



A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas

*Rockefeller
Foundation and
health assistance in
São Paulo (1920-30):
historical perspectives*

Este artigo é resultado do projeto 'Tradições científicas no Brasil: aspectos comparados', realizado sob minha coordenação na Fiocruz entre 1997 e 2000.

Lina Rodrigues de Faria

Historiadora, doutoranda em saúde coletiva do
Instituto de Medicina Social da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Condomínio Village, casa 19 Itaipava
22202-317 Petrópolis — RJ Brasil
lina@compuland.com.br

FARIA, L. R. de: 'A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol.9(3): 561-90, set.-dez. 2002.

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma apresentação histórica das políticas de saúde implementadas em São Paulo nas décadas de 1920 e 1930, procurando uma compreensão mais apurada dos processos de formulação das políticas governamentais concernentes às ações de saúde. O trabalho destaca a contribuição de Geraldo Horácio de Paula Sousa (1889-1951) à história da administração em saúde em São Paulo, sua proposta de um novo modelo de atendimento à população, consubstanciada no Centro de Saúde e que seria o eixo de toda estrutura das atividades de saúde pública no estado. Finalmente, enfoca o apoio da Fundação Rockefeller às ações de Paula Sousa e ao ensino e pesquisa na área biomédica em São Paulo e as disputas em torno das políticas para o setor da saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Fundação Rockefeller, serviços de saúde pública, centros de saúde, G. H. de Paula Sousa, São Paulo.

FARIA, L. R. de: 'Rockefeller Foundation and health assistance in São Paulo (1920-30): historical perspectives'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 9(3): 561-90, Sept.-Dec. 2002.

The present paper aims at presenting a short history of health policies implemented in São Paulo in the 1920's and 1930's, trying to reach a more accurate understanding of the processes that led to the formulation of governmental health policies. The paper emphasizes Geraldo Horácio de Paula Sousa's contribution to the history of health administration in São Paulo in the first half of the twentieth century and his proposition of a new model of health assistance based on health units that would work as the structural axis of all public health activities in the state. Finally, it focuses on the support given by Rockefeller Foundation to Paula Sousa's activities and on the disputes involved in the establishment of public health policies.

KEYWORDS: Rockefeller Foundation, public health services, health units, G. H. de Paula Sousa, São Paulo.

Introdução

Como importante unidade política da federação, em parte afetada pelos rumos do progresso científico desencadeado pelo governo federal na capital do país, em parte fortalecendo, direcionando e consolidando tais rumos de modo independente, São Paulo desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento de carreiras científicas, das políticas de saúde pública e da pesquisa laboratorial no país. A Fundação Rockefeller participou de forma atuante nesse processo.

O movimento pela implementação de um sistema de saúde pública e de instituições de pesquisa no Brasil apresentou grandes diferenças regionais durante a Primeira República. As áreas de atuação da Fundação Rockefeller de certo modo refletiram e reforçaram as diferenças regionais. Alguns estados, por apresentarem situação mais favorável econômica e politicamente, acabaram por receber tratamento prioritário por parte da instituição estrangeira.¹ Este foi o caso de São Paulo.

São Paulo foi um dos principais atores na conformação das políticas nacionais de saúde, desenvolvendo uma política autônoma dos serviços sanitários estaduais em relação aos federais. De acordo com a literatura sobre a questão, as realizações dos serviços estaduais paulistas serviram como base para o desenvolvimento da saúde pública em outros estados brasileiros (Castro-Santos, 1993; Hochman, 1998).

A Fundação Rockefeller trabalhava com a noção de ‘efeito de demonstração’, que significava que estados mais progressistas na saúde teriam de servir como modelo ou exemplo para as regiões mais atrasadas. Nesse sentido, a tradição científica paulista, associada à visão — muito comum entre os membros da Fundação Rockefeller — de que somente os estados do Sul do Brasil, particularmente os estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul, teriam contado com uma colonização ‘produtiva’ de imigrantes europeus, favoreceu a escolha desse estado como aquele que deveria receber total apoio da Fundação Rockefeller (Rose, 1994-95).

Além disso, tudo indica que a Rockefeller escolheu um lugar onde seus recursos teriam possibilidade de obter maior impacto. No tocante ao ensino, a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, criada em 1912, estava aberta à assimilação de novos conhecimentos médicos e de saúde pública. Do lado dos entendimentos com as autoridades, São Paulo era também um caso favorável. As políticas públicas na área de saúde traziam a marca de um ‘governo forte’ e centralizador (Castro-Santos, 1993). A atuação governamental, bastante consolidada, facilitou a instalação da Missão Rockefeller, a partir de 1918.² Não somente o ensino médico, mas os trabalhos sanitários nas áreas rurais de São Paulo ganharam notável impulso, pois a missão médica foi convidada pelo governo do estado para cooperar nas campanhas de combate às endemias, em conjunto com o Serviço Sanitário, então sob a direção de Artur Neiva, antigo pesquisador de Manguinhos e membro de expedições

científicas ao Norte e Nordeste do país. Esse ambiente foi extremamente propício aos interesses da fundação.

