Higiene, José Flores Soares, em 29 de fevereiro de 1928. Cópia da circular enviada aos médicos do estado. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRIS)

⁴⁸⁰ NASCIMENTO, Edmundo. A luta contra a tuberculose no D.E.S. In: FRANCO, Álvaro; RAMOS, Senhorinha Maria (ed.). **Panteão médico riograndense: síntese cultural e histórica - progresso e evolução da medicina no estado do Rio Grande do Sul**. São Paulo: Ramos, Franco - Editores, 1943. p. 158.

⁴⁸¹ Idem, p. 175.

como um dos maiores problemas da região.⁴⁸² Nas palavras de Bonifácio Paranhos da Costa, “a tuberculose continua sendo a doença que mais contribui para o obituário do Estado”⁴⁸³, “continua no Estado [...] a sua faina impiedosa de destruidora de energias e vidas”.⁴⁸⁴ Já nas palavras de Eleyson Cardoso, a tuberculose era um “problema sanitário de maior relevância não só em Porto Alegre como no Estado”. Em 1944, a tuberculose chegou a ser considerada uma epidemia, devido ao grande número de casos registrados naquele ano. Na opinião de Cardoso, a profilaxia para esta enfermidade estaria “a reclamar melhor armamento, acurada reorganização e eficiente mobilização de recursos”.⁴⁸⁵

Além da vacinação, a profilaxia da tuberculose ocorria também através do serviço de dispensários e exames clínicos. Nos casos mais graves e em que a moléstia já estava em grau mais avançado, realizava-se a internação hospitalar do doente. Em relação aos Dispensários Anti-Tuberculosos, estes foram instalados nos Centros de Saúde projetados pela Reforma Sanitária de 1929. Na década de 1930, este tipo de dispensário foi instalado também nos Postos de Higiene do interior do estado. Segundo Eleyson Cardoso, “nestes dispensários dos Postos de Higiene, se faz o diagnóstico clínico e laboratorial da tuberculose e se dá aos enfermos conselhos de ordem profilática além de tratamento medicamentoso”.⁴⁸⁶

Além disso, dois hospitais estaduais também ofereciam serviços para o combate a tuberculose. O Hospital de Isolamento possuía “um Serviço de cirurgia da tuberculose, instalado em princípios de 1941 com dezoito leitos e agora com instrumental cirúrgico próprio”.⁴⁸⁷ Já no Hospital São Pedro, foi organizado um setor específico para tratar dos casos

⁴⁸² De acordo com Beatriz Weber, esta visão já era recorrente entre governantes gaúchos no período da República Velha. Segundo a historiadora, “o maior responsável pelas mortes no Estado ao longo de todo o período, foi a tuberculose. Em 1913, os relatórios governamentais a descrevem como o ‘flagelo’ que acompanhava o crescimento da população. As causas apontadas eram o excesso de trabalho, o pauperismo, a intensidade da vida urbana e a insalubridade das habitações”. WEBER, op. cit., p. 65. Em 1928, Fernando de Freitas e Castro também argumentava que a tuberculose era a enfermidade que mais estragos fazia na população. Na visão deste médico, a mortalidade por esta doença era muito alta e, ao mesmo tempo, era também a moléstia mais difícil de ser combatida, “pela grande extensão que tomou a custa do número de anos que evoluiu sem encontrar qualquer obstáculo”, não só no Rio Grande do Sul, como no mundo todo. **Relatório Diretoria de Higiene**, 1928, p. 72-73.

⁴⁸³ **Relatório DES**, 1940, p. 67.

⁴⁸⁴ **Relatório DES**, 1941, p. 47.

⁴⁸⁵ Relatório apresentado ao Exmo. Tte.-Coronel Ernesto Dornelles, Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Eleyson Cardoso, Diretor-Geral do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - 1944. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 6, 1945, p. 203. (BFMUFRGS)

⁴⁸⁶ **Relatório DES**, 1944, p. 157. A principal diferença entre os dispensários instalados nos Centros de Saúde e dos instalados nos Postos de Higiene dizia respeito ao equipamento que possuíam. Os Centros de Saúde possuíam aparelhagem necessária para a realização de exames, (como aparelho de raio X e aparelho de pneumotórax). No Centro de Saúde Modelo, por exemplo, o dispensário instalado era “maior e melhor equipado que os anteriores, dotado de magnífica instalação de raio X com um moderno tomógrafo.” Já os dispensários dos Postos de Higiene eram mais simples, e não contavam com todos os equipamentos para exames. Idem.

⁴⁸⁷ Idem.

de tuberculose, o setor de *Tisiologia*, visto que esta doença afetava um número considerável de pacientes desta instituição.⁴⁸⁸

Em texto publicado na obra *Panteão Médico*, o Dr. Edmundo Nascimento - chefe do serviço de tuberculose do DES - argumenta que este serviço era realizado através de três maneiras diferentes: profilaxia direta, indireta e específica. A profilaxia específica era realizada através da aplicação da vacina B.C.G.; a profilaxia direta, feita pelos dispensários anti-tuberculosos, através de exames clínicos; já a profilaxia indireta era realizada através da educação sanitária e fiscalização, bem como através dos demais serviços oferecidos pelo DES.⁴⁸⁹

Em relação à profilaxia direta, segundo as palavras do Dr. Nascimento, “nosso esforço se concentra sobretudo no exame radiológico das coletividades, que constitui o chamado recenseamento torácico por meio da Abreugrafia, e o exame sistemático dos comunicantes, representados pelas pessoas que coabitam com os doentes ou que com eles trabalham”. O objetivo do serviço era examinar o maior número possível de indivíduos aparentemente sãos, para detectar a doença quando ela ainda não apresentava sintomas, ou então diagnosticar o tipo de tuberculose denominado de “inpercepta de Braeuning ou inaparente de Sayé, a mais perigosa de todas para a coletividade, uma vez que é ignorada do próprio indivíduo portador”. Posteriormente, o doente era isolado “numa fase em que geralmente tem as maiores probabilidades de cura”, ao mesmo tempo em que se buscava evitar que este indivíduo contaminasse os demais.⁴⁹⁰ Nos Dispensários, também era realizado o tratamento ambulatorial do doente, “através do pneumotórax, toda vez que o mesmo está indicado, como também o tratamento medicamentoso pelas injeções de ouro e mais a medicação, visando combater os sintomas da enfermidade”.⁴⁹¹

Além do serviço dos Dispensários, a luta contra a tuberculose também era realizada através da educação sanitária, bem como do serviço de Engenharia Sanitária, que buscava melhorar e ampliar “as condições de saneamento das cidades, vigiando através do seu Corpo de Médicos Sanitários as condições higiênicas das habitações e casas em geral, proporcionando assim à população uma vida mais salubre”.⁴⁹² Também era realizada profilaxia indireta através dos outros serviços do DES: na inspeção médico-escolar de

⁴⁸⁸ ALVES, Gabrielle Werenicz; SERRES, Juliane C. Primon. **Hospital Psiquiátrico São Pedro: 125 anos de história**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

⁴⁸⁹ NASCIMENTO, op. cit., p. 156-158.

⁴⁹⁰ Idem, p. 157.

⁴⁹¹ Idem.

⁴⁹² Idem, p. 158.

estudantes, professores e funcionários de escolas, pré-natal, higiene infantil, exames de saúde para ingresso no serviço público, licença ou aposentadoria. Ou seja, qualquer pessoa que passasse pelos serviços do DES era examinada para a detecção da tuberculose.

Para os casos mais graves da doença, cujo tratamento não poderia ser realizado via Dispensários, o governo estadual dispunha de serviço de hospitalização em três instituições públicas: Hospital de Isolamento, Hospital São Pedro e Hospital Centenário de São Leopoldo.⁴⁹³ Somados aos hospitais públicos, o DES estava agindo “no sentido de fazer com que todos os hospitais gerais subvencionados pelo Estado, localizados nos grandes núcleos de população, organizem serviços especiais (dispensários e enfermarias) para tratamento da tuberculose”.⁴⁹⁴

Além da tuberculose e da varíola, inúmeras outras doenças estiveram presentes no Rio Grande do Sul entre 1928 e 1945. Algumas apresentaram casos isolados, outras, pequenos surtos epidêmicos. Como exemplo podem ser citados a gripe, disenteria, sarampo, coqueluche, varicela e tracoma. Com exceção do tracoma e da febre tifóide, as demais doenças não originaram dos poderes públicos estaduais nenhuma importante ação de combate.⁴⁹⁵

⁴⁹³ Em 1943, Hospital de Isolamento possuía 18 leitos reservados para cirurgias torácicas e 52 leitos tipo abrigo; o Hospital São Pedro possuía uma enfermaria especial com 60 leitos, destinada aos doentes mentais internados na intuição, portadores de tuberculose; o Hospital Centenário de São Leopoldo - instituição municipal que recebia subvenção do estado - oferecia 20 leitos aos tuberculosos. **Relatório DES**, 1943, p. 164.

⁴⁹⁴ Idem, p. 165. Uma instituição filantrópica inaugurada na época, destinada exclusivamente para o tratamento da tuberculose, foi o Sanatório Belém. De acordo com Serres, “Nos anos de 1930, quando se iniciaram campanhas contra algumas doenças no Brasil, a tuberculose mereceu atenção especial. Uma das interpretações é que a moléstia atingia a mão-de-obra trabalhadora. Com o apoio do governo estadual em 1934, um grupo de médicos fisiologistas do Estado reuniu-se para estudar a criação de um hospital para tuberculosos. Um conjunto de ações beneficentes foi empreendido visando arrecadar fundos para construir o Sanatório. Como em outras mobilizações para construção de entidades hospitalares ou filantrópicas, foi criada a Sociedade Filantrópica Hospital Sanatório Belém, da qual fizeram parte uma elite formada por médicos, jornalistas, damas da sociedade, políticos, igreja, empresários, industriais, sociedades étnicas, entre outros. A Sociedade adquiriu o terreno para o futuro hospital, e os governos do estado e federal subsidiaram a construção.” A pedra fundamental foi lançada em 1934, mas os primeiros pavilhões só foram construídos em 1940, sendo inaugurados em 1941. WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). **Instituições de Saúde de Porto Alegre**: Inventário. Porto Alegre: Ideograf, 2008. p. 54.

⁴⁹⁵ Outra exceção a esta afirmação foi a lepra. Esta doença começou a preocupar as autoridades públicas gaúchas a partir dos anos vinte. Porém, uma ação mais contundente em relação a sua profilaxia e combate só se tornou realidade nos anos trinta, quando iniciou a Campanha Nacional de Combate à Lepra. Neste sentido, as ações contra esta doença se desenvolveram em parceria com o governo federal. Para maiores detalhes sobre a profilaxia e combate a lepra ver: SERRES, 2004, op. cit. QUEVEDO, Éverton Reis. **"Isolamento, Isolamento e Ainda Isolamento"**. O Hospital Colônia Itapuã e o Amparo Santa Cruz na Profilaxia da Lepra no Rio Grande do Sul (1930-1950). 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os escolhidos de São Francisco**: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã (1930-1940). 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

No caso do tracoma – também chamado de conjuntivite granulosa – o DES realizou cursos de especialização para seu diagnóstico e tratamento, destinados aos médicos dos Postos de Higiene. Além disso, em 1943 iniciou-se a elaboração de um plano de combate a esta doença.⁴⁹⁶

Em relação à febre tifóide, devido ao seu caráter epidêmico em determinados momentos, esta doença exigiu uma maior mobilização por parte dos poderes públicos. Quanto a esta situação, em correspondência enviada ao secretário do Interior e Exterior em janeiro de 1928, o diretor de Higiene, Dr. José Flores Soares, informava que:

Tendo aumentado, sensivelmente, os casos de infecções tíficas, nesta Capital, ultimamente, esta Diretoria resolveu, como principal medida profilática, mandar proceder a vacinação anti-tífica, com vacina preparada em nossos laboratórios, com maior intensidade, mandando percorrer fábricas, hospitais, arrabaldes S. João, Navegantes e Partenon.⁴⁹⁷

Alguns dias depois da intensificação do serviço de vacinação em Porto Alegre, o Intendente de Lajeado solicitou a ida de um médico da Diretoria de Higiene, munido de material e “injeções profiláticas” a fim de combater a epidemia reinante na localidade.⁴⁹⁸ No telegrama enviado pelo Intendente, consta a informação de que o 3º distrito daquele município - denominado de Bela Vista - possuía mais de 50 doentes.

A epidemia havia abrangido toda a população de Bela Vista, “onde só uma única casa não foi atingida”. Grande parte da população dessa localidade, calculada em 200 pessoas, contraiu febre tifóide, “que, apesar de extensa, foi relativamente benigna, pois, a mortalidade foi inferior a 10% o que é de admirar em doentes, na maioria dos casos, sem assistência médica, sem conforto e higiene”.⁴⁹⁹ Apenas 80 pessoas ainda não havia adoecido quando os médicos da Diretoria de Higiene chegaram ao local. Nas palavras de Flores Soares:

Pela marcha lenta, morosa, com que essa epidemia manifestou-se, é de presumir-se que os contágios se deram diretamente dos doentes aos sãos e, indiretamente, por meio das mãos contaminadas das pessoas que serviram de enfermeiras e que desconheciam, por completo, os mais comezinhos preceitos de higiene, de asseio,

⁴⁹⁶ **Relatório DES**, 1940; **Relatório DES**, 1943.

⁴⁹⁷ Correspondência enviada ao Secretário do Interior e Exterior, pelo Diretor de Higiene José Flores Soares, em 14 de janeiro de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências. (AHRs)

⁴⁹⁸ Telegrama de Carlos Fett Filho, 30 jan. 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRs)

⁴⁹⁹ Correspondência enviada ao Secretário do Interior e Exterior, pelo Diretor de Higiene José Flores Soares, em 14 de janeiro de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências. (AHRs)

muitas das quais eram as próprias que preparavam alimentos para suas famílias. A grande quantidade de moscas existentes no povoado de Bela Vista concorreu também, grandemente, para a disseminação do gérmen da febre tifóide, por existir sobre o solo, em redor das habitações grande quantidade de matéria fecal de enfermos típicos.

Pelas observações colhidas, é de acreditar-se que o lençol d'água subterrâneo que alimenta os poços que abastecem a população de Bela Vista, não tenha sido responsável pela epidemia em questão, pois, as epidemias que tem, como fator principal, a água, apresentam um outro caráter que não o da epidemia em questão, de marcha insidiosa e lenta, e sim um caráter explosivo, cujos casos se sucedem rapidamente.⁵⁰⁰

Para o local foram enviados o médico ajudante da Diretoria (na época era o Dr. Fernando de Freitas e Castro), acompanhado de um médico auxiliar e de um desinfector, que levaram consigo “quantidade suficiente de vacinas (tífica e para-tífica), fabricadas em nosso laboratório, a fim de procederem a vacinação intensiva da população daquele município, procurando assim imunizá-las do mal que ora grassa ali”.⁵⁰¹ Além disso, os médicos levaram também *Conselhos ao Povo*, para serem distribuídos entre a população.⁵⁰²

Para combater a epidemia, os médicos da Diretoria de Higiene realizaram inúmeras ações. A primeira foi o isolamento dos doentes. Neste sentido, o médico auxiliar da Diretoria, Dr. Mario Correa Staedter, relata a dificuldade em realizar esta ação: “infelizmente, só em poucas casas o consegui, fazendo o isolamento domiciliar dos respectivos doentes. Lamentavelmente, trata-se de gente que não tem a mínima cultura para julgar do alcance de tão utilitária medida”.⁵⁰³ Além disso, a população da localidade também foi ensinada pelos médicos da Diretoria, sobre esterilização de materiais, utilização de água fervida, limpeza das mãos após o contato com doentes, cuidado com roupas e objetos dos doentes e combate as moscas. Outro conselho dado pelo Dr. Staedter dizia respeito aos dejetos. A população foi aconselhada a colocar “as fezes e urinas em vasos contendo uma solução anti-séptica, formol, creolina, etc. durante uma ½ hora, para depois vazar o seu conteúdo nas fossas fixas e não atirá-lo pela janela afora, como até então faziam”.⁵⁰⁴

⁵⁰⁰ Idem.

⁵⁰¹ Correspondência enviada ao Secretario do Interior e Exterior, Oswaldo Aranha, pelo Diretor de Higiene, José Flores Soares, em 1º de fevereiro de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências. (AHRs)

⁵⁰² Idem. O *Conselho ao Povo* levado para Lajeado era um folheto com 4 páginas, explicando o que era a febre tifóide, os meios de transmissão, maneiras de evitá-la e o que fazer em caso de contaminação pelo micróbio.

⁵⁰³ Relatório do Dr. Mario Correa Staedter, referente ao aparecimento de uma epidemia de febre tifóide em Bela Vista, 3º distrito do município de Lajeado. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências. (AHRs)

⁵⁰⁴ Idem. Para um aprofundamento da discussão sobre a eliminação dos dejetos no século XIX, ver: AVILA, Vladimir Ferreira. **Saberes históricos e práticas cotidianas sobre o saneamento: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-1900)**. 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

Em outro distrito de Lajeado, onde também apareceu um caso da doença, o aumento do número de vacinados ocorreu, segundo o médico auxiliar, “por ter eu apelado para o concurso do vigário, para que aconselhasse o povo”.⁵⁰⁵

O médico auxiliar da Diretoria de Higiene aplicou a vacinação anti-tífica em todas as pessoas que ainda não haviam sido atacadas pela moléstia, como principal medida profilática. Além disso, este médico ficou encarregado de proibir, em absoluto, o lançamento de dejetos humanos sobre o solo, mandando proceder à desinfecção dos terrenos na vizinhança dos prédios pelo desinfector que o acompanhou. Neste sentido, foram tomadas providências para que as fezes e urinas dos doentes, após serem tratadas por uma solução anti-séptica durante algum tempo, fossem enterradas. As roupas dos mesmos submetidas à ação da água em ebulição ou de uma solução anti-séptica adequada. Foi instalada no local uma câmara de formol para a desinfecção de colchões, travesseiros e roupas dos enfermos curados. Outra função do médico auxiliar foi prestar informações às pessoas que cuidavam dos enfermos, a fim de evitar que as mesmas se contaminassem, como também a terceiros. Além de todas estas medidas, foram também tomadas providências para a extinção das moscas que, segundo José Flores Soares, existiam em grande quantidade no povoado de Bela Vista e seriam um dos principais veículos da transmissão da epidemia.⁵⁰⁶

Em março, a epidemia de febre tifóide chegou ao município de Encruzilhada. Em 5 de março de 1928, o vice-intendente da cidade enviou um telegrama para a Diretoria de Higiene, solicitando a ida de um médico daquela repartição, para examinar as fontes públicas e tomar as medidas necessárias para combater a epidemia. De acordo com a correspondência enviada pelo diretor de Higiene ao secretário do Interior e Exterior:

[...] ordenei a ida do médico auxiliar Dr. Piaguaçu Correa e do auxiliar do laboratório de bacteriologia, Sr. Enio Marsiaj, para aquela vila.

O primeiro, com instruções de tomar todas as medidas profiláticas aconselhadas em tais casos, procurar saber como propagou-se o mal ali, e, principalmente, proceder, com intensidade, a vacinação tífica e paratífica em todos os municípios, medida esta, encarada hoje em dia, como a principal em casos idênticos. [...].

Ontem a tarde, 16, recebi do Sr. Sr. Piaguaçu o telegrama [...] em que comunica estar grassando em Encruzilhada a febre tifóide, de forma benigna, trazida de doente vindo de Santa Cruz, o qual disseminou ali o mal, naturalmente, por falta de cuidados profiláticos.

Comunica o mesmo Dr. Piaguaçu, terem ali se registrado, até esta data, 12 casos de infecções tíficas e paratíficas, dos quais 8 estão em franca convalescença; que as fontes que abastecem a população acham-se em péssimas condições de higiene; que

⁵⁰⁵ Idem.

⁵⁰⁶ Correspondência enviada ao Secretário do Interior e Exterior, Oswaldo Aranha, pelo Diretor de Higiene, José Flores Soares, s/d. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências. (AHRs)

a vacinação tem sido bem aceita e com bons resultados; que tem mandando proceder a rigorosa desinfecção nas casas dos doentes, bem como em habitações coletivas, tais como: hotéis, colégios, quartéis, etc.⁵⁰⁷

Em abril de 1928, novos casos de febre tifóide foram detectados no município de Taquara. O médico auxiliar da Diretoria, Dr. Christiano Frederico Buys, foi enviado para aquele município, “a fim de verificar alguns casos de febre tifóide que se manifestaram na localidade, e tomar as providências tendentes a evitar a propagação do mal”.⁵⁰⁸

Muitos anos depois, Eleyson Cardoso argumenta em seu relatório que as centenas de casos de febre tifóide registrados no estado indicavam que esta doença ainda se mantinha endêmica no Rio Grande, e constituía um dos problemas sanitários à espera de solução. Segundo o diretor do DES:

Obras de saneamento (abastecimento e esgotos, entre outras), intensificação e aprimoramento da fiscalização de gêneros alimentícios, vacinação anual, em massa, da população, propaganda sanitária ininterrupta, são medidas que muito cooperarão na luta contra a febre tifóide. O que não pode deixar de ser feito, e tem sido muito incrementada, é a vacinação anual injetável [...].⁵⁰⁹

Além da febre tifóide, diferentes epidemias assolaram o Rio Grande do Sul entre os anos de 1928 e 1945. Infelizmente, as lacunas existentes na documentação do período não permitem conhecer em detalhes todos os casos, bem como as ações empregadas pelo governo do estado para combater os surtos. A exceção está no ano de 1928, cujas correspondências e processos encontrados apresentam em detalhes as ações do governo para o combate das epidemias, principalmente em relação à epidemia de febre tifóide ocorrida naquele ano.

Das demais epidemias, poucos detalhes foram descobertos. Sabe-se apenas que um pequeno surto de alastrim se espalhou pelo estado em 1931.⁵¹⁰ No ano seguinte, o mesmo aconteceu com a escarlatina, que segundo o Dr. Florencio Ygartua era benigna, mas que “fazendo sentir o pressentimento de uma possível epidemia ulterior, porém de caráter grave, e

⁵⁰⁷ Correspondência enviada ao Secretário do Interior e Exterior, pelo Diretor de Higiene, José Flores Soares, em 17 de março de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências. (AHRs) Cabe lembrar que todas estas práticas já eram utilizadas desde o século XIX.

⁵⁰⁸ Correspondência enviada ao Secretário do Interior e Exterior, Oswaldo Aranha, por Fernando de Freitas e Castro, servindo de Diretor de Higiene, em 12 de abril de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências. (AHRs)

⁵⁰⁹ **Relatório DES**, 1943, p. 105.

⁵¹⁰ **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil e lido perante a Assembleia Constituinte do Rio Grande do Sul pelo Interventor Federal General José Antônio Flores da Cunha em 15 de abril de 1935.** p. 34.

por isso os médicos devem ficar prevenidos”.⁵¹¹ Porém, apesar do alerta deste médico, não há registros na documentação consultada, de nenhuma epidemia de escarlatina de caráter mais grave.

Como decorrência da enchente ocorrida em Porto Alegre em 1941, houve uma epidemia de espiroquetose ictero-hemorrágica⁵¹², em maio e junho daquele ano. De acordo com Bonifácio Paranhos da Costa:

No período de enchente que assolou não só esta cidade, como outras cidades do nosso Estado, o Hospital de Isolamento concorreu eficientemente para enfrentar a situação. Recolheu 144 doentes, entre os quais os portadores de Espiroquetose Ictero-Hemorrágica, surto epidêmico que se manifestou naquela ocasião [...]. A vacinação em massa e o imediato isolamento dos portadores de moléstias infecto-contagiosas impediram que se verificassem surtos de outras doenças.⁵¹³

Por ser uma situação fora do comum, ao que tudo indica, a enchente de 1941 mereceu atenção especial do Departamento Estadual de Saúde, que realizou vacinação e isolamento dos doentes, visto que o fato poderia causar inúmeros problemas de saúde à população da cidade e arredores.

Outra epidemia que grassou na época foi a poliomielite, doença conhecida também por paralisia infantil. Além de casos esporádicos verificados em diversos municípios do estado, em 1943 esta doença tornou-se epidêmica no município de Quaraí, “como extensão da epidemia que grassou em Artigas e outros Departamentos do Uruguai. O total de casos no Estado foi de 94, sendo que os casos confirmados em Quaraí atingiram a 34”. Para combater a epidemia, “foi organizada a primeira enfermaria no Brasil para a aplicação do tratamento da paralisia infantil, pelo método Kenny”.⁵¹⁴ O diretor do DES, Eleyson Cardoso, considerou que “pode ser a maior epidemia de paralisia infantil conhecida no Estado, a que grassou no ano transato em Quaraí”.⁵¹⁵

Além das transformações nas práticas de profilaxia e combate às doenças contagiosas, o período analisado apresentou também modificações nas concepções que davam base aos serviços de saúde pública. A partir deste momento, a metodologia de trabalho da saúde

⁵¹¹ **Archivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 6, out. 1932, p. 880. Disponível em: <http://www.muham.org.br/admin/files_db/ati_172.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

⁵¹² Doença transmitida pelos ratos.

⁵¹³ **Relatório DES**, 1942, p. 25-26.

⁵¹⁴ **Relatório DES**, 1943, p. 106. O “Método Kenny”, utilizado pela enfermeira australiana Elizabeth Kenny desde 1910, consistia na aplicação de compressas quentes nos doentes. Segundo relatório do diretor do DES, os resultados obtidos pelo uso deste método “foram animadores, tendo os poliomielíticos submetidos ao método de Kenny aproveitado com o mesmo: houve curas completas, melhoras acentuadas e melhoras leves.” Idem, p. 110.

⁵¹⁵ Idem, p. 108.

pública estadual passou a ter como base a educação sanitária, questão que será abordada a seguir.

4.2 EDUCAÇÃO SANITÁRIA: A NOVA ESTRATÉGIA DA SAÚDE PÚBLICA

A década de 1920 foi um período marcado por importantes transformações nas concepções sobre a saúde pública no Brasil. Neste momento, a educação passou a ser priorizada dentro das práticas sanitárias, tornando-se aos poucos uma das bases das políticas para a saúde pública no Rio Grande do Sul, bem como em outros estados do país. De acordo com Ana Alice Ribeiro, neste momento a questão da educação sanitária tomou conta da concepção da política de saúde pública. Segundo a autora, passou a predominar a ideia de que “o mal maior estava na ausência de educação e, conseqüentemente, na falta de higiene da população pobre, por isso havia doença e era preciso educar e criar hábitos salútares para se ter saúde.”⁵¹⁶ Neste sentido, partia-se do pressuposto de que a ignorância era a causa principal das doenças, tornando-se preciso promover a consciência sanitária da população.⁵¹⁷

O primeiro estado brasileiro a adotar esta nova perspectiva foi São Paulo. Neste estado, a Reforma dos Serviços Sanitários realizada no ano de 1925 introduziu a educação sanitária como um dos pilares das práticas de saúde pública. De acordo com Emerson Merhy, esta reforma previa que a educação sanitária deveria ser feita de modo a impressionar e convencer as pessoas a adotarem hábitos de higiene, com o objetivo de promover e proteger a saúde,⁵¹⁸ ou seja, deveria criar na população uma consciência sanitária para evitar as doenças.

De acordo com Maria Alice Ribeiro, a partir da Reforma Sanitária paulista de 1925, a prática sanitária passou a ser regida pela educação e não mais pela polícia sanitária, baseada na repressão, policiamento das habitações, da água, do esgoto e dos doentes.⁵¹⁹ Assim, o eixo da saúde pública passou, portanto, do policiamento para a educação. Na opinião de Ribeiro:

⁵¹⁶ RIBEIRO, op. cit., p. 259.

⁵¹⁷ ABREU, Jean Luiz Neves. Educação sanitária e saúde pública em Minas Gerais na primeira metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, n. 1, jan.-mar. 2010, p. 204.

⁵¹⁸ MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública**. 2.ed. Campinas: Papius, 1987. p. 98-99.

⁵¹⁹ RIBEIRO, op. cit., p. 14. Observa-se aqui a transformação de uma prática corrente desde o século XIX, que passou a perder importância apenas nos anos vinte. A prática de policiar o ambiente, as habitações e doentes continuou existindo, mas deixou de ser o pilar das políticas para a saúde pública.

Com isso, na prática sanitária, o policiamento *as coisas* – habitação, água, esgoto, lixo - *o vigiar a cidade* ganhava um novo aliado – a persuasão do indivíduo, o uso das *palavras* para forjar no indivíduo a *consciência sanitária*, a prática sanitária definiu-se como *policiar e persuadir*.⁵²⁰

Em São Paulo, Geraldo Horácio de Paula Souza, diretor do Serviço Sanitário Estadual na época da Reforma de 1925, foi o principal responsável por implantar a concepção de educação sanitária neste estado. Este médico

[...] traz de sua formação na Universidade “Johns Hopkins” a perspectiva de que a Saúde Pública moderna deve estar firmada tanto na Administração Pública cientificamente fundamentada, quanto na Educação Sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias.⁵²¹

Para o caso do Rio Grande do Sul, o mesmo ocorreu com Fernando de Freitas e Castro. O médico gaúcho também estudou na Johns Hopkins e teria trazido dos Estados Unidos a concepção de educação sanitária como pilar das práticas de saúde pública. Esta nova concepção começou a vigorar nos serviços de saúde pública do governo do estado a partir da Reforma Sanitária de 1929.⁵²²

Dos anos vinte até os anos quarenta, foi praticamente consenso entre médicos e governantes gaúchos, a ideia de que a educação sanitária deveria ser a base dos serviços de saúde pública. Acreditava-se que sem a educação do povo, as demais medidas de profilaxia seriam inúteis.⁵²³ Na década de 1920, apesar desta concepção estar presente nos discursos de muitos formuladores e executores das políticas públicas para a área da saúde, tal prática ainda estava para ser implantada nos serviços do governo estadual.⁵²⁴

⁵²⁰ Idem, p. 246. Grifo no original.

⁵²¹ MERHY, 1992, op. cit., p. 91.

⁵²² É importante lembrar que Fernando de Freitas e Castro realizou o curso de Especialização em Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins em 1922/1923, com bolsa da Fundação Rockefeller. Naquele momento, Freitas e Castro era médico auxiliar da Diretoria de Higiene do Estado, sendo nomeado posteriormente médico assistente e depois diretor deste setor. Em relação a esta questão, Lizete Kummer argumenta que “a ‘moderna’ orientação oferecida pela Escola de Higiene e Saúde Pública Johns Hopkins penetrou na Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul através do médico ajudante, o dr. Fernando de Freitas e Castro”. KUMMER, op. cit., p. 56. A partir da elaboração da Reforma Sanitária em 1929, Freitas e Castro colocou em prática no Rio Grande do Sul as concepções americanas de saúde pública.

⁵²³ FRANCO; RAMOS, op. cit., p. 200.

⁵²⁴ A valorização da educação sanitária já estava presente nos relatórios da Diretoria de Higiene desde o final do século XIX. O secretário João Abbott, por exemplo, defendia a educação da população quanto à prevenção da tuberculose, questão abordada no primeiro capítulo desta dissertação. Em relação a esta questão, Lizete Kummer argumenta que, para Abbott, “nada poderia ser feito sem o auxílio da população, que deveria ser educada. Se cada indivíduo observasse os preceitos de higiene, o estado sanitário de qualquer centro populoso poderia melhorar muito, o remédio estava, em suas palavras, na ‘consciência de cada um’”. Nesta tarefa educativa deviam se empenhar os professores, os médicos e a imprensa”. KUMMER, op. cit., p. 47. De acordo com Beatriz Weber, Protásio Alves passou a defender a educação sanitária a partir da década de 1920, pela influência da eugenia.

Fernando de Freitas e Castro argumentava, por exemplo, que no Rio Grande do Sul, inexistia a chamada *consciência sanitária do povo*. Segundo este médico, “parte da população do Estado, desconhecendo os rudimentos de higiene, vive em tão precárias condições, que aos poucos vai perdendo a saúde, sem disso se aperceber e, o que é pior, dando uma descendência já em precárias condições de resistência”.⁵²⁵ Em relatório enviado ao secretário do Interior e Exterior, o diretor de Higiene ressaltava a importância da propaganda e educação sanitária para mudar esta situação, e lamentava que este serviço ainda não existisse no Rio Grande do Sul. Conforme suas palavras, a educação sanitária

é um dos mais importantes serviços dos Departamentos de Saúde Pública, porque é por meio dela que se prepara o terreno para as medidas sanitárias e se dá ao povo a nítida compreensão das doenças e dos meios de evitar os contágios. Infelizmente, pode-se dizer que, entre nós, nada existe nesse sentido. [...]. É de lamentar que ainda não tivesse sido organizado o serviço de propaganda e educação sanitária no Estado do Rio Grande do Sul.⁵²⁶

Todavia, apesar do principal órgão da saúde pública estadual não possuir um serviço de educação sanitária, neste mesmo período, este já era realizado isoladamente nos Postos de Profilaxia Rural, como uma herança dos trabalhos realizados no estado pela Fundação Rockefeller. Neste sentido, o Posto de Profilaxia Rural de São Jerônimo foi um dos pioneiros na prestação de serviços de educação sanitária. Neste caso, enquanto que Freitas e Castro argumentava que este serviço deveria ser realizado pelo Estado, o Posto de São Jerônimo já o realizava. Em Relatório do ano de 1929, o Dr. Ilo Marino Flores, diretor deste Posto, informava:

Realizei, logo de início, no Cinema Guarany e após, por diversas vezes no Grupo Escolar, conferências públicas, sempre com regular assistência. Acompanhava-as de projeções luminosas e explicação geral dos quadros. Fiz também preleções aos guardas sobre assuntos sanitários para que eles as transmitissem ao povo, ao visitarem as casas, e eu próprio, quando andava em inspeção às zonas, repisava sempre certas noções de higiene. Assim procedendo, procurava criar no espírito público um certo grau de ilustração sanitária para torná-lo capaz de se defender, não só de verminoses, como das moléstias de origem hídrica e de tuberculose e lepra, e usar de hábitos higiênicos, principalmente para com as crianças.⁵²⁷

Segundo esta historiadora, Protásio Alves defendia que a educação sanitária deveria ser promovida, para que o povo aprendesse a se defender da doença e a viver dentro das regras da higiene. WEBER, op. cit., p. 68.

⁵²⁵ FREITAS E CASTRO, Fernando de. Considerações em torno do problema da Reorganização Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. **Archivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 5, mai. 1930, p. 4.

⁵²⁶ **Relatório Diretoria de Higiene**, 1928, p. 120.

⁵²⁷ Relatório do Posto de Profilaxia de São Jerônimo. In: **Relatório Diretoria de Higiene**, 1929, p. 362.

Assim, buscava-se criar na população certa “ilustração sanitária”, ensinando as pessoas a ter hábitos de higiene e, com isso, prevenir o aparecimento de doenças contagiosas. Além disso, outra atividade desenvolvida por este Posto refere-se às minas da cidade, chamadas de *Minas dos Ratos*. O médico realizou duas conferências tratando do perigo das minas para a saúde, proferidas nos cinemas da cidade. Segundo informa, em ambas teve público superior a 500 pessoas, entre as quais os próprios dirigentes da Companhia que explorava as minas. O chefe do Posto e o guarda sanitário realizaram “frequentes visitas a estas zonas, falando ao povo sobre medidas higiênicas preservativas das helmintoses e moléstias de origem hídrica”. Além disso, nas reuniões do povo para medicação, os guardas faziam pequenas preleções sobre estes mesmos assuntos.⁵²⁸

O Dr. Belisário Penna, também auxiliou as atividades de educação sanitária do Posto de São Jerônimo. Segundo Ilo Flores:

Em agosto, nos visitou o dr. Belisário Penna, que muito nos ajudou realizando conferências na Vila e nas Minas dos Ratos. Com sua palavra fácil e atraente, além de muito autorizada, ele consegui melhor que qualquer outro, convencer e mesmo entusiasmar o povo, fez-se acompanhar de um filme “O Amarelão”, muito explicito sobre a profilaxia de verminoses, especialmente de uncinariose.

O dr. Belisário palestrou longamente com o sr. Intendente Municipal, e com os chefes da Companhia das Minas dos Ratos, reforçando nossas prescrições higiênicas e expondo pontos de vista seus sobre este assunto.⁵²⁹

Observa-se aqui novamente a presença deste representante do Movimento Sanitarista, contratado pelo governo do estado para auxiliar na campanha de saneamento do Rio Grande do Sul. A educação sanitária era um dos pressupostos deste movimento, que pregava a ideia que a ignorância seria a causa principal das doenças, por isso a necessidade de educar o povo para as questões de higiene e saúde pública, formando uma consciência sanitária na população.

Em relação ao Posto de Profilaxia de São Jerônimo, apesar de todo o esforço realizado, na opinião do diretor do Posto, Dr. Ilo Marino Flores, os resultados do trabalho não eram os desejáveis. Isso ocorria porque o número de latrinas construídas pela população era ainda pequeno. Entretanto, de acordo com suas palavras:

⁵²⁸ Idem, p. 363.