Os acordos estabelecidos entre a Fundação Rockefeller e o governo estadual paulista quanto a ações de profilaxia rural e formação de profissionais na área de saúde — por meio da concessão de bolsas de estudo para universidades estrangeiras — e a instalação do Laboratório de Higiene na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo³ foram “mais um elemento no desenvolvimento autônomo dos serviços sanitários estaduais” (Hochman, op. cit., p. 236).

O campo da saúde pública em São Paulo

Desde o final do século XIX, São Paulo foi palco de uma fértil atuação dos sanitaristas, tanto no que diz respeito à produção de conhecimentos quanto na constituição de uma estrutura institucional para as políticas públicas. A criação, pelo governo estadual, do Instituto Bacteriológico, em 1892, foi um passo importante para o progresso científico de São Paulo. “O Instituto foi, de fato, organizado por Adolfo Lutz”, responsável pelos esforços de institucionalização da pesquisa bacteriológica. “Lutz foi a alma, o cérebro e a força de trabalho principal do instituto” (Benchimol, 1990, p. 16).

Antes de sua partida para Manguinhos, em 1908, Lutz foi pioneiro na identificação de doenças, “caracterizando como sendo cólera asiática o surto epidêmico de origem desconhecida, que eclodiu na Hospedaria dos Imigrantes, nos arredores de São Paulo” (Schwartzman, 1979, pp. 122-3). Do mesmo modo, Lutz ganhara prestígio por ter feito a descrição exata do bacilo da lepra, anos antes. Mas foi à frente do Instituto Bacteriológico, nos importantíssimos trabalhos de ‘rotina’, na produção de vacinas e soros e nas análises clínicas de sangue e urina, que Lutz pôde dar à instituição paulista as condições iniciais para a realização das campanhas de Emílio Ribas contra a febre amarela em cidades do interior do estado (Schwartzman, 1979, pp. 122-4; Stepan, 1976, pp. 140-4).

O movimento pela reforma sanitária em São Paulo foi marcado por forte intervenção do governo estadual nas políticas de saúde. Emílio Ribas, diretor da Saúde Pública, foi responsável, desde 1898 e durante oito governos sucessivos, pela campanha de saneamento no estado. Durante sua longa gestão, todas as pequenas e médias cidades do interior, ameaçadas pela malária, febre amarela, ancilostomíase e tracoma, receberam auxílio do governo estadual para profilaxia e tratamento das endemias, o que reduziu significativamente os níveis de mortalidade da população paulista (Castro-Santos, 1993). Além dos incentivos na área da saúde pública, o governo do estado investira também em programas de pesquisas nos institutos Bacteriológico (1892) e Butantan (1901). A criação deste último foi determinada, em grande parte, pela chegada ao Brasil — ao porto de Santos, em 1899 — da peste bubônica. Além do sucesso alcançado na eliminação do surto da

peste, o estado foi vitorioso no combate à febre amarela em Sorocaba e Ribeirão Preto, no início do século XX.

Em 1892, formou-se, junto à Secretaria do Interior, o Serviço Sanitário Estadual,⁴ que passou a ser a partir de então, e até a formação da Secretaria Estadual de Educação e Saúde Pública, na década de 1930, o principal órgão governamental de gestão dos serviços de saúde. Ao fundar a Primeira República, São Paulo construiu o Serviço Sanitário de maior amplitude em todo o país, “senão em toda a América Latina” (Blount, 1971, p. 14).

Os interesses da imigração e do café foram responsáveis pelas primeiras incursões do Serviço Sanitário nas áreas rurais — ainda que lentamente e sob forte oposição. O desenvolvimento do estado estava relacionado à produção cafeeira voltada para o mercado externo. O cultivo do café durante toda a República Velha era o grande responsável pelo progresso econômico de São Paulo e pelo afluxo de imigrantes. As oligarquias cafeeiras paulistas temiam perder essa importante mão-de-obra barata, caso o estado ficasse conhecido como um lugar insalubre e infecto para os imigrantes. O alastramento das endemias pelas áreas de cultivo, nesse sentido, iria comprometer a política de imigração e a própria economia cafeeira (Castro-Santos, 1993).

No plano político, uma forte organização partidária permitiu que o governo estadual implementasse as políticas de saúde pública. O Partido Republicano Paulista (PRP) desempenhou papel de destaque como mediador entre as oligarquias cafeeiras — as oligarquias não viam com bons olhos a intervenção direta do governo estadual em suas fazendas — e o governo do estado. Do mesmo modo, ele iria facilitar a cooperação entre o governo e a Fundação Rockefeller.