⁵²⁹ Idem, p. 363-364.

[...] não esmorecemos e continuamos a batalhar contra a ignorância e a moléstia por conseguirmos inculcar no espírito do povo estas noções rudimentares de higiene e profilaxia: uso de fossas, água filtrada ou fervida, higiene da alimentação, principalmente a infantil, a da habitação e a individual.

Só assim chegaremos a estabelecer a “consciência sanitária” do povo, um dos fatores principais, modernamente, de progresso e da riqueza de uma nação.

Brevemente iniciaremos nossa colaboração no “Jornal” de S. Jerônimo, recentemente aparecido. É pois um recurso para o mesmo fim acima apontado, e este de grande valia, pela extensão a que atinge, sendo levado a todos os recantos do município.⁵³⁰

O Posto de Profilaxia de Taquari e Rio Pardo igualmente realizavam atividades de educação sanitária. No Posto de Taquari, por exemplo, foram distribuídos 1.030 folhetos no ano de 1928, realizadas 401 comunicações, inclusive uma conferência com “projeções luminosas”, contando com um público de 6.958 pessoas.⁵³¹ Já no Posto de Rio Pardo, em sua inauguração, foi realizada uma conferência pública acompanhada de “projeções luminosas”, sobre os meios de profilaxia da uncinariose e outras verminoses, conferência que segundo seu diretor, Dr. Luiz Ferraz, “teve uma numerosa assistência”. De acordo com o Dr. Ferraz:

Visando convencer o povo dos malefícios das verminoses e dos meios relativamente fáceis utilizados para exterminá-las, foram feitas 4 conferências públicas ante uma assistência de 2.600 pessoas, e 187 conferências particulares nas várias zonas, sendo presente a essas 5.903 pessoas. Foram, assim, instruídos nas medidas precisas empregadas no combate às helmitoses 8.503 habitantes deste município; os quais, por sua vez, é de prever, hão de divulgar esses conhecimentos a todos aqueles que os acompanham no lar e na vida social.

Os folhetos distribuídos atingiram a 1.895 exemplares, encarecendo sempre o mesmo fim: propalar os melhores meios agressivos às verminoses humanas.⁵³²

Em 1929, através da Reforma Sanitária Estadual, ficou estabelecido que um dos objetivos das Delegacias de Saúde seria “fazer a propaganda para a educação do povo, com o fim de promover a consciência sanitária”.⁵³³ Com a criação dos Centros de Saúde, cada uma destas instituições passou a contar com uma Seção de Propaganda e Educação Sanitária, encarregada “de divulgar os princípios de higiene e saúde pública por conferências, artigos, boletins, cartazes, projeções luminosas fixas e cinematográficas, etc.”.⁵³⁴ No início dos anos trinta, os Centros de Saúde possuíam a aparelhagem necessária e já haviam iniciado esta atividade.

⁵³⁰ Idem, p.366.

⁵³¹ Relatório do Posto de Profilaxia de Taquari. In: **Relatório Diretoria de Higiene**, 1929, p. 394.

⁵³² Idem, p. 389.

⁵³³ FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit., p. 168.

⁵³⁴ Idem, p. 171.

Além disso, na época da Reforma de 1929, também foi criado pela Diretoria de Higiene o Curso de Higiene e Saúde Pública, para a formação de educadoras sanitárias. Segundo Freitas e Castro:

Constituía uma necessidade imperiosa para preparar o pessoal técnico para os diferentes serviços da Repartição. [...] Infelizmente não se podia contar com os cursos existentes na Capital Federal ou no estrangeiro, e assim tornou-se necessário preparar o pessoal aqui mesmo.

Nestas condições, foi instalado o Curso de Higiene e Saúde Pública [...] inaugurado com a 1ª turma de Educadoras Sanitárias. Como medida de economia, os professores deste curso eram os próprios médicos que trabalhavam na Capital, os quais utilizavam para as aulas não só o material da Repartição como, depois de previa combinação, os recursos do Hospital da Santa Casa de Misericórdia.⁵³⁵

As educadoras sanitárias, profissionais habilitadas para o trabalho de educar sobre as questões de higiene e saúde pública, passaram a atuar nos Centros de Saúde e Postos de Higiene.⁵³⁶ Além de elaborar e divulgar a propaganda sanitária, deveriam também visitar os domicílios das crianças recém-nascidas, “com o intuito de ensinar a mãe os princípios de puericultura, entregando-lhes um folheto ilustrado onde estavam condensadas em linguagem simples e acessível ao público, os preceitos mais indispensáveis para criar o filho”.⁵³⁷ Era dever da educadora sanitária, durante as visitas domiciliares, procurar convencer as mães da necessidade de levar semanalmente os filhos aos Dispensários Infantis, “para ser observado e receber os conselhos e ensinamentos de puericultura”.⁵³⁸

Com o passar dos anos, apesar das diversas modificações ocorridas no setor da saúde pública estadual, a educação sanitária se consolidou enquanto estratégia de profilaxia das doenças contagiosas, mas também de muitos outros problemas de saúde da população. Assim, a educadora sanitária passou a ter cada vez mais importância para a saúde pública. Em matéria publicada em 1940, a *Revista do Globo* apresentou esta profissional como um elo entre o Estado e a população, com uma missão apostolar. Segundo nota desta revista:

⁵³⁵ Idem, p. 165.

⁵³⁶ Neste momento, a atividade de educação sanitária deveria ser realizada por mulheres, enquanto que aos homens cabiam as atividades de policiamento sanitário.

⁵³⁷ FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit., p. 171. De acordo com Alice Ribeiro, também em São Paulo “as educadoras sanitárias atuavam junto aos Centros de Saúde, elaborando instruções, cartazes de propaganda e conselhos de higiene, fazendo palestras, exposições, conferências”. RIBEIRO, op. cit., p. 256.

⁵³⁸ FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit., p. 165. Cabe ressaltar que pela Reforma Sanitária de 1929, as educadoras sanitárias deveriam atuar nas Delegacias de Saúde de 1ª e 2ª classe, ou seja, naquelas que teriam uma estrutura mais complexa e completa. Nas Delegacias de 3ª e 4ª classes, as atividades de educação sanitária deveriam ser realizadas por enfermeiras de saúde pública ou, como se convencionou chamar, enfermeiras visitadoras.

Com o fim de estabelecer um traço de união entre a administração sanitária do Estado e o povo, existe a magnífica instituição das “educadoras sanitárias”.

Até o presente, em sucessivas turmas de diplomadas, o Departamento Estadual de Saúde conta com mais de cem dessas “abelhas da saúde”, que vão a todos os lares, salvam e confortam, assistem e educam.

As educadoras estão sediadas em todos os Centros e Postos sanitários, infiltrando-se no nosso território numa missão apostolar mas prática.⁵³⁹

Em nível federal, no ano de 1942 foi criado o Serviço Nacional de Educação Sanitária, com o intuito de formar a consciência sanitária do povo.⁵⁴⁰ Com o apoio do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), este serviço se dedicou à publicação de folhetos, livros e catálogos, realizou palestras radiofônicas, conferências em escolas, adquiriu e confeccionou objetos, produziu e distribuiu discos e filmes, bem como coordenou os trabalhos de educação sanitária realizados por outras entidades.⁵⁴¹ A propaganda sanitária foi divulgada em jornais e revistas de todo o país, e cartazes sobre esta questão foram afixados em diversos tipos de estabelecimentos, como bares e restaurantes.⁵⁴² Segundo Cristina Fonseca, os conteúdos veiculados nestas propagandas abordavam temas relacionados a doenças específicas (como sarampo, poliomielite, meningite, lepra, peste, malária, tracoma e doenças venéreas) e também a outras questões, como o combate a moscas, tabagismo, cuidados com os doentes ou fundamentos do exame pré-nupcial. Além disso, o Serviço Nacional de Educação Sanitária criou também mais um meio de divulgação da propaganda, o Museu de Saúde, onde eram realizadas exposições com conteúdos de higiene e saúde pública.⁵⁴³

Em relação à Propaganda Sanitária no Rio Grande do Sul, esta era realizada através de diferentes meios de divulgação. Uma tabela apresentada pelo interventor Cordeiro de Farias em seu relatório ao presidente da República, apresenta os métodos utilizados nesta área, bem como os números obtidos durante parte de seu governo:

⁵³⁹ **Revista do Globo**, Porto Alegre, 30 nov. 1940, p. 18. (AHPAMV)

⁵⁴⁰ **Decreto-lei nº 10.013, de 17 de julho de 1942**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=35978&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acessado em: 17 dez. 2010.

⁵⁴¹ FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 239.

⁵⁴² *Idem*, p. 239.

⁵⁴³ *Idem*.

	1939	1940	1941	1942
Notas e conselhos enviados à imprensa	3.745	9.069	10.277	10.798
Notas e conselhos enviados às estações de rádio	13.776	14.206	17.084	22.584
Publicações distribuídas	271.006	247.048	233.815	204.579
Palestras realizadas	1.600	1.522	3.087	2.684
Filmes projetados (conselhos)	12.842	13.531	14.583	17.190

Tabela 3 – Propaganda Sanitária - 1939/ 1942

Fonte – **Relatório Cordeiro de Farias**, s/p.

Como se pode observar na tabela acima, os meios utilizados pelo governo do estado para realizar a Propaganda e Educação Sanitária eram variados: notas publicadas na imprensa e divulgadas no rádio, publicações, palestras e projeção de filmes. Procurava-se utilizar uma variada gama de meios de comunicação, inclusive os mais modernos para a época, para levar informações sobre higiene e saúde pública até a população. Neste sentido, em 1938, o *Regulamento do DES* estabeleceu que “todas as estações de rádio-difusão são obrigadas a irradiar, três vezes por dia, um pequeno conselho sobre saúde, fornecido pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária”. Além disso, este regulamento estabeleceu também que “as empresas e estabelecimentos cinematográficos são obrigados a fazer projetar, em todas as suas seções, um pequeno conselho sobre saúde, sob forma de palavras ou figuras, ou ambas, preparados pela Seção de Propaganda e Educação Sanitárias”.⁵⁴⁴

Todos estes meios de propaganda eram largamente utilizados pelo governo, também para outros fins. Segundo Maria Helena Capelato, inúmeros foram os meios de comunicação utilizados pelo governo vargista, em especial pelo DIP, para produzir e divulgar um discurso destinado a construir certa imagem do regime, das instituições e do chefe do governo. Foram produzidos:

livros, revistas, folhetos, cartazes, programas de rádio com noticiários e números musicais, além de radionovelas, fotografias, cinejornais, documentários cinematográficos, filmes de ficção etc. Nesse conjunto, destacam-se a imprensa e o rádio como os meios mais utilizados para a divulgação da propaganda política.⁵⁴⁵

Em relação ao uso da radiodifusão como meio de propangada do Estado, Ângela de Castro Gomes argumenta que este era o mais rápido e amplo canal de comunicação, o de maior penetração da época. Segundo a historiadora, os motivos que levaram a escolha da radiodifusão estavam principalmente nas grandes distâncias do território brasileiro e na

⁵⁴⁴ **Regulamento DES**, 1938, p. 143.

⁵⁴⁵ CAPELATO, Maria Helena. Propaganda política e controle dos meios de comunicação. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 173.

dificuldade de comunicação, além do grande número de analfabetos entre a população.⁵⁴⁶

De acordo com Éverton Quevedo, os programas de rádio que discutiam questões referentes a doenças contagiosas, como a lepra, “buscavam reforçar as campanhas de educação popular, unindo modernas técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária. Além do rádio, folhetos ilustrados eram utilizados, podendo ser entendidos principalmente por quem não sabia ler”.⁵⁴⁷

Quanto às publicações em meio escrito, estas eram realizadas através da imprensa, mas também em meios de comunicação específicos do Estado. O Departamento Estadual de Saúde criou um periódico mensal em formato de jornal, denominado *Educação e Saúde*. Este periódico era composto por folhetos educativos e cartazes de propaganda sanitária, de caráter popular. Além disso, o DES contava também uma coluna na *Revista de Ensino*, intitulada *Seção de Saúde*. Por fim, a partir de 1941, o *Jornal do Estado* passou a ter diariamente uma nota intitulada *Um Conselho de Saúde*.

Outros meios utilizados para a realização da Propaganda Sanitária eram a distribuição de folhetos e cartazes, a realização de palestras de médicos, educadoras sanitárias e nutricionistas, bem como a exibição de conselhos de saúde nos cinemas e nos grupos escolares.⁵⁴⁸ Eram realizados também cursos de higiene alimentar para operários, assim como para professoras primárias.⁵⁴⁹ Neste sentido, segundo Freitas e Castro, no início da década de 1930 já era intenção da Diretoria de Higiene ampliar o curso de Higiene e Saúde Pública para as professoras.

Era intenção, logo que fosse possível, ampliar o curso de modo a administrar o ensino dos princípios de Higiene e Saúde Pública, às professoras dos colégios Estaduais e às alunas do curso de aperfeiçoamento da Escola Complementar. Todos sabemos que as professoras, disseminadas por todos os recantos do Estado e ensinando á milhares de crianças, são preciosos elementos de divulgação e, por conseguinte, auxiliares indispensáveis na formação da chamada *consciência sanitária do povo*.⁵⁵⁰

⁵⁴⁶ GOMES, Ângela de Castro. **A invenção do trabalhismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005. p. 230.

⁵⁴⁷ QUEVEDO, op. cit., p. 65. No caso específico da propaganda sanitária da lepra, segundo Juliane Serres, esta seria realizada no sentido de tornar conhecidas as condições de contágio da doença e os meios de sua prevenção, deveria convencer a população, inclusive os próprios doentes, sobre os benefícios da profilaxia e o perigo do contágio. Para a historiadora, “a ideia era promover a ‘boa propaganda’, que visasse difundir, principalmente, que a Lepra era curável, e, apesar de contagiosa, evitável. Somente uma modificação na atitude do público para com a doença poderia coroar o sucesso da Campanha. [...] Dentre os objetivos da propaganda estavam o de dissipar o termo *excessivo* da Lepra, acentuar a necessidade de diagnóstico precoce e preparar médicos, enfermeiros, visitantes e educadores sanitários para tratar adequadamente o diagnóstico da doença”. SERRES, 2004, op. cit., p. 66-67. Grifos no original.

⁵⁴⁸ **Relatório DES**, 1943, p. 103.

⁵⁴⁹ **Relatório DES**, 1941, p. 36.

⁵⁵⁰ FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit., p. 165. De acordo com Maria Alice Ribeiro, em São Paulo, os educadores sanitários eram recrutados entre os formandos da Escola Normal, passando por um curso de

Enfim, a propaganda sanitária era realizada de forma falada, escrita, visual e audiovisual. Infelizmente, não foi possível analisar esta variada gama de meios de divulgação da propaganda sanitária, pois esta análise demandaria uma pesquisa mais aprofundada. Optou-se apenas pela análise de um tipo de propaganda: as imagens relacionadas às doenças contagiosas, divulgadas provavelmente em cartazes e folhetos.⁵⁵¹

As primeiras imagens de propaganda sanitária elaboradas pela Diretoria de Higiene parecem buscar conscientizar pelo medo. Um exemplo interessante são duas imagens referentes à profilaxia da febre tifóide. Na primeira imagem, existe o desenho da alegoria da morte representando a febre tifóide, ao lado de um caixão com uma pessoa morta dentro. A imagem busca representar que a febre tifóide é uma doença que mata, e a única salvação para esta situação está indicado na legenda: “a FEBRE TIFÓIDE é uma moléstia grave que, anualmente, mata grande número de pessoas”, “Quem quer evitar a febre tifóide deve vacinar-se contra ela”.

Em contraponto a esta representação da morte está a segunda imagem referente à febre tifóide, que apresenta uma família composta por dois adultos e duas crianças, sendo vacinada por um médico. Nesta imagem, há um clima de alegria e de tranquilidade. Todos aparentam felicidade por estarem sendo imunizados contra esta perigosa doença. As legendas apresentam informações positivas e de despreocupação: “a vacinação contra a FEBRE TIFÓIDE não oferece nenhum perigo”, “é dever de todo chefe que zela pela saúde da sua família mandá-la vacinar e revacinar contra a febre tifóide”. Assim, a segunda imagem busca representar que a vacina não seria perigosa, e que seria dever do pai levar sua família para ser vacinada contra a doença. Esta imagem busca representar também que a febre tifóide torna-se uma doença sem gravidade para aqueles que eram vacinados.

formação sanitária. RIBEIRO, op. cit., p. 256. No caso do Rio Grande do Sul, não foi possível identificar a formação inicial deste tipo de profissional (se eram professoras, enfermeiras, ou se deveriam ter uma formação mínima específica).

⁵⁵¹ Estas imagens foram publicadas junto a um artigo de Fernando de Freitas e Castro, na *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*. FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.



Imagem 8 – Febre Tifóide
Fonte – FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.



Imagem 9 – Febre Tifóide
Fonte – FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.

Juntamente com estas imagens há a informação que “nos CENTROS DE SAÚDE os médicos vacinam contra a febre tifóide, gratuitamente, todos os dias, das 8 às 12 e das 14 às 16 horas. Recorrei aos CENTROS DE SAÚDE”. Neste sentido, aliada as imagens e informações expressas em suas legendas, encontra-se a indicação de onde e quando realizar a vacinação, bem como uma ordem para que as pessoas recorressem aos Centros de Saúde para se vacinarem.

Para o caso de outras doenças, as imagens localizadas buscam informar sobre os modos de transmissão das moléstias, e também, ao que tudo indica, provocar o medo das pessoas ao olharem para tais figuras. No caso da gripe, a primeira imagem busca informar um dos modos como esta doença é transmitida.



Imagem 10 – Gripe
Fonte – FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.

A imagem anterior apresenta dois homens conversando. Um deles, ao falar, passa para o outro os micróbios causadores da gripe. É interessante observar que os dois homens estão bem vestidos, usando terno e chapéu. Provavelmente, esta imagem busca informar que a gripe pode ser transmitida por qualquer pessoa, independente de sua condição social.

Juntamente com esta ilustração, foi publicado o seguinte texto:

A gripe não é produzida pelo frio, pela umidade, pelos golpes de ar, pelo vento encanado ou recebido pelas costas, pelas bebidas geladas e sim por um MICRÓBIO. Este não vive no ar, mas na garganta e nas fossas nasais dos doentes e de muitas pessoas sãs, consideradas PORTADORAS DE GERMES. O micróbio da gripe passa de uma pessoa para outra por ocasião de uma palestra, durante um acesso de tosse ou de um espirro e pode atingir até 3 metros de distância. A boca e o nariz são as portas de entrada pelas quais o micróbio da gripe penetra no nosso organismo.⁵⁵²

A segunda imagem localizada sobre a gripe é uma caricatura, que representa a ameaça desta doença ao se tornar uma pandemia. Ela apresenta uma espécie de monstro, em um tamanho bastante grande, que surge do céu para assustar e levar com ele quem puder. As pessoas, por sua vez, são representadas em tamanho muito pequeno, correndo para todos os lados, em uma situação de desespero.



Imagem 11 – Gripe Pandêmica
Fonte – FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.

⁵⁵² FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit., s/p. Grifo no original. No que tange a concepção sobre a causa das doenças, é nítido que a pessoa que elaborou esta legenda defendia uma visão contagionista e tentava apagar a visão miasmática, possivelmente ainda presente naquela época. Para maiores detalhes sobre esta questão, ver ÁVILA, op. cit. Ver também: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

Como legenda desta figura, existe o seguinte texto: “A GRIPE é uma moléstia grave e extremamente contagiosa que, com intervalos de muitos anos, readquire o caráter pandêmico e percorre o mundo atacando, na sua fúria devastadora, todas as populações”.⁵⁵³

Através da legenda, igualmente pode-se perceber a intenção em frisar que esta doença poderia atacar qualquer pessoa e qualquer população. Pode-se também perceber a informação histórica enfatizada, que relembra que esta moléstia tornava-se uma pandemia de tempos em tempos. Cabe lembrar que esta imagem foi elaborada cerca de uma década após a famosa Gripe Espanhola, pandemia de gripe que assolou o mundo nos anos de 1918 e 1919. Ao que tudo indica, o medo desta pandemia ainda deveria estar bastante presente.

Além de imagens sobre a transmissão e prevenção de determinadas doenças contagiosas, o serviço de educação sanitária do governo do estado também criou propagandas sobre o perigo de certos animais transmissores de doenças. A imagem a seguir, por exemplo, busca representar o perigo das moscas para a saúde. A figura apresenta um cenário confuso, visualmente poluído, onde uma mosca gigante ataca uma família. Esta, por sua vez, é composta novamente por quatro pessoas: o pai, a mãe e duas crianças. A mãe é representada protegendo os filhos, enquanto que ao pai cabe o papel de tentar matar a mosca com a ajuda de um bastão.



Imagem 12 – As moscas

Fonte – FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.

⁵⁵³ Idem. Grifo no original.

Ao redor da família existem muitos animais, como porcos, galinhas e vacas, assim como um forno de barro, um poço e uma latrina. Todos estes elementos encontram-se em um pequeno espaço, muito próximos uns dos outros. O chão da imagem aparenta possuir muito mato e lixo. Os porcos se alimentam neste chão, junto a um líquido que escorre da latrina (provavelmente uma mistura de urina e matéria fecal).

Nesta imagem, encontram-se as seguintes legendas: “as moscas vivem em lugares imundos. Pousam sobre fezes, catarro, pus, etc. e depois nos alimentos que ingerimos”, “defendei-vos das moscas que são disseminadoras de moléstias, tais como a febre tifóide, a tuberculose, a disenteria, etc.”⁵⁵⁴

Assim, através desta imagem e de suas legendas, a Diretoria de Higiene buscava educar sobre as questões sanitárias pelo medo, por representações que chocassem, assustassem, mas também que informassem, de forma simples e clara, os modos de transmissão das doenças.

No final da década de 1930, ao que se pode perceber, as imagens utilizadas na propaganda sanitária não buscam mais assustar quem as vê. Há o predomínio de imagens delicadas, que expressam suavidade, felicidade. Por outro lado, há a continuidade nas informações expressas nas imagens. Elas continuam buscando informar sobre os modos de transmissão e prevenção das doenças.



Imagem 13 – Vacinação contra a varíola
Fonte – P.H. de São Jerônimo, n. 11, set. 1940.

⁵⁵⁴ Aqui se encontra novamente a presença da visão contagionista buscando apagar a teoria miasmática, mas que acabou se utilizando desta antiga concepção sem querer. Apesar de a legenda culpar a mosca pela transmissão das doenças, a imagem parece transmitir a mensagem de que a sujeira do ambiente também seria responsável por sua transmissão.



Imagem 14 – Higiene Pessoal
 Fonte – P.H. de São Jerônimo, n. 8, jun. 1940.

Até mesmo as imagens que buscam alertar sobre uma determinada situação que poderia ser assustadora, é apresentada de forma mais branda. Um exemplo é a imagem abaixo, que procura alertar as pessoas sobre o perigo da construção de latrinas perto de poços.



Imagem 15 – Perigo da construção de poço perto de latrinas
 Fonte – P.H. de São Jerônimo, n. 3, jan. 1940, p. 2.

Estes foram apenas alguns exemplos, de muitos que poderiam ser apresentados, das propagandas utilizadas no serviço de educação sanitária do governo estadual, ao longo do período pesquisado. Os demais formatos de propaganda sanitária e os diferentes meios utilizados para sua divulgação – como as propagandas escritas, publicadas em jornais e revistas, e as propagandas audiovisuais, divulgadas em programas de rádio e exibições de cinema – também são preciosas fontes históricas que não foram analisados nesta dissertação, mas merecem pesquisas futuras.

Além de todas as questões abordadas neste capítulo, os anos transcorridos entre 1928 e 1945 apresentaram também algumas novidades em relação às instituições que atuavam na profilaxia e no combate aos problemas que afetavam a saúde pública no Rio Grande do Sul. Esta novidade consistiu na criação de novos tipos de instituições para prestar serviços de saúde pública: os Centros de Saúde e Postos de Higiene, instituições que serão analisadas a seguir.

4.3 NOVAS INSTITUIÇÕES DA SAÚDE PÚBLICA: OS CENTROS DE SAÚDE E POSTOS DE HIGIENE

As reformas sanitárias realizadas no Rio Grande do Sul, entre 1928 e 1945, estabeleceram dois modelos de instituições, que foram basilares para a execução dos serviços de saúde pública prestados pelo governo estadual: os Centros de Saúde e Postos de Higiene. Estas instituições foram criadas para uniformizar e modernizar os serviços de saúde existentes até então, executados pelos Postos de Profilaxia Rural e pelos Dispensários.

Os primeiros Postos de Saneamento e Profilaxia Rural foram criados no Brasil em 1918, com o objetivo de combater determinadas endemias ou epidemias consideradas prioritárias.⁵⁵⁵ No Rio Grande do Sul, a partir de um convênio firmado entre o governo do estado e a Fundação Rockefeller em 1919, foram instalados os primeiros Postos de Profilaxia das verminoses. Em 1923, com o término deste contrato, o serviço continuou sendo realizado pela Diretoria de Higiene.⁵⁵⁶

⁵⁵⁵ CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, jul.-set. 2007. p. 883.

⁵⁵⁶ KUMMER, Lizete Oliveira. **A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República**. 2002. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

Em 1928, existiam no Rio Grande do Sul três Postos de Profilaxia Rural: em Rio Pardo, Taquari e São Jerônimo. O Posto de São Jerônimo, por exemplo, teria sido criado da seguinte maneira:

Em 1º de dezembro de 1927, o dr. José Maria de Carvalho, intendente municipal de S. Jerônimo, solicitou ao sr. Secretário do Interior a criação de um Posto de Profilaxia de Verminoses, a exemplo dos já existentes em Taquari e Rio Pardo, fazendo ver sua necessidade naquele município por lá existirem quatro minas de carvão, contaminadas pela uncinariose, como demonstrara a Comissão Rockfeller, e inúmeras outras zonas rurais provavelmente também ricas de helmintos. Comprometia-se aquela Edilidade a fornecer casa, luz, água, animais e forragem, cabendo ao Estado as despesas de vencimentos dos funcionários, material de instalação da sede e de exames e medicação.⁵⁵⁷

No dia 17 do mesmo mês, o diretor de Higiene, Dr. Flores Soares, foi autorizado por Oswaldo Aranha a fundar o posto requerido, que começou a funcionar em janeiro de 1928. Entretanto, em muitas outras situações, o secretário do Interior e Exterior recusou a abertura de novos estabelecimentos deste tipo. Em fevereiro de 1928, por exemplo, alguns médicos de São Borja haviam solicitado a criação de um Posto de Profilaxia Rural naquele município, a fim de dar combate a diversas verminoses, pois acreditavam que mais de 50% da população ribeirinha estivesse contaminada.⁵⁵⁸ Todavia, por não haver verbas suficientes para a instalação de mais um destes estabelecimentos, o governo do estado não autorizou sua criação. A sugestão dada por Oswaldo Aranha era que, quando terminado o serviço de um dos três postos existentes, este poderia ser transferido para São Borja.⁵⁵⁹

Situação semelhante aconteceu em junho de 1928, quando o intendente do município de Lajeado enviou ofício a Diretoria de Higiene, solicitando a criação de um Posto de Profilaxia destinado ao combate das endemias existentes na localidade. Nas palavras do então intendente, Carlos Fett Filho:

Tomo a liberdade de solicitar a V. S. haja por bem providenciar junto ao ínclito Governo do Estado sobre a criação de um Posto de Profilaxia contra a verminose e outras moléstias endêmicas, infecto-contagiosas que infestam este município, debilitam e vitimam seus habitantes. [...]. Além de descaso higiênico em derredor e no interior das habitações, na captação da água para consumo doméstico, da ignorância de rudimentares princípios de higiene individual e coletiva, fatores que cooperam extraordinariamente para a propagação do tifo e disenteria bacilar, infelizmente em zonas vastas, a verminose invadiu o

⁵⁵⁷ **Relatório Diretoria de Higiene**, 1928, p. 361.

⁵⁵⁸ Memorial enviado por clínicos de São Borja, datado do dia 3 de fevereiro de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRS)

⁵⁵⁹ Processo arquivado em 20 de fevereiro de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRS)

organismo de muitos habitantes de Lajeado, não sendo, por isso, temeridade calcular esteja infectada 80% da população ribeirinha do rio Taquari e de seus afluentes. Mostrando-se o Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, ilustre Presidente do Estado, empenhado na ampliação dos serviços da Diretoria de Higiene, afim de combater, com a máxima eficiência, tantos males quebrantadores de energias e ceifadores de vidas preciosas a coletividade rio-grandense, solicito-lhe a prestigiosa interferência junto a V. Ex. para alcançar aquele patriótico desideratum. [...].
Obriga-se, entanto, a municipalidade, a exemplo das co-irmãs de S. Jerônimo, Taquari e Rio Pardo, a construir com a verba necessária ao aluguel da casa, onde deverá ser instalado o Posto, ao fornecimento de água, luz e forragens dos animais indispensáveis ao serviço sanitário.⁵⁶⁰

Em resposta a esta solicitação, o diretor interino de Higiene, Fernando de Freitas e Castro, argumentou que “apesar desta Diretoria reconhecer a necessidade de ser criado no Município de Lajeado um Posto de Profilaxia ou Delegacia de Saúde para a luta definitiva contra as endemias que lá grassam”, não haveria verbas suficientes para tal medida. Segundo o médico, as verbas destinadas aos serviços de higiene e saúde pública, votadas para o exercício de 1928, não comportavam o mínimo acréscimo nas despesas.⁵⁶¹ Assim como aconteceu com São Borja, Lajeado também ficou sem o seu Posto de Profilaxia.

Além dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, em 1928 o Rio Grande do Sul contava também com alguns Dispensários de Profilaxia da Lepra e Moléstias Venéreas, localizados em Porto Alegre, Taquara, São Jerônimo, Cachoeira, Cruz Alta e Caxias.⁵⁶² Em Porto Alegre, o Dispensário Eduardo Rabelo começou a funcionar em abril de 1923, como resultado da parceria entre o governo do estado e a União. Quanto a este Dispensário, Lizete Kummer informa que

o governo do Estado forneceu o prédio e o mobiliário e a União arcou com as despesas de pessoal, material de laboratório e medicamentos. O dispensário tratava os doentes e realizava propaganda, difundindo a educação higiênica. [...] Ao procurar o serviço, o doente era matriculado e o tratamento que recebia era rigorosamente acompanhado. Quando não comparecia ao dispensário era lembrado da necessidade de fazê-lo através de correspondência; se insistisse em faltar era visitado por enfermeiras que o convenciam a voltar ao tratamento.⁵⁶³

⁵⁶⁰ Correspondência do Intendente de Lajeado, enviado ao Diretor de Higiene do Estado em 26 de maio de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRS)

⁵⁶¹ Correspondência enviada ao Secretário do Interior e Exterior, pelo Diretor Interino de Higiene Fernando de Freitas e Castro, em 1º de junho de 1928. **Documentação Avulsa SIE**, Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Processos. (AHRS)

⁵⁶² SERRES, 2004, op. cit., p. 116.

⁵⁶³ KUMMER, op. cit., p. 57. Segundo Lizete Kummer, nos primeiros quatro meses de funcionamento desta instituição, matricularam-se 2.945 pessoas, das quais 2.275 eram portadoras de sífilis. O número médio de consultas por dia era de 170.

Com as transformações políticas ocorridas no estado a partir de 1928, as instituições de saúde pública também sofreram modificações. Os antigos Dispensários e Postos de Profilaxia foram substituídos pelos Centros de Saúde e Postos de Higiene, instituições estas que centralizaram os serviços de saúde pública oferecidos pelo governo do estado.

Em relação aos Centros de Saúde, apesar de ser uma novidade no Rio Grande do Sul e mesmo no Brasil, já haviam sido implantados com sucesso nos Estados Unidos. Naquele país, foi desenvolvida a ideia de delimitação espacial do território urbano, para a execução de ações de saúde através dos *Distritos Sanitários*. O Distrito Sanitário nº 1, criado em 1915 na zona leste da cidade de Nova York, foi o pioneiro deste novo sistema. Para centralizar os serviços de saúde nos distritos, foi criada uma nova instituição, denominada de *Centro de Saúde*. Seu objetivo era ser uma pequena unidade de saúde que deveria controlar, ao mesmo tempo, vários problemas de saúde pública e servir como sede das atividades do Distrito Sanitário. Os resultados positivos demonstrados por este sistema refletiram na criação de muitas outras instituições semelhantes. Assim, no ano de 1930 já existiam 1.511 Centros de Saúde espalhados pelos Estados Unidos.⁵⁶⁴

Em relação às funções dos Centros de Saúde americanos, Carlos Campos argumenta que

nos seus primórdios a ênfase de atuação recaiu sobre as tradicionais funções da saúde pública, e incluíram atividades ligadas à educação sanitária, assistência educativa materno-infantil, distribuição de leite, controle das doenças endêmicas e epidêmicas, saúde escolar, vigilância sanitária sobre alimentos, inspeções sanitárias de estabelecimentos e supervisão de parteiras.⁵⁶⁵

Alguns sanitaristas brasileiros entraram em contato com este sistema na década de 1920, quando participaram do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Na opinião de Campos, as bolsas de estudo concedidas pela Fundação Rockfeller a médicos brasileiros para este curso de especialização, bem como os recursos financeiros e o acompanhamento técnico desta fundação, foram medidas decisivas para se criar no Brasil um ambiente adequado ao desenvolvimento de um novo modelo sanitário com influência americana.⁵⁶⁶ Entre os sanitaristas que se especializaram na Universidade Johns Hopkins com bolsa da Fundação Rockfeller, estava o gaúcho Fernando de Freitas e Castro.

⁵⁶⁴ CAMPOS, op. cit., p. 890.

⁵⁶⁵ Idem, p. 890.

⁵⁶⁶ Idem, p. 882. Cabe lembrar que até a década de 1920, os médicos do Brasil sofriam forte influência da medicina francesa. A partir deste momento, a medicina americana passaria a influenciar os médicos brasileiros.

Este médico, quando se tornou diretor de Higiene no estado do Rio Grande do Sul, elaborou a implantação de um sistema sanitário baseado no modelo americano - projeto que ficou conhecido como *Reforma dos Serviços Sanitários de 1929*.

Antes da reforma sanitária gaúcha, outras reformas deste tipo já haviam sido realizadas no Brasil. Em São Paulo, por exemplo, a Reforma Sanitária de 1925 estabeleceu o Sistema Distrital e a implantação de Centros de Saúde. Neste mesmo ano, foi criado o Centro de Saúde Modelo do Instituto de Higiene, primeira instituição deste tipo em São Paulo, mas também no país.⁵⁶⁷ Dois anos depois, foi a vez do Distrito Federal inaugurar seu primeiro Centro de Saúde.⁵⁶⁸

Seja nos Estados Unidos, seja no Brasil, os Centros de Saúde tinham praticamente as mesmas funções. De maneira geral, estas instituições representaram uma proposta de rede básica permanente “que deveria estar próxima às comunidades e que combatesse a ignorância do povo a respeito da higiene, e especialmente a inoperância da saúde pública perante os novos desafios colocados pela urbanização e industrialização do país”.⁵⁶⁹

Estas instituições foram projetadas para serem estabelecimentos de maior complexidade em relação aos Postos de Higiene, e deveriam ser instaladas nas áreas urbanas, em capitais ou cidades de médio porte. Nas palavras de Carlos Campos:

Essa nova forma de atuar, por meio de uma rede permanente de unidades de saúde, abrangeu novos princípios e metodologias, quais sejam: a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários e a ação das equipes de enfermeiras visitadoras. Por meio destas buscava-se conhecer sistematicamente a situação dos domicílios, das famílias e indivíduos, monitorando e traçando o perfil epidemiológico de cada área. A partir desse conhecimento passava-se a atuar segundo as técnicas de educação, prevenção e profilaxia disponíveis, transmitindo às famílias novos hábitos de higiene. O Centro de Saúde destinava-se a ser um novo espaço, que pudesse funcionar com vários dispensários em horários alternados, sob a chefia de um médico sanitário. A epidemiologia, esquadrinhando todo o território urbano por meio da distritalização, poderia agora fornecer, em tempo real, a evolução das principais endemias e epidemias, assim como dos problemas relacionados à saúde materno-infantil e outras doenças, tornando possíveis medidas eficazes de controle e profilaxia.⁵⁷⁰

O objetivo dos Centros de Saúde era prestar serviços relacionados exclusivamente à saúde pública. Para não prejudicar sua função primordial, estas instituições não poderiam

⁵⁶⁷ MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 94.

⁵⁶⁸ COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 116. No Distrito Federal, todos os antigos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural foram transformados em Centros de Saúde.

⁵⁶⁹ CAMPOS, op. cit., p. 903.