Foi nesse contexto de desenvolvimento da medicina experimental em São Paulo que a Fundação Rockefeller chegou ao Brasil. Cientistas como Artur Neiva, Adolfo Lutz e Vital Brasil já vinham desenvolvendo pesquisas nas áreas de bacteriologia e microbiologia. Os avanços na área de ensino médico iniciaram-se em São Paulo, mas os efeitos renovadores tiveram um impacto regional mais amplo, chegando a atingir vários outros estados, como a Bahia, o Rio Grande do Sul e o estado de Minas Gerais.

Com a vinda da Fundação Rockefeller, a partir de 1916, o ensino médico e os trabalhos sanitários nas áreas rurais de São Paulo ganharam notável impulso. A missão médica da Rockefeller foi convidada pelo governo do estado para cooperar nas campanhas de combate às endemias, em conjunto com o Serviço Sanitário. No final de 1917, promulgou-se a reforma do Serviço Sanitário, a qual incluía o Código Sanitário Rural — resultante de um acordo entre governo e ‘coronéis’ —, que representava o instrumento legal necessário para a efetiva penetração dos serviços nas áreas rurais.

O Código Sanitário Rural foi, segundo Ribeiro (1993, p. 202), a mais importante inovação introduzida na legislação sanitária paulista. Seu

propósito era o de estender a higiene ao campo, às fazendas, aos sítios, às vilas, criando melhores condições de vida e de trabalho para seus habitantes.

A reforma do Serviço Sanitário de 1917 era enfática no que dizia respeito à polícia sanitária. Explicitava de forma mais rigorosa a autoridade sanitária e seu poder de polícia. Determinava que o inspetor sanitário e o delegado de saúde teriam sempre livre ingresso em todas as habitações e estabelecimentos de qualquer espécie, onde poderiam verificar as condições higiênicas, a saúde dos moradores, a qualidade da água, as instalações sanitárias, esgotos, bueiros e banheiros.

A reforma sanitária foi importante para a consolidação das atividades estaduais na área de saúde. Daí se depreende que a Missão Rockefeller, no caso paulista, fez crescer um serviço que já se encontrava em desenvolvimento por ocasião de sua chegada.

Os anos seguintes foram dedicados basicamente à implementação de programas e políticas. Os governos de Altino Arantes (1916-20), Washington Luís (1920-24), Carlos de Campos (1924-27) e Júlio Prestes (1927-30) apoiaram integralmente as ações do Serviço Sanitário nas áreas rurais e urbanas do estado.

Durante a gestão de Artur Neiva no Serviço Sanitário (1917-20), criou-se a Inspetoria de Profilaxia Geral, que se tornou o órgão responsável pelos postos municipais de saúde. O Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia também foi criado, com apoio e financiamento da Fundação Rockefeller. Além disso, a Faculdade de Medicina, em uma ação conjunta com a Fundação Rockefeller, montou o Posto Experimental de Guarulhos. Essa unidade sanitária foi o núcleo inicial dos centros de saúde e postos de higiene no estado.

No período entre 1918 e 1920, foram criados novos serviços identificados com uma estratégia de ação que se efetivava por meio de uma rede de ambulatórios, projeto apoiado e financiado pela Fundação Rockefeller. A partir de 1922, observa-se a criação dos centros de saúde e postos de higiene. Essas unidades podem ser consideradas a expressão mais acabada do modelo norte-americano de saúde pública. Os postos de saneamento eram de fato postos avançados do sistema de saúde pública estadual. Tinham como função primordial a 'salvação' da população, especialmente a rural, da doença e do abandono.

Em 1920, o Serviço Sanitário Estadual já estava suficientemente organizado para arcar com campanhas de vacinação em outros estados brasileiros. Nesta fase, foram realizadas campanhas de combate ao tracoma, à ancilostomíase, à febre tifóide, nos estados de Mato Grosso, Minas Gerais e Rio de Janeiro. O trabalho de saúde rural desenvolveu-se rapidamente. Vários postos de combate ao amarelo foram abertos no interior do estado, com o auxílio da Fundação Rockefeller. O Serviço

Sanitário foi responsável, ainda, pela implementação de campanhas de erradicação da malária em vários municípios paulistas, pois a doença vinha desempenhando um papel importante como problema de saúde pública em todo o estado (Castro-Santos, 1993, pp. 376-83).

O Serviço Sanitário e a direção de Paula Sousa (1922-27)

Em 1922, Paula Sousa⁵ assumiu a direção do Serviço Sanitário. No período em que esteve à frente dessa instituição, houve um avanço substancial da saúde pública em São Paulo. Apesar de todos os progressos, Paula Sousa criticava a burocratização dos serviços estaduais, após a fase áurea de Emílio Ribas, considerado por Sousa como o “pioneiro de renovação sanitária do Brasil”.

Os textos