⁵⁷⁰ Idem, p. 888.

atender a casos de males que não repercutissem na coletividade. Neste sentido, a exclusão deliberada de pacientes “que pudessem buscar livremente as unidades para o atendimento de suas inúmeras demandas e necessidades individuais parece ter sido uma imposição decorrente dos objetivos da organização e marco definitivo para o fortalecimento de seus princípios”.⁵⁷¹

Paralelamente aos Centros de Saúde, foram projetados Postos de Higiene, instituições menos complexas do que os Centros de Saúde e instaladas em cidades com área menos extensa e com baixo número de habitantes. Inicialmente, suas funções limitavam-se aos serviços de tratamento e profilaxia de doenças específicas, principalmente as verminoses. Com o tempo, passaram a oferecer uma gama mais variada de serviços. Em 1938, o que diferenciava o Posto de Higiene do Centro de Saúde era os profissionais que trabalhavam nestes locais. Enquanto que os Centros de Saúde empregavam uma variedade de especialistas (no mínimo cinco médicos, auxiliados por cinco enfermeiras visitadoras), os Postos de Higiene possuíam um médico que deveria atender a todas as especialidades.⁵⁷²

Com a implantação do Estado Novo e com a padronização dos serviços de saúde pública em nível federal, houve a expansão da rede de Centros de Saúde para todas as capitais do país e para as cidades de médio porte, além da criação de Postos de Higiene em grande parte do interior do país.⁵⁷³ No ano de 1942, o maior número de Distritos Sanitários e de unidades de saúde pública concentrava-se na Região Sudeste e Sul, conforme mostra a tabela a seguir:

⁵⁷¹ *Idem.*

⁵⁷² FONSECA, op. cit., p. 224. Cristina Fonseca argumenta que, nos Postos de Higiene, “o papel do médico era amplo e muito diversificado. Como chefe do posto seria diretor dos serviços, mas ao mesmo tempo poderia exercer funções de epidemiologista, leprólogo, pré-natalista e médico escolar, entre outras. Além disso, desenvolveria eventualmente atividades de controle das doenças transmissíveis e educação sanitária, tendo como principais auxiliares a enfermeira de saúde pública e o guarda sanitário”. *Idem*, p. 193-194.

⁵⁷³ Segundo Fonseca, naquele momento reforçavam-se os argumentos a favor do sistema distrital “com a informação de que o modelo dos centros de saúde vinha sendo difundido em países como Estados Unidos, Canadá, Bélgica, Rússia, Alemanha, Áustria, França e Polônia”. Neste sentido o Brasil, ao adotar também tal sistema de saúde, estaria se igualando a estes países no setor da saúde pública. *Idem*, p. 190.

Estados e DF	Distritos Sanitários	Centros de Saúde	Postos de Higiene 1	Postos de Higiene 2	Subpostos	Postos Especializados	Postos Itinerantes
Acre	7	-	-	-	7	-	-
Amazonas	6	1	-	-	2	-	-
Pará	7	2	-	-	7	-	-
Maranhão	6	1	-	2	4	-	6
Piauí	3	1	-	2	16	-	-
Ceará	4	1	4	6	-	3	2
Rio Grande do Norte	11	1	-	1	3	-	-
Paraíba	-	1	1	6	10	-	-
Pernambuco	10	4	2	13	32	-	4
Alagoas	10	1	-	4	-	-	-
Sergipe	7	1	-	-	6	-	-
Bahia	10	3	-	11	44	4	-
Espírito Santo	7	1	1	5	1	2	1
Rio de Janeiro	11	2	3	-	57	-	-
Distrito Federal	15	15	-	-	-	-	-
São Paulo	93	7	2	8	77	-	-
Paraná	6	1	1	17	30	-	-
Santa Catarina	7	1	4	2	-	-	-
Rio Grande do Sul	88	5	35	32	-	-	-
Minas Gerais	26	1	-	25	-	4	-
Mato Grosso	9	1	-	-	8	-	-
Goiás	7	-	1	6	-	-	-
Total	350	51	54	140	304	13	13

Tabela 4 – Unidades sanitárias existentes no país em 1942.

Fonte – CAMPOS, op. cit., p. 902.

O Rio Grande do Sul, a partir da Reforma de 1938, passou a ser dividido em 88 distritos sanitários.⁵⁷⁴ Em 1942, este estado possuía 5 Centros de Saúde, localizados nas cidades de Porto Alegre, Pelotas e Rio Grande, além de 67 Postos de Higiene espalhados pelas cidades do interior. Comparado com os demais estados ou com o Distrito Federal, o Rio Grande do Sul possuía o maior número de Postos de Higiene, divididos em Postos de Primeira Classe e Postos de Segunda Classe.⁵⁷⁵ Por outro lado, no Rio Grande do Sul não existiam Subpostos (instituições que não contariam com a presença da visitadora sanitária), Postos Especializados (postos destinados a uma atividade específica, como boubas, tracoma, etc.) nem

⁵⁷⁴ É importante ressaltar que no Rio Grande do Sul, o sistema distrital de saúde havia sido proposto pela Reforma Sanitária de 1929. A Reforma de 1938 manteve este sistema, mas ampliou consideravelmente o número de Distritos Sanitários (de 6 Distritos previstos em 1929 para um número indefinido, que em 1942 chegou a 88). A implantação deste sistema, no entanto, foi bastante lenta, ocorrendo ao longo dos anos trinta.

⁵⁷⁵ A diferença entre estes estabelecimentos estava no número de funcionários. Enquanto que os Postos de Higiene de Segunda Classe deveriam possuir apenas um médico, os Postos de Higiene de Primeira Classe deveriam possuir um número um pouco maior de médicos (que poderiam variar de dois a quatro) e demais profissionais.

Postos Itinerantes (ou seja, postos móveis e independentes das unidades sanitárias).

Os primeiros Centros de Saúde do Rio Grande do Sul foram instalados em 1929 ou nos anos seguintes. O mesmo não pode ser dito quanto aos Postos de Higiene, pois não foi possível saber ao certo o momento exato em que estes começaram a ser instalados. A documentação consultada informa apenas que em 1929 e nos primeiros anos da década de 1930, Delegacias de Saúde foram criadas em diferentes localidades do estado. No entanto, não foi possível confirmar se juntamente com estas Delegacias, foram também criados Postos de Higiene.⁵⁷⁶

No ano de 1929 foram instaladas Delegacias de Saúde em Santa Maria, Torres e São Borja, e em 1931, nas cidades de Santiago do Boqueirão, Uruguaiana, Montenegro e Osório. Até o ano de 1935, foram criadas também Delegacias de Saúde em Itaqui, Cachoeira, São Sebastião e São Gabriel. Em 1937, foram instaladas mais duas Delegacias na região da serra, para atenderem os municípios de Caxias, Garibaldi, Bento Gonçalves e Alfredo Chaves.⁵⁷⁷ A partir destas informações, não é possível afirmar se entre os anos de 1929 e 1937, existiam ou não Postos de Higiene enquanto estrutura física, que receberiam a população para a profilaxia ou tratamento de determinadas moléstias. O certo é que existiam Delegacias de Saúde - enquanto Repartições Sanitárias locais - onde trabalhavam médicos delegados de saúde e guardas sanitários. Ao que tudo indica, estes profissionais iam de casa em casa, fiscalizando, medicando, colhendo dados e materiais para exames, aconselhando e tomando as providências necessárias para solucionar os problemas de saúde pública encontrados.⁵⁷⁸

⁵⁷⁶ Quanto à diferenciação entre Delegacia de Saúde, Centro de Saúde e Posto de Higiene, Fernando de Freitas e Castro explica que: “O *Posto de Higiene* ou de *Saúde* não tem atribuição para representar a autoridade sanitária e as suas funções limitam-se ao tratamento ou profilaxia de uma determinada moléstia. Assim, por exemplo, a Delegacia de Saúde de um Município, pode manter em um determinado distrito um *Posto de Higiene* ou de *Saúde* para combater as verminoses, o tracoma, etc. Do mesmo modo o Centro de Saúde é uma simples dependência da *Delegacia de Saúde* e, constituído pela reunião de um certo número de dispensários para atender um Distrito Sanitário de uma cidade com área extensa”. FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit., p. 160-161. Grifo no original. Neste sentido, a Delegacia de Saúde, herança da antiga polícia sanitária, representaria a autoridade sanitária local, com o poder de coordenar e fiscalizar. Já os Centros de Saúde e Postos de Higiene seriam instituições que deveriam executar os serviços de saúde pública, recebendo a população a ser atendida, disponibilizando médicos e diferentes profissionais para o trabalho de profilaxia e combate às doenças contagiosas.

⁵⁷⁷ Conforme abordado no 3º capítulo desta dissertação.

⁵⁷⁸ Ou seja, estes profissionais desempenhavam atividades muito semelhantes à polícia sanitária do século XIX e anos iniciais do século XX.

Apenas em 1938, com a criação do Departamento Estadual de Saúde, a documentação passa a citar claramente a instalação de Postos de Higiene, cujos profissionais não apenas realizavam serviços externos, mas também recebiam a população para consultas e exames nas dependências da instituição.⁵⁷⁹

Em relação aos serviços prestados nas instituições de saúde pública, estes foram ampliados ao longo do tempo. Em 1929, os Postos de Higiene foram projetados para oferecer serviços dedicados a um único tipo de doença, como as verminoses ou o tracoma.⁵⁸⁰ Já os Centros de Saúde deveriam prestar serviços de profilaxia e tratamento de diferentes doenças, e seriam constituídos pela reunião de diferentes dispensários:

- Dispensário de Tratamento das Moléstias Venéreas;
- Dispensário de Profilaxia da Tuberculose;
- Dispensário de Higiene Infantil;
- Serviço de Educação Sanitária.⁵⁸¹

Neste sistema, o tratamento dos doentes atacados de sífilis e moléstias venéreas possuía um diferencial em seu funcionamento. Ele era realizado à noite, enquanto que os serviços de Higiene Infantil e Educação Sanitária, bem como de Profilaxia da Tuberculose, funcionavam durante o dia.⁵⁸²

Com o passar dos anos e das transformações no setor da saúde, os Centros de Saúde, assim como os Postos de Higiene, passaram a oferecer uma gama mais variada de serviços. De acordo com Darcy Azambuja, “acentuou-se o gradual aumento dos respectivos trabalhos, em que se destacam os serviços de proteção à infância, vacinação, vistorias, fiscalização de gêneros alimentícios, profilaxia da tuberculose e outras moléstias, ginecologia, etc.”.⁵⁸³

A partir de 1938, os Centros de Saúde e Postos de Higiene passaram a realizar os seguintes serviços:

⁵⁷⁹ Em 1939, o Rio Grande do Sul já possuía 35 Postos de Higiene espalhados por diversas regiões do estado; em 1940, eram 43 postos; em 1941, 55 postos; 1942, já eram 67 Postos de Higiene. **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública, 1937/1939; Relatórios DES, 1940 a 1942.** No ano de 1942, o decreto-lei nº 367, de 24 de agosto, autorizou a criação de mais 15 postos, a serem instalados no estado. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, D. D. Presidente da República pelo General Osvaldo Cordeiro de Farias, interventor federal no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 1938-1943.** p. 42.

⁵⁸⁰ Como já foi observado anteriormente, não é possível afirmar se este tipo de instituição, com estes serviços, realmente tenha existido.

⁵⁸¹ FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit., p. 160.

⁵⁸² **Relatório Secretaria do Interior e Exterior, 1929,** p. XIX.

⁵⁸³ **Mensagem enviada a Assembleia Legislativa pelo Dr. Darcy Azambuja, Secretário dos Negócios do Interior, no exercício do cargo de Governador do Estado, em 12 de abril de 1937.** Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1937. p. 97-98. (AHRs)

- **Higiene da alimentação:** consistia na fiscalização dos gêneros alimentícios e artigos de consumo vendidos em feiras, matadouros, armazéns, trapiches, mercados, etc. Outra função deste serviço era incentivar a produção de hortaliças, frutas e verduras, além de fazer a distribuição de produtos alimentícios à população que frequentasse os demais serviços de saúde pública;
- **Higiene do trabalho:** realização de exames periódicos em operários e inspeção dos locais de trabalho, para observação das condições higiênicas dos mesmos;
- **Higiene pré-natal:** prestação de assistência e orientação às gestantes, encaminhamento destas aos outros dispensários ou a hospitais e maternidades, fiscalização e instrução de parteiras não formadas⁵⁸⁴, distribuição de “pacotes obstétricos” com o fim de prevenir as infecções umbilicais dos recém-nascidos;
- **Higiene infantil:** realizava assistência aos recém-nascidos e as mães, além da aplicação de vacinas. Nas palavras de Bonifácio Paranhos da Costa, por meio deste serviço “são examinadas as crianças registradas, orientadas as mães como devem alimentar os filhinhos e quais os cuidados de que eles necessitam”. Além disso, era fornecido alimento adequado, “onde as mães aprendem a preparar o alimento dos filhos; são corrigidos os desvios da alimentação e encaminhados os infantes para os outros dispensários”. Segundo o diretor do DES, com este serviço “se faz medicina preventiva, procurando evitar que as criancinhas adoeçam”.⁵⁸⁵
- **Higiene pré-escolar:** prestava os mesmos serviços da Higiene Infantil, porém para crianças de 2 a 6 anos. Além disso, encaminhava as crianças ao oftalmologista, ao otorrinolaringologista, ao dentista e ao Serviço de Sífilis;
- **Higiene escolar:** realizava assistência às crianças em idade escolar, através de atividades semelhantes às prestadas na Higiene Infantil e Pré-Escolar. Também era responsável por afastar da escola aquelas crianças portadoras de moléstias contagiosas;
- **Higiene dentária:** prestava educação dentária e assistência às gestantes, aos pré-escolares, escolares e frequentadores de dispensários. Neste sentido, não era um

⁵⁸⁴ De acordo com Luciano Abreu, uma das soluções alternativas encontradas pelo governo para suprir a falta de médicos e de hospitais foi a qualificação do trabalho das parteiras. Segundo o historiador, “ao invés das pessoas se dirigirem aos hospitais – que eram poucos e superlotados – as parteiras passariam nas casas e dariam o atendimento de saúde básico à população e realizariam os partos, em lugar dos médicos, atuando como agentes de saúde do Estado”. ABREU, Luciano Aronne de. **Um olhar regional sobre o Estado Novo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 268.

⁵⁸⁵ **Relatório DES**, 1942, p. 20-21.

serviço prestado para qualquer pessoa que necessitasse, e sim para aquelas que já utilizavam outros serviços dos Centros de Saúde ou Postos de Higiene;

- **Polícia sanitária e saneamento:** responsável pela promoção da higienização das habitações e proibição das construções sem os requisitos necessários. Realizava visitas a casas vazias, atendia a reclamações e intimava os proprietários de imóveis com problemas de higiene;

- **Combate a diferentes doenças endêmicas:** através do combate e da prevenção de malária, verminoses, tracoma, lepra⁵⁸⁶, tuberculose, moléstias venéreas, entre outras.⁵⁸⁷

Assim, além dos já existentes consultórios de sífilis e tuberculose (antes chamados de Dispensários) e de higiene infantil, as instituições de saúde pública passaram a possuir também “consultório de olhos, ouvidos, nariz e garganta” e “gabinetes dentários”.⁵⁸⁸

Cabe lembrar que, mesmo com a ampliação dos serviços prestados pelos Postos de Higiene, eles continuaram a ser instituições mais simples, com menos profissionais especializados, apesar de oferecerem (pelo menos na teoria) os mesmos serviços dos Centros de Saúde. Neste sentido, a *Revista do Globo* argumentava que nos Centros de Saúde, o atendimento dos diversos serviços era realizado por especialistas; já nos Postos de Higiene, era realizado “cumulativamente pelo médico chefe [...] com a colaboração de um médico auxiliar somente”.⁵⁸⁹

Porto Alegre foi o primeiro município a adotar o sistema distrital de saúde. Devido ao fato desta cidade ser a capital do Rio Grande do Sul e possuir a maior aglomeração urbana do

⁵⁸⁶ No caso da lepra, foi elaborado um plano nacional na década de 1930, que previa a profilaxia para esta doença a partir de três instituições específicas. De acordo com Éverton Quevedo: “Havia um tripé profilático que começava com o dispensário, em que os primeiros exames médicos eram feitos, o segundo era o Hospital Colônia, para onde eram enviados os que obtivessem resultados positivos aos seus exames e, finalmente, os preventórios, que eram destinados aos filhos sadios dos doentes. Essas instituições eram as únicas armas conhecidas frente à lepra, em uma época em que se desconheciam as razões de seu surgimento, as formas de contágio e de cura”. QUEVEDO, op. cit., p. 29. Os Dispensários ficariam a cargo do governo estadual, e foram em geral instalados nos Centros de Saúde e Postos de Higiene. Quanto a esta instituição, Juliane Serres argumenta que: “Os doentes não isolados nos Leprosários, seriam tratados em *Dispensários*. Estes estabelecimentos deveriam ser instalados em pontos acessíveis, de acordo com a incidência da doença. Seriam responsáveis pelo tratamento dos doentes não segregados, pela educação e vigilância sanitária, pela fiscalização e pelo controle dos ‘comunicantes’, como eram chamadas as pessoas que residiam com os doentes.” SERRES, 2004, op. cit., p. 62. As outras duas peças do armamento anti-leprótico – o Hospital Colônia e o Preventório – ficariam a cargo da União. Neste sentido, em 1940 foram inaugurados no Rio Grande do Sul o Hospital Colônia Itapuã, bem como o Amparo Santa Cruz. Para maiores detalhes sobre a criação e funcionamento destas duas instituições, ver: SERRES, 2004, op. cit. QUEVEDO, op. cit. PROENÇA, op. cit.

⁵⁸⁷ **Relatório DES**, 1942, p. 20; **Relatório Cordeiro de Farias**, p. 43.

⁵⁸⁸ **Relatório Secretaria da Educação e Saúde Pública**, 1937/1939, p. 48.

⁵⁸⁹ **Revista do Globo**, Porto Alegre, 30 nov. 1940, p. 18. (AHPAMV)

estado, em 1929 ela foi dividida em 5 Distritos Sanitários.⁵⁹⁰ Em cada um destes Distritos, foi instalado um Centro de Saúde. Posteriormente, o número deste tipo de instituição diminuiu, passando a ser em número de três.

Não foi possível obter maiores informações sobre o funcionamento dos Centros de Saúde criados em 1929. Sendo assim, alguns questionamentos continuaram sem resposta: até quando estes Centros de Saúde funcionaram? Eles foram fechados? Foram transformados em outras instituições?⁵⁹¹

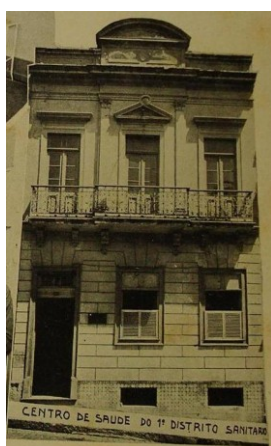
A única informação obtida foi através dos debates a respeito da saúde pública realizados na Assembleia Legislativa. Em um destes debates, ocorrido em 1937, o deputado Xavier da Rocha informava a seus colegas que os Centros de Saúde da Capital estavam fechados, por falta de material.⁵⁹² Nenhuma outra informação foi encontrada sobre o funcionamento destas instituições nos anos iniciais da década de 1930.

Apesar das lacunas existentes na documentação escrita, a consulta a outros tipos de fontes pode trazer alguns esclarecimentos. Comparando-se as fotografias tiradas dos antigos Centros de Saúde instalados em Porto Alegre em 1929, com as fotografias destas instituições no final dos anos trinta, é possível perceber que nenhum dos Centros de Saúde iniciais foi mantido – pelo menos não nos mesmos prédios –, como pode ser observado nas imagens a seguir:

⁵⁹⁰ A cidade de Porto Alegre já era dividida em distritos desde o século XIX. Conforme a cidade crescia, aumentava também o número de seus distritos. Assim, a ideia dos Distritos Sanitários apenas seguiu uma antiga divisão da cidade.

⁵⁹¹ Juliane Serres faz uma observação semelhante para o caso do Dispensário Eduardo Rabelo. De acordo com a historiadora, este dispensário funcionou até o começo dos anos trinta, porém, não há referências de quando foi extinto. SERRES, 2004, op. cit., p. 115.

⁵⁹² **Anais da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul** – 3ª reunião da 1ª legislatura. Vol. II. 1937. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1937. p. 471. (BALRS)



Imagens 16, 17 e 18 - Centros de Saúde do 1º, 2º e 3º Distrito Sanitário de Porto Alegre
 Fonte - FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.



Imagens 19 e 20 - Centros de Saúde do 4º e 5º Distrito Sanitário de Porto Alegre
 Fonte - FREITAS E CASTRO, 1933, op. cit.

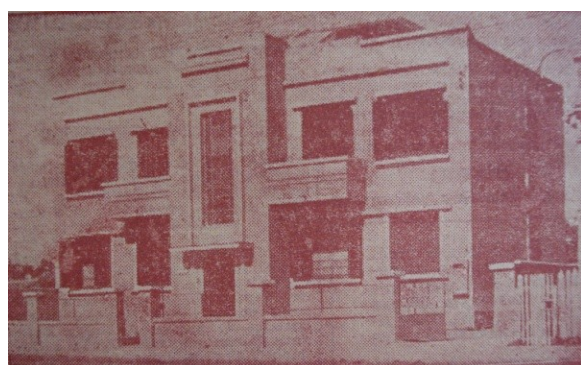


Imagem 21 - Centro de Saúde nº 1
 Fonte - **Folha da Tarde**, 1940, p. 07.



Imagem 22 - Centro de Saúde nº 2
 Fonte - **Folha da Tarde**, 1940, p. 07.



Imagem 23 - Centro de Saúde nº 3
Fonte - **Folha da Tarde**, 1940, p. 07.

Como pode ser percebido através das fotografias, os Centros de Saúde do final da década de 1920 estavam instalados em pequenas edificações. Já os Centros de Saúde existentes na Capital no final da década seguinte tinham como sede edifícios maiores. O estilo arquitetônico destes edifícios também era diferente. Assim, se a cidade de Porto Alegre do início dos anos trinta possuía cinco Centros de Saúde, no final daquela década, possuía apenas três, instalados em outros prédios: os chamados Centros de Saúde nº 1, nº 2 e nº 3.⁵⁹³ Em 1938, os Centros de Saúde nº 4 e 5 foram instalados, respectivamente, nas cidades de Rio Grande e Pelotas.⁵⁹⁴

Também em 1938, foi elaborado um projeto para a construção de uma nova sede para o Centro de Saúde nº 2, até então localizado na Av. Oswaldo Aranha. Em outubro daquele ano, a Secretaria das Obras Públicas do Estado, orientada pelo Departamento Estadual de Saúde, organizou um anteprojeto para a nova sede daquele Centro, que seria construída no terreno do antigo Desinfetório estadual.⁵⁹⁵ Por sua vez, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre também estava interessada na localidade, onde pretendia construir o Hospital de Pronto Socorro. Os terrenos em disputa estavam localizados no entroncamento das avenidas Oswaldo Aranha, Protásio Alves e Venâncio Aires. Na opinião de Loureiro da Silva, prefeito de Porto Alegre, o local era de fácil acesso a todos os quadrantes da cidade. De acordo com o

⁵⁹³ **Folha da Tarde**, Suplemento Especial Comemorativo ao Bi-Centenário de Porto Alegre, 1940, p. 07. O Centro de Saúde nº 2 localizava-se na Avenida Oswaldo Aranha, e o nº 3, na Avenida Getúlio Vargas. Infelizmente, não foi possível localizar o endereço da sede do Centro de Saúde nº 1.

⁵⁹⁴ **Relatório DES**, 1943.

⁵⁹⁵ De acordo com Maria Alice Ribeiro, desde a descoberta dos vetores das doenças (como o da febre amarela), em São Paulo o Desinfetório perdeu a importância que tivera durante os anos de epidemias, e as desinfecções tornaram-se práticas sanitárias ultrapassadas, obsoletas. RIBEIRO, op. cit. Já na opinião de Emerson Merhy, o Desinfetório é um “símbolo das épocas áureas da polícia sanitária”. MERHY, op. cit., p. 78. No caso do Rio Grande do Sul, a destruição do Desinfetório estadual pode representar a consolidação de uma nova concepção de saúde pública, baseada na educação sanitária.

prefeito: “esse ponto é estratégico não só do ponto de vista espacial como, também, do ponto de vista da distribuição das ocorrências e remoções pelos distritos da cidade”.⁵⁹⁶

A fim de dar o necessário espaço para as obras do Hospital de Pronto Socorro municipal e do Centro de Saúde estadual, a Prefeitura propôs uma permuta entre o terreno da Av. Venâncio Aires e a construção do prédio do Centro de Saúde nº 2, que poderia ser edificado em um novo endereço (esquina entre as avenidas João Pessoa e Jerônimo de Ornelas), por conta dos cofres municipais.

A proposta foi aceita pelo Estado e a Prefeitura de Porto Alegre deu início ao aterro de um enorme banhado existente na Av. João Pessoa, iniciando posteriormente os trabalhos de construção da Av. Jerônimo de Ornelas. Paralelamente, a Diretoria Geral de Obras e Viação do município organizou o projeto definitivo do edifício do Centro de Saúde estadual, que teve como base o anteprojeto elaborado em 1938. Nas palavras do prefeito municipal, Loureiro da Silva:

Conforme nossa combinação com o Governo do Estado, projetamos e construímos, no início da avenida Jerônimo de Ornelas, em seu entroncamento com a avenida João Pessoa, um Centro de Saúde Modelo, com todas as instalações necessárias. Esse trabalho foi feito segundo projeto de nossa seção técnica, e sua execução por ela orientada, sendo adotada a distribuição interna e os dispositivos mais modernos das organizações desse gênero.⁵⁹⁷

A nova sede do Centro de Saúde nº 2 foi inaugurada no dia 29 de dezembro de 1941.⁵⁹⁸ A partir de então, esta instituição passou a ser chamada de *Centro de Saúde Modelo*, por ter sido “construído como paradigma”⁵⁹⁹ e por ser, na opinião de Bonifácio Paranhos da Costa, o mais completo de todos os Centros de Saúde, não só no estado mas “talvez o maior da América do Sul”.⁶⁰⁰

O edifício foi construído com dois pavimentos. A esquerda estava situada a ala de controle de doenças transmissíveis e a direita, a ala materno-infantil. Os acessos foram projetados separadamente de forma intencional, para separar as áreas de risco de contágio. Além de oferecer os mesmos serviços dos demais Centros de Saúde, o Centro de Saúde Modelo também possuía duas salas de aula e uma biblioteca, e comportava em suas

⁵⁹⁶ **Um plano de Urbanização.** Documento escrito pelo prefeito de Porto Alegre, J. Loureiro da Silva, com a colaboração técnica do urbanista Edvaldo Pereira Paiva, 1943. s/p. (BEPAHC)

⁵⁹⁷ **Um plano de Urbanização**, p. 117.

⁵⁹⁸ **Correio do Povo**, Porto Alegre, 30 dez. 1941.

⁵⁹⁹ **Relatório Cordeiro de Farias**, p. 42.

⁶⁰⁰ **Relatório DES**, 1942, p. 20.

dependências muitos dos cursos oferecidos pelo Departamento Estadual de Saúde.⁶⁰¹

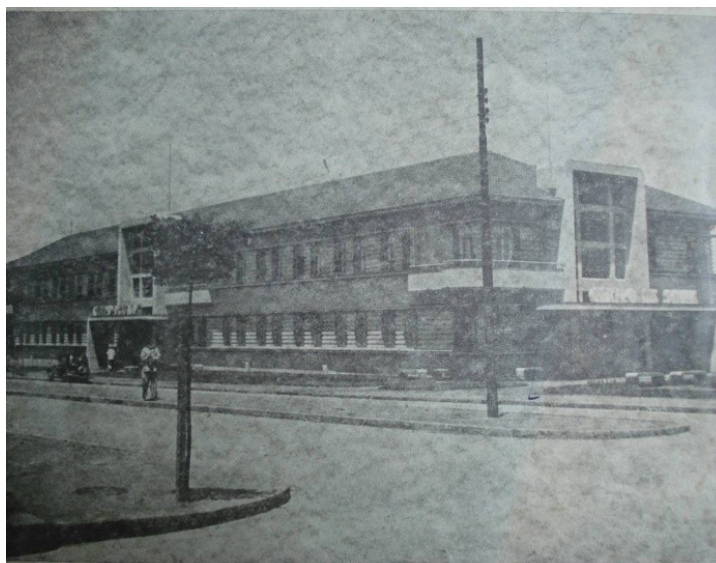


Imagem 24 – Centro de Saúde Modelo
Fonte - Acervo da Secretaria Municipal de Saúde

Neste mesmo período, também foi planejada a construção de uma nova sede para o Centro de Saúde nº 1, a ser construída na Av. Eduardo⁶⁰², esquina com a Av. Sertório. Sobre esta construção, a Revista do Globo noticiou que:

Para o ano próximo, em seus primeiros meses, teremos a construção de um grandioso prédio para o Centro de Saúde nº 1, que funcionando no bairro de São João, atende a uma população numerosíssima. A esse empreendimento, associou-se o industrialista A. J. Renner, doando o terreno para a grande construção.⁶⁰³

Ao contrário da obra do Centro de Saúde Modelo, realizada em poucos meses, a construção do novo edifício do Centro de Saúde nº 1 demorou muitos anos para ser concluída. Sua inauguração só ocorreu em maio de 1948.⁶⁰⁴

⁶⁰¹ ALVES, Gabrielle Werenicz. Centro de Saúde Modelo. In: WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). **Instituições de Saúde de Porto Alegre**: Inventário. Porto Alegre: Ideograf, 2008. p. 60-62. A planta do Centro de Saúde Modelo encontra-se no ANEXO F, ao final desta dissertação.

⁶⁰² Atual Av. Presidente Roosevelt.

⁶⁰³ **Revista do Globo**, Porto Alegre, 30 nov. 1940, p. 21. (AHPAMV)

⁶⁰⁴ Cf. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde**, vols. 9-10, 1948-1949, p. 155. (BFMUFGRS)

Por volta de 1945, existia no estado uma complexa rede de Centros de Saúde e Postos de Higiene, que davam base a um sistema distrital de saúde pública. O interventor Cordeiro de Farias justificou a criação deste sistema argumentando que

para a execução de seu imenso programa, impunha-se, porém, inicialmente, dotar o Estado de uma rede completa de assistência médico-sanitária. Enquanto isto não fosse feito, continuaria a sede do organismo a limitar-se à capital do Estado, ou a mais uma ou duas de suas grandes cidades, deixando ao desamparo a grande massa da população urbana e rural do Rio Grande. Seria manter uma timidez de ação que implicava a vacuidade de um sistema de fachada. [...] Temos assim todo o território riograndense recoberto da rede médico sanitária capaz de realizar a obra de saúde pública de que carecíamos.⁶⁰⁵

Se durante a República Velha, os serviços oferecidos pelo poder público estadual centravam-se na capital Porto Alegre, e pouco ou nada era oferecido para o interior do estado, entre 1928 e 1945 tal situação se modificou. A implantação do Sistema Distrital de Saúde e a instalação de Centros de Saúde e Postos de Higiene nas mais diversas regiões do Rio Grande do Sul, colaboraram para a descentralização dos serviços de saúde pública oferecidos pelo governo estadual, assim como ampliaram o oferecimento destes serviços para praticamente todos os municípios do estado.

Assim, estas novas instituições de saúde pública, ao lado de novas formas de profilaxia das doenças contagiosas e de uma nova visão sobre a saúde, formaram a base dos serviços de saúde pública oferecidos pelo governo do estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 1928 e 1945. Novas políticas públicas, que continuaram ou transformaram antigas concepções e práticas sanitárias.

⁶⁰⁵ Relatório Cordeiro de Farias, p. 41-42.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, procurou-se percorrer os caminhos das políticas para a saúde pública, buscando apresentar a complexa rede de serviços organizados nesta área, tanto pelo governo estadual quanto pelo governo federal. Buscou-se abordar as inúmeras denominações que o setor recebeu até a metade do século XX, as modificações em sua estrutura administrativa, suas preocupações e ações, além das estratégias de prevenção e combate às doenças contagiosas. Além disso, buscou-se também apontar as controvérsias, os debates, as polêmicas entorno da saúde pública, assim como as dificuldades em se colocar em prática o que foi estabelecido em leis, decretos e regulamentos. Dos inúmeros temas relacionados à saúde pública, muitas questões ficaram de fora da pesquisa ou foram abordadas de forma sucinta, merecendo uma atenção futura - como, por exemplo, o combate à mortalidade materna e infantil, os cuidados com o trabalhador, os cuidados com os gêneros alimentícios, os profissionais da saúde pública, o saneamento básico e os laboratórios de saúde pública.

Ao finalizar este trabalho, a principal conclusão a que se chegou foi que as políticas para a saúde pública desenvolvidas entre 1928 e 1945 constituíram-se em continuidades ou transformações de períodos anteriores. Poucas foram as inovações deste setor, e estas, de certa forma, também foram fruto de re-significações no pensamento e nas práticas sanitárias de momentos anteriores.

Pelo caminho percorrido, constatou-se que entre os anos de 1928 e 1945, a saúde pública passou por diferentes mudanças, tanto no que diz respeito à sua estrutura administrativa, quanto no que tange ao pensamento que a norteava, ou ainda às práticas adotadas. Neste período, duas reformas sanitárias, realizadas no âmbito do governo do estado, estabeleceram as diretrizes para o setor em nível estadual: as reformas de 1929 e 1938.

A Reforma Sanitária de 1929 propôs uma significativa transformação na estrutura da saúde pública estadual. Até então este era um setor que contava com poucos recursos e profissionais, e que limitava suas ações em função dos princípios positivistas de não intervenção individual. A partir de 1929, os serviços de saúde pública passaram a contar com maiores recursos financeiros, aumentaram o número de seus profissionais e passaram aos poucos a ser distribuídos pelo interior do estado. Além disso, a Reforma Sanitária de 1929 também instituiu os Centros de Saúde e Postos de Higiene como as principais instituições da

saúde pública, responsáveis por executar os serviços deste setor de forma descentralizada.

Em relação à Reforma Sanitária de 1938, esta manteve os princípios básicos da reforma anterior, apenas adequando-os a uma estrutura federal, que estava sendo montada no Brasil. Neste momento, a centralização do Estado avançou com mais firmeza, e os serviços de saúde pública foram padronizados em todo o país.

Uma das diferenças entre estas duas reformas refere-se à maneira como deveriam ser seguidas. A reforma de 1929 estabeleceu que seus princípios seriam colocados em prática apenas nos municípios que optassem por isso e realizassem um convênio com o governo do estado, contribuindo com 3% de sua receita. Já a reforma de 1938 foi imposta, e aumentou o valor da contribuição municipal para os serviços estaduais de saúde, que passaram para 5% da arrecadação dos municípios.

Outra mudança importante do período diz respeito ao pensamento de médicos e governantes sobre a saúde pública. Até então, considerava-se que era dever do Estado e dos municípios controlar o ambiente para prevenir as doenças, através de um policiamento sanitário dos lugares (principalmente das habitações, ruas e terrenos). Ao longo da década de 1920, a ideia de policiamento enquanto base dos serviços de saúde pública foi aos poucos perdendo lugar para a ideia de educação sanitária. Nesta nova concepção, não bastaria vigiar, policiar, controlar o ambiente, seria necessário educar as pessoas sobre higiene e saúde pública. Na década de 1930, esta concepção passou a nortear os serviços sanitários.

Em nível nacional, os anos trinta podem ser considerados como sendo o momento de institucionalização da saúde pública. Na ocasião foram criados um Ministério e secretarias estaduais para gerenciar as atividades dos poderes públicos neste setor de atuação. Neste período, a estrutura sanitária cresceu, se nacionalizou, perdeu seu caráter regional e se espalhou pelo interior do país.

Entretanto, também nos anos trinta, houve uma bifurcação nos serviços de saúde prestados pelo Estado: a assistência médica individualizada passou a ser uma responsabilidade dos poderes públicos, ao lado da tradicional saúde pública. Esta última, que desde o século XIX já era uma prioridade governamental, a partir dos anos trinta passou a ser apenas uma entre as várias áreas de atuação das políticas públicas do Estado no campo da saúde. Pode-se afirmar que durante este período, apesar de ter sido institucionalizada, a saúde pública foi lentamente perdendo importância dentro dos poderes públicos. Além disso, pode-se afirmar também que neste período, ocorreu a gênese da assistência médica individualizada ofertada pelo Estado.

No caso do Rio Grande do Sul, a Constituição Estadual de 1935 estabeleceu a assistência hospitalar enquanto uma das obrigações do Estado na área da saúde. Três anos depois, foi criada a Divisão de Assistência Médico-Social, que deveria amparar os doentes necessitados (antiga função das instituições de caridade).

A partir da metade dos anos quarenta, os serviços de saúde prestados pelo governo do estado incorporaram a assistência médica às antigas instituições de saúde pública. Nesta época, os Centros de Saúde e Postos de Higiene passaram a exercer atividades de medicina curativa, prestando assistência a pessoas pobres, principalmente nas cidades do interior onde ainda não haviam penetrado os serviços de instituições de previdência e assistência médico-social. Com o passar do tempo, esta tendência se consolidou e a saúde pública – com seu caráter preventivo – perdeu espaço. Por sua vez, a assistência médica individualizada e curativa, prestada em Centros e Postos de Saúde, passou a ser a prática de saúde predominante. Neste sentido, o próprio conceito de saúde pública se modificou. De *saúde* que afeta a população como um todo, enquanto coletividade, antônimo de saúde individual, a *saúde pública* passou a ser entendida (ao menos fora do meio médico) como a *saúde* oferecida pelo Estado, gratuita, antônimo de saúde privada.

Na segunda metade do século XX, ainda ocorreram no Brasil muitas transformações no setor da saúde. Após uma série de críticas à atuação dos poderes públicas nesta área, reivindicações e polêmicas, chegou-se à legislação válida atualmente: a Constituição Federal de 1988 e seu artigo 196. Este artigo diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.⁶⁰⁶ Assim, passou a ser dever do Estado a atuação frente a todo e qualquer problema ligado à saúde, física ou mental, individual ou coletiva, preventiva ou curativa.

Apesar de existirem leis definindo a que poderes competem estas responsabilidades – se à União, aos estados ou aos municípios –, em épocas de crise sanitária, como o caso da epidemia de dengue ocorrida no Rio de Janeiro em 2008, estas questões voltam a ser discutidas, a eficiência dos poderes públicos criticada, e parte da história da saúde pública volta a ser lembrada.

⁶⁰⁶ **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196_.shtm>. Acessado em: 21 dez. 2010.

FONTES CONSULTADAS

ARQUIVO HISTÓRICO DE PORTO ALEGRE MOYSÉS VELLINHO

Atas da Câmara de Vereadores de Porto Alegre, Livro nº 9 (1829-1830) e nº 10 (1830-1832).

Correspondências Recebidas pela Câmara Municipal, Livro nº 26/27, 1858.

Revista do Globo, Porto Alegre, 30 nov. 1940.

ARQUIVO HISTÓRICO DO RIO GRANDE DO SUL

Documentação Avulsa SIE. Caixa 4, 1928, Secretaria de Estado do Interior e Exterior (Diretoria de Higiene), Correspondências e Processos.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul – 1895. Porto Alegre: A Federação, 1920.

Regulamento da Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: A Federação, 1908.

Mensagem enviada a Assembleia dos Representantes do Rio Grande do Sul pelo Presidente Getúlio Vargas na 1ª sessão ordinária da 11ª legislatura, em 20 de setembro de 1929.

Mensagem enviada á Assembleia dos Representantes do Rio Grande do Sul pelo Presidente Getulio Vargas, na 2ª sessão ordinária da 11ª legislatura, em 20 de setembro de 1930.

Mensagem enviada a Assembleia Legislativa pelo Dr. Darcy Azambuja, secretario dos Negócios do Interior, no exercício do cargo de Governador do Estado, em 1º de julho de 1936. Porto Alegre: Imprensa Official, 1936.

Mensagem enviada a Assembleia Legislativa pelo Dr. Darcy Azambuja, secretario dos Negócios do Interior, no exercício do cargo de Governador do Estado, em 12 de abril de 1937. Porto Alegre: Imprensa Official, 1937.

Relatório apresentado ao Presidente do Rio Grande do Sul em 15 de Setembro de 1893, pelo Secretario de Estado Interino dos Negocios do Interior e Exterior Possidonio M. da Cunha Junior. Porto Alegre: Officinas Typographicas d'A Federação, 1893.

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott, Secretario de Estado dos Negocios do Interior e Exterior, em 30 de Julho de 1898. Porto Alegre: Officinas Tipographicas da Livraria do Globo, 1898.

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. João Abbott, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, em 15 de agosto de 1901. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1901.

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. João Abbott, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 20 de agosto de 1903. Porto Alegre: Oficinas Tip. da Liv. do Comércio, 1903.

Relatório apresentado ao Dr. Getúlio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretario do Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 25 de agosto de 1928 – II volume. Porto Alegre: Officinas Graphicas d' "A Federação", 1928.

Relatório apresentado ao Dr. Getulio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretario do Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 28 de Agosto de 1929 – I volume. Porto Alegre: Officinas Graphicas d' "A Federação", 1929.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil e lido perante a Assembléia Constituinte do Rio Grande do Sul pelo Interventor Federal General José Antônio Flores da Cunha em 15 de abril de 1935.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Cel. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal no Rio Grande do Sul pelo Dr. J. P. Coelho de Sousa, Secretário da Educação e Saúde Pública, 1937/1939.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Cel. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal, pelo Dr. J. Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES, 1940. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1941.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal, pelo Dr. José Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES, 1941. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1942.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Gal. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal pelo Dr. J. Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral do DES, 1942. Porto Alegre: Of. Gráf. da Imprensa Oficial, 1943.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas, D. D. Presidente da República pelo General Osvaldo Cordeiro de Farias, interventor federal no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 1938-1943.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Coleção das Leis do Império do Brasil. Parte Primeira. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1928. Porto Alegre: Oficinas Graphics d' "A Federação", 1929.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1929. Porto Alegre: Oficinas Graphics d' "A Federação", 1930.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1931. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1932.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1932. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1933. Porto Alegre: Of. Graf. Da Imprensa Oficial, 1940.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1934. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1935. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938.

Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul: 1936. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1938.

BIBLIOTECA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL

Anais da Assembleia dos Representantes do Estado do Rio Grande do Sul, 1928, 37^a sessão ordinária. Porto Alegre: Oficinas Graphics d' "A Federação", 1929.

Anais da Assembleia dos Representantes do Estado do Rio Grande do Sul, 1929, 38^a sessão ordinária. Porto Alegre: Oficinas Graphics d' "A Federação", 1930.

Anais da Assembleia dos Representantes do Estado do Rio Grande do Sul, 1930, 39^a sessão ordinária. Porto Alegre: Oficinas Graphics d' "A Federação", 1931.

Anais da Assembleia Constituinte do Estado do Rio Grande do Sul. vol.I – 12 de abril de 1935 a 29 de junho de 1935. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1935.

Anais da Assembleia Constituinte do Estado do Rio Grande do Sul. vol. II. 1935. Porto

Alegre: Imprensa Oficial, 1936.

Anais da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul – 3ª reunião da 1ª legislatura. vol.II. 1937. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1937.

Anais da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul – 3ª reunião da 1ª legislatura. vol. IV. 1937. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1937.

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA - UFRGS

Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 1, 1940.

Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.5, 1944.

Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 6, 1945.

Arquivos do Departamento Estadual de Saúde, Porto Alegre, vols. 9-10, 1948-1949.

Relatório apresentado ao Exmo. Tte.-Coronel Ernesto Dornelles, Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Eleyson Cardoso, Diretor Geral do Departamento Estadual de Saúde - 1943. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 5, 1944.

Relatório apresentado ao Exmo. Tte.-Coronel Ernesto Dornelles, Interventor Federal no Estado, pelo Dr. Eleyson Cardoso, Diretor-Geral do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - 1944. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 6, 1945.

BIBLIOTECA DA EQUIPE DE PATRIMÔNIO HISTÓRICO E CULTURAL – PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Um plano de Urbanização. Documento escrito pelo prefeito de Porto Alegre, J. Loureiro da Silva, com a colaboração técnica do urbanista Edvaldo Pereira Paiva, 1943. s/p.

MUSEU DE COMUNICAÇÃO SOCIAL HIPÓLITO JOSÉ DA COSTA

A Federação, Porto Alegre, 10 dez. 1927.

Correio do Povo, Porto Alegre, 13 abr. 1928.

Correio do Povo, Porto Alegre, 25 abr. 1928.

Correio do Povo, Porto Alegre, 30 dez. 1941.

Diário de Notícias, Porto Alegre, 18 abr. 1928.

Diário de Notícias, Porto Alegre, 21 abr. 1928.

Diário de Notícias, Porto Alegre, 13 mai. 1928.

Folha da Tarde, Suplemento Especial Comemorativo ao Bi-Centenário de Porto Alegre, 1940.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL BIBLIOTECA CENTRAL IRMÃO JOSÉ OTÃO

Regulamento do Departamento Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul a que se refere o decreto nº 7.481 de 14 de setembro de 1938. Porto Alegre: Globo, 1939.

FONTES DISPONÍVEIS NA INTERNET

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL

Archivos Rio Grandenses de Medicina, Porto Alegre, vol. 1, n. 1, jan.1920. Disponível em: <http://www.muhm.org.br/admin/files_db/ati_279.pdf>. Acessado em: 11 fev. 2010.

Archivos Rio Grandenses de Medicina, Porto Alegre, n. 3, março 1928. Disponível em: <http://www.muhm.org.br/admin/files_db/ati_134.pdf>. Acessado em: 17 ago. 2010.

Archivos Rio Grandenses de Medicina, Porto Alegre, n. 9, set. 1929. Disponível em: <http://www.muhm.org.br/admin/files_db/ati_150.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

Archivos Rio Grandenses de Medicina, Porto Alegre, n. 5, mai. 1930. p. 4-12. Disponível em: <http://www.muhm.org.br/admin/files_db/ati_157.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

Archivos Rio Grandenses de Medicina, Porto Alegre, n. 6, out. 1932. Disponível em: <http://www.muhm.org.br/admin/files_db/ati_172.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

SITES DO PODER EXECUTIVO E LEGISLATIVO

Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, decretada e promulgada pelo Congresso Nacional Constituinte, em 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>. Acessado em: 30 mar. 2010.

Constituição Política do Estado do Rio Grande do Sul – 1891. Disponível em: <<http://www2.al.rs.gov.br/biblioteca/LinkClick.aspx?fileticket=a2c63QZxmzg%3d&tabid=3107&language=pt-BR>>. Acessado em: 6 abr. 2010.

Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacao-1-pl.html>>. Acessado em: 7 out. 2010.

Constituição do Estado do Rio Grande do Sul – 1935. Disponível em: <http://www2.al.rs.gov.br/biblioteca/LinkClick.aspx?fileticket=DC_TyvxsEfo%3d&tabid=3107&language=pt-BR>. Acessado em: 10 set. 2010.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196_.shtm>. Acessado em: 21 dez. 2010.

Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=80946>>. Acessado em: 13 jul. 2010.

Decreto nº 2052, de 12 de dezembro de 1857. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=79316>>. Acessado em: 13 jul. 2010.

Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=53975&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acessado em: 2 dez. 2010.

Decreto nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

Decreto nº 19.433, de 26 de Novembro de 1930. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

Decreto nº 19.560, de 5 de Janeiro de 1931. <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19560-5-janeiro-1931-515777-publicacao-1-pe.html>. Acessado em: 4 out. 2010.

Decreto nº 24.438, de 21 de Junho de 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24438-21-junho-1934-515609-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

Decreto nº 24.814, de 14 de Julho de 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24814-14-julho-1934-505509-publicacao-1-pe.html>>. Acessado em: 4 out. 2010.

Decreto-lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=18312>>. Acessado em: 13 out. 2010.

Decreto-lei nº 10.013, de 17 de julho de 1942. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=35978&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acessado em: 17 dez. 2010.

Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacao-1-pl.html>>. Acessado em 4 out. 2010.

CENTER FOR RESEARCH LIBRARIES

Relatório do ano de 1835, apresentado pelo Ministro e Secretário de Estado José Ignácio Borges a Assembléia Geral Legislativa na Sessão Ordinária de 1836. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1706/000002.html>>. Acessado em: 30 mai. 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, Janete Silveira. **Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre**, 1918. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

ABREU, Jean Luiz Neves. Educação sanitária e saúde pública em Minas Gerais na primeira metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, n. 1, p. 203-209, jan.-mar. 2010.

ABREU, Luciano Aronne de. **Getúlio Vargas: a construção de um mito (1928-30)**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

_____. **Um olhar regional sobre o Estado Novo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ALMEIDA, Marta de; DANTES, Maria Amélia M. O Serviço Sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia In: DANTES, Maria Amélia M. (Org.). **Espaços de ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 135-155.

ALVES, Gabrielle Werenicz. Centro de Saúde Modelo. In: WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). **Instituições de Saúde de Porto Alegre: Inventário**. Porto Alegre: Ideograf, 2008. p. 60-62.

_____. Imagens da Reforma Sanitária (Rio Grande do Sul – 1929). **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 2, n. 4, p. 85-95, dez. 2010.

_____; SERRES, Juliane C. Primon. **Hospital Psiquiátrico São Pedro: 125 anos de história**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

_____. Os braços da salvação: a mobilização de auxílio aos infectados pela Gripe Espanhola (Porto Alegre, 1918). In: AVILA, Vladimir Ferreira (Org.). **V Mostra de pesquisa do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul: Produzindo História a partir de fontes primárias**. Porto Alegre: Corag, 2007. p. 227-245.

ARAÚJO, Marcelo da Silva; REZNIK, Luís. Imagens constituindo narrativas: fotografia, saúde coletiva e construção da memória na escrita da história local. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 1013-1036, jul.-set. 2007.

AVILA, Vladimir Ferreira. **Saberes históricos e práticas cotidianas sobre o saneamento: desdobramentos na Porto Alegre do século XIX (1850-1900)**. 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BAKOS, Margaret Marchiori. **Porto Alegre e seus eternos intendentos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996. p. 27.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BOFF, Angélica Bersch. **Espiritismo, alienismo e medicina: ciência ou fé?** Os saberes publicados na imprensa gaúcha na década de 1920. 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

BORGES, Maria Eliza Linhares. **História & Fotografia**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

CAMARGO, Aspásia; GÓES, Walder de. **Meio século de combate**: diálogo com Cordeiro de Farias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 887-906, jul.-set. 2007.

CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo? In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lúcia Almeida Neves. **O Brasil Republicano**. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Propaganda política e controle dos meios de comunicação. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

CARDOSO, Ciro F. A crise do colonialismo luso na América Portuguesa. In: LINHARES, Maria Yeda. **História Geral do Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. **Dados**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

CORTÉS, Carlos E. **Política Gaúcha (1930-1964)**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

CUETO, Marcos. Imágenes de la salud, la enfermedad y el desarrollo: fotografías de la Fundación Rockefeller en Latinoamérica. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 3, fev, p. 679-704, 1999.

DILLENBURG, Sergio Roberto. **A imprensa em Porto Alegre de 1845 a 1870**. Porto Alegre: Sulina/ARI, 1987.

FABRIS, Annateresa. **Fotografia**: usos e funções no século XIX. São Paulo: Edusp, 1997.

FAILLACE, J. Maya. A vacina BCG no plano de luta anti-tuberculosa do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, p. 171-180, 1940.

FAUSTO, Bóris. A Revolução de 1930. In: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). **Brasil em perspectiva**. São Paulo: DIFEL, 1971. p. 227-255.

_____. **Revolução de 1930**: história e historiografia. São Paulo: Brasiliense, 1970.

FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel; EDLER, Flávio Coelho. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino In: DANTES, Maria Amélia M. (Org.). **Espaços de ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 59-77.

FERREIRA, Marieta de Moraes; PINTO, Surama Conde Sá. A crise dos anos 1920 e a Revolução de 1930. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília Almeida Neves. **O Brasil Republicano**. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 387-415.

FERREIRA, Renata Brauner. **Epidemia e drama**: a Gripe Espanhola em Pelotas - 1918. 2002. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, p. 277-291, jul./out. 1999.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FRANCO, Álvaro; RAMOS, Sinhorinha Maria (ed.). **Panteão médico riograndense**: síntese cultural e histórica - progresso e evolução da medicina no estado do Rio Grande do Sul. São Paulo: Ramos, Franco - Editores, 1943.

FREITAS E CASTRO, Fernando de. Considerações em torno do problema da Reorganização Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. **Archivos Rio Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, n. 5, mai. 1930. p. 4-12. Disponível em: <http://www.muhm.org.br/admin/files_db/ati_157.pdf>. Acessado em: 16 nov. 2010.

_____. Organização sanitária do Brasil e reforma dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, Porto Alegre, vol. 19, p. 156-84, 1933.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). **Ciências & Saúde Coletiva**, vol.5, n.2, p. 393-411, 2000.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003.

GARCIA, Frederico Brittes Nordin. **Colônias de férias: a formação do estudante ideal no Rio Grande do Sul (1938-1945)**. 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GARCIA, Paulo César Estaitt. **Doenças contagiosas e hospitais de isolamento em Porto Alegre - 1889/1928**. 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

GERTZ, René. **O aviador e o carroceiro: política, etnia e religião no Rio Grande do Sul dos anos 1920**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

GERTZ, René E. **O Estado Novo no Rio Grande do Sul**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2005.

GILL, Lorena Almeida. **Um mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930**. 2004. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

GIOVANELLA, Lúcia (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, Ângela de Castro. **A invenção do trabalhismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005. p. 230.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora HUCITEC / ANPOCS, 1998.

_____. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil, 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 11, 1993.

_____; MELLO, Maria Teresa Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9 (suplemento), p. 233-273, 2002.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1994.

KORNDÖRFER, Ana Paula. **“É melhor prevenir do que curar”**: a higiene e a saúde nas escolas públicas gaúchas (1893-1928). 2007. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

KOSSOY, Boris. Estética, memória e ideologia fotográfica. **Acervo**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, 1993.

_____. **Fotografia e História**. São Paulo: Ática, 1989.

_____. **Hércules Florence, 1833**: a descoberta isolada da fotografia no Brasil. São Paulo: Faculdade de Comunicação Social Anhembi, 1976.

_____. **Origens e expansão da fotografia no Brasil - século XIX**. Rio de Janeiro: MEC/Funarte, 1980.

KUMMER, Lizete Oliveira. **A medicina social e a liberdade profissional**: os médicos gaúchos na Primeira República. 2002. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

LACERCA, Aline Lopes; MELLO, Maria Teresa Bandeira de. Produzindo um imunizante: produção de vacina contra a febre amarela. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 10 (suplemento 2), p. 537-571, 2003.

_____. Retratos do Brasil: uma coleção do Rockefeller Archive Center. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 3, p. 625-645, set.-dez. 2002.

LEITE, Miriam Moreira. **Retratos de Família**: leitura da fotografia histórica. São Paulo: Edusp, 1993.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretações do país. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.

LIMA, Solange Ferraz de; CARVALHO, Vâni Carneiro de. **Fotografia e Cidade**: da razão urbana à lógica do consumo - álbuns da cidade de São Paulo, 1887-1954. Campinas, SP: Mercado das Letras; São Paulo: Fapesp, 1997.

LOVE, Joseph L. **O regionalismo gaúcho e as origens da revolução de 1930**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.5, n.2, p. 293-312, 2000.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARQUES, Eduardo Cesar. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento no Rio de Janeiro. **História, Ciências, saúde – Mangueiras**, Rio de Janeiro, vol. II, n. 2, p.51-67, jul.-out. 1995.

MAUAD, Ana Maria. Através da imagem: Fotografia e História interfaces. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, p. 85-86, 1996.

MERHY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **O capitalismo e a saúde pública**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1987.

MOREIRA, Denise Wolffenbüttel. ESP/RS: 40 anos de Educação em Saúde Pública no Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 127-143, 2002.

NASCIMENTO, Edmundo. A luta contra a tuberculose no D.E.S. In: FRANCO, Álvaro; RAMOS, Sinhorinha Maria (ed.). **Panteão médico riograndense**: síntese cultural e histórica - progresso e evolução da medicina no estado do Rio Grande do Sul. São Paulo: Ramos, Franco - Editores, 1943. p. 158.

NEVES, Lucia M. B. Pereira. **O Império do Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciências & Saúde Coletiva**, vol.5, n.2, p. 251-264, 2000.

PANDOLFI, Dulce Chaves. Os anos 1930: as incertezas do regime. FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília Almeida Neves. **O Brasil Republicano**. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 15-37.

PENNA, Belisário. **Saneamento do Brasil**: sanear o Brasil e povoá-lo; e enriquecê-lo; e moralizá-lo. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918.

PINTO, Celi Regina J. **Positivismo**: um projeto político alternativo (RS: 1889-1930). Porto Alegre: L&PM Ed., 1986.

PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os escolhidos de São Francisco**: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã (1930-1940). 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

QUEVEDO, Éverton Reis. **"Isolamento, Isolamento e Ainda Isolamento"**. O Hospital Colônia Itapuã e o Amparo Santa Cruz na Profilaxia da Lepra no Rio Grande do Sul (1930-1950). 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim... inventário da saúde pública** – São Paulo: 1880-1930. São Paulo: UNESP, 1993.

RIO GRANDE DO SUL. **Fontes para a história administrativa do Rio Grande do Sul: a trajetória das secretarias de estado (1890-2005)**. Porto Alegre: CORAG, 2006.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SANTOS, Nádia Maria Weber. Práticas de saúde, práticas da vida: medicina, instituições, curas e exclusão social. In: GOLIN, Tau; BOEIRA, Nelson (Coord.). **História geral do Rio Grande do Sul**. vol. 3, tomo 2. Passo Fundo: Méritos, 2007. p. 101-132.

SCHWARTZMAN, Simon (Org.) **Estado Novo, um Auto-retrato** (Arquivo Gustavo Capanema). Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1983.

SCHOSSLER, Joana Carolina. **“As nossas praias”**: os primórdios da vilegiatura marítima no Rio Grande do Sul (1900-1950). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SERRES, Juliane C. P. É preciso cuidar da Lepra: políticas sanitárias no Rio Grande do Sul nas primeiras décadas da República. **Boletim Escola de Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 17, p. 87-94, 2003.

_____. Hospital Parque Belém. In: WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). **Instituições de Saúde de Porto Alegre**: Inventário. Porto Alegre: Ideograf, 2008. p. 53-55.

_____. **“Nós não caminhamos sós”**: O Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950). 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004.

SILVA, James Roberto. **Doença, fotografia e representação**. Revistas médicas em São Paulo e Paris, 1869-1925. 2003. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, Raquel Padilha da. **A Cidade de Papel**: a epidemia de peste bubônica e as críticas em torno da saúde pública na cidade do Rio Grande (1903-1904). 2009. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SILVEIRA, Éder. **A cura da raça**: eugenia e higienismo no discurso médico sul-riograndense nas primeiras décadas do século XX. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2005.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. VIII, n. 2, p.407-438, jul./ago. 2001.

SOUZA, Blau (Org.). **Médicos (Pr)escrivem**: vidas e obras. Porto Alegre: AGE/AMRIGS/SIMERS, 2001.

TAGG, John. **El peso de la representación**. Barcelona: Editorial Gustavo Gilli, 2005.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 2, p. 387-404, mai./ago. 2002.

VARGAS, Getúlio. **As diretrizes da nova política do Brasil**. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1943.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. Análise de Políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 65-82.

VIEIRA, Felipe Almeida. **“Fazer a classe”**: identidade, representação e memória na luta do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul pela regulamentação profissional (1931-1943). 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar**: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889/1928. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC - Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999.

_____; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). **Instituições de Saúde de Porto Alegre**: Inventário. Porto Alegre: Ideograf, 2008.

WENCZENOVICZ, Thaís Janaina. **Luto e silêncio**: doença e morte nas áreas de colonização polonesa no Rio Grande do Sul (1910-1945). 2007. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e Epidemias**: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). 2007. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

ANEXOS

ANEXO A - Conclusões aprovadas no 1º Congresso das Municipalidades

I – para o bom êxito dos serviços sanitários do Estado e dos municípios é indispensável a sua centralização;

II – os serviços sanitários dos municípios, permanecendo contratados por estes, serão entregues á direção do Estado, mediante convenio; entretanto, ficarão afetos ás municipalidades, mas fiscalizados pela Saúde Publica, a distribuição de água potável dentro de canalização, a remoção da matéria imunda, por meio de rede de esgotos ou fossas moveis, e do lixo, bem como tudo quanto diz respeito ao urbanismo;

III – o Estado ampliará o serviço de Saúde Pública, que atingirá todos os municípios do Rio Grande do Sul, de acordo com o programa contido na tese apresentada ao Congresso pelo diretor da Higiene do Estado;

IV – ficará também a cargo do Estado a direção do serviço de saneamento rural, profilaxia da sífilis e moléstias venéreas e da luta contra a tuberculose;

V – o Estado manterá a inspeção médico-escolar nos colégios municipais e estaduais, organizando também a ficha sanitária dos respectivos alunos, devendo esses serviços ficar a cargo das delegacias de saúde a serem criadas em cada município;

VI – para a execução de todos esses serviços, o Município contribuirá, anualmente, com a quantia correspondente a três por cento da sua receita ordinária arrecadada no ultimo exercício, entregando ao Estado as respectivas quotas;

VII – as municipalidades organizarão, dentro do mais breve prazo e á medida de suas possibilidades econômicas, os respectivos serviços de urbanismo e de saneamento, que constarão de planos de expansão das sedes, estudos dos mananciais capazes de abastecê-las, distribuição de água potável canalizada, redes de esgotos, remoção higiênica do lixo, bem como de todas as medidas relacionadas com a higiene publica, tais como matadouros higiênicos, entrepostos de leite, etc.;

VIII – nos respectivos códigos de construção, as municipalidades farão incluir todas as exigências relativas á defesa sanitária das populações;

IX – o Congresso entende ser de reais vantagens para os Municípios, quer sob o ponto de vista técnico, quer econômico, a execução dos seus projetos de saneamento e urbanismo pela Comissão de Saneamento do Estado;

X – verificada esta hipótese, as municipalidades contribuirão com um terço por cento do orçamento geral das respectivas obras, afim de usufruírem as vantagens especificadas no numero 7 do artigo primeiro das conclusões da tese apresentada a este Congresso pelo engenheiro-chefe da Comissão de Saneamento.

ANEXO B – Funcionários das Delegacias de Saúde

FUNCIONÁRIOS EM COMUM ENTRE AS DELEGACIAS DE SAÚDE

DELEGACIA DE SAÚDE DE 1ª CLASSE	DELEGACIA DE SAÚDE DE 2ª CLASSE	DELEGACIA DE SAÚDE DE 3ª CLASSE	DELEGACIA DE SAÚDE DE 4ª CLASSE
1 Médico Delegado de Saúde	1 Médico Delegado de Saúde	1 Médico Delegado de Saúde	1 Médico Delegado de Saúde (com conhecimentos de bacteriologia)
13 Médicos chefes de serviço	2 Médicos auxiliares, dos quais um acumula as funções de bacteriologista	1 Médico auxiliar, (acumulando as funções de bacteriologista)	-
3 Bromatologistas de 3ª classe	2 Bromatologistas de 5ª classe	1 Bromatologista de 5ª classe	1 Bromatologista de 5ª classe
2 Veterinários de 3ª classe	1 Veterinário de 3ª classe	1 Veterinário de 4ª classe	1 Veterinário de 4ª classe
6 Auxiliares de laboratório	2 Auxiliares de laboratório	-	-
20 Educadoras sanitárias de 1ª classe	3 Educadoras sanitárias de 1ª classe	1 Enfermeira Visitadora	1 Enfermeira Visitadora
50 Fiscais de 3ª classe	6 Fiscais sanitários de 4ª classe	-	-
8 Desinfetores de 2ª classe	1 Desinfetor de 2ª classe	1 Desinfetor de 4ª classe	1 Desinfetor
5 Guardas Sanitários distritais de 1ª classe	Guardas Sanitários distritais de 1ª classe (s/n definido)	Guardas Sanitários distritais de 1ª classe (s/n definido)	Guardas Sanitários distritais de 1ª classe (s/n definido)
11 Escriturários de 3ª classe	2 Escriturários de 3ª classe	-	-
4 Datilógrafos	1 Datilógrafos	-	-
3 Serventes de 4ª classe	-	1 Servente de 5ª classe	1 Servente de 5ª classe

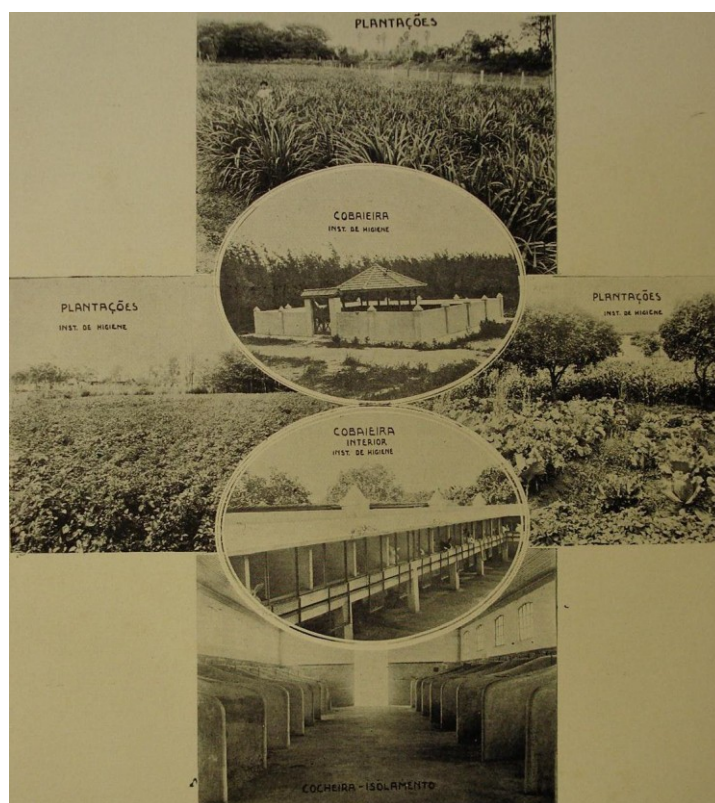
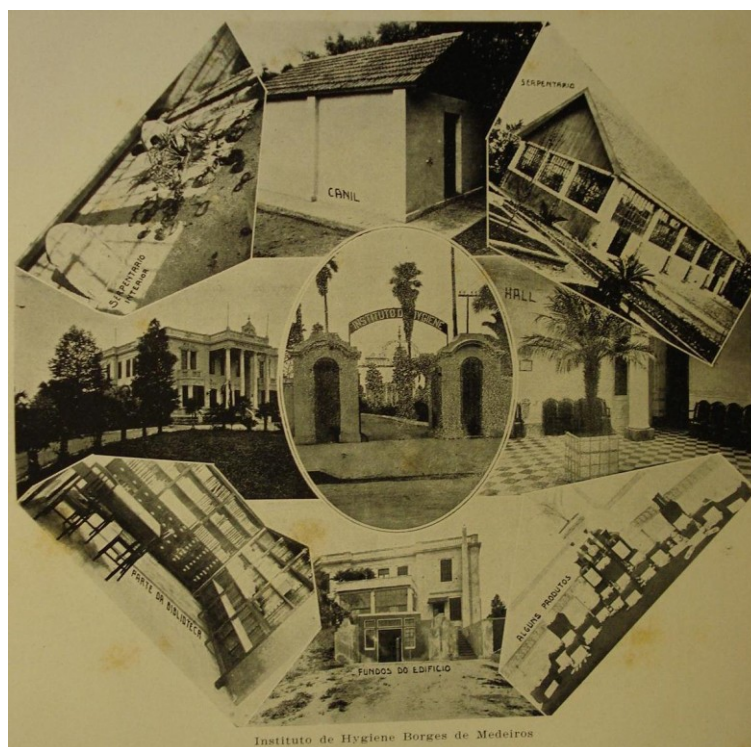
FUNCIONÁRIOS EXCLUSIVOS DA DELEGACIA DE SAÚDE DE 1ª CLASSE

DELEGACIA DE SAÚDE DE 1ª CLASSE (PORTO ALEGRE)	
23 Médicos auxiliares	1 Zelador de Laboratório
1 Químico de 1ª classe	1 Zelador Almoxarife
1 Químico de 2ª classe	1 Conservador
1 Químico de 3ª classe	2 Desinfectores de 1ª classe
2 Químicos de 4ª classe	1 Maquinista para a Estufa
1 Bromatologista de 1ª classe	1 Encarregado da sala suja
2 Bromatologistas de 2ª classe	10 Guardas Sanitários de 2ª classe
3 Veterinários de 1ª classe	2 Guardas Noturnos
2 Auxiliares acadêmicos	1 Cozinheira para o Hospital
10 acadêmicos vacinadores	1 Lavadeira para o Hospital
3 Irmãs de Caridade para o Hospital de Isolamento	6 Chauffeurs
11 Enfermeiros de 1ª classe	3 Escrivães de 4ª classe
11 Enfermeiras de 1ª classe	24 Serventes de 1ª classe
11 Fiscais de 1ª classe	11 Serventes de 3ª classe
10 Fiscais de 2ª classe	

Tabelas elaboradas a partir das informações retiradas de FREITAS E CASTRO, Fernando de. Organização sanitária do Brasil e reforma dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, Porto Alegre, vol.19, 1933. p. 166-167.

ANEXO C – Mapa dos distritos sanitários a cargo de Inspetorias de Saúde

ANEXO D – Instituto de Higiene Borges de Medeiros



ANEXO E – Centros de Saúde de Porto Alegre



Centro de Saúde do 1º. Distrito Sanitário da Cidade de Porto Alegre



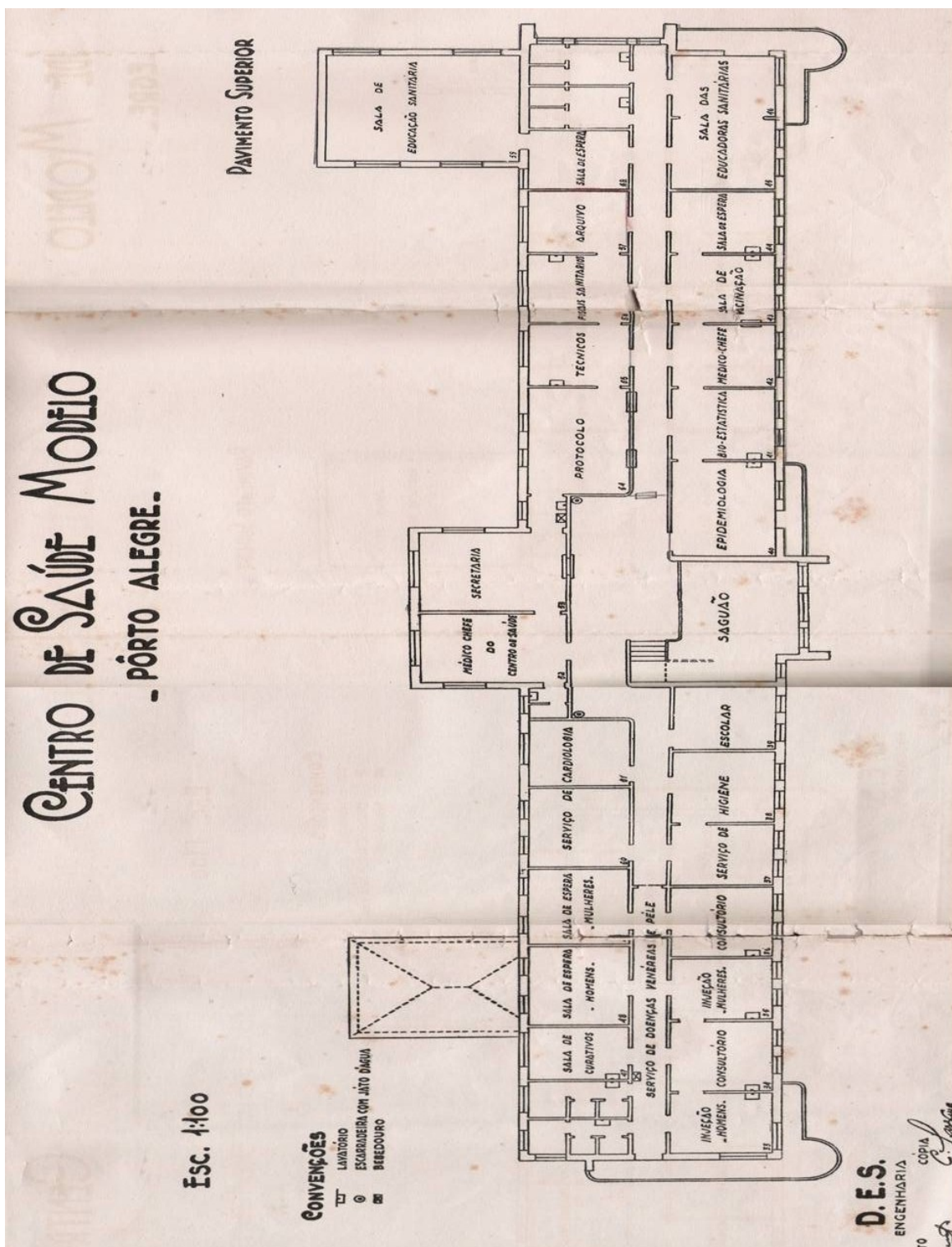
Centro de Saúde do 2º. Distrito Sanitário da Cidade de Porto Alegre



Centro de Saúde do 4º. Distrito Sanitário da Cidade de Porto Alegre



Centro de Saúde do 5º. Distrito Sanitário da Cidade de Porto Alegre



Fonte: Acervo da Secretaria Municipal de Saúde. Imagens cedidas por Adriano Cordeiro de Oliveira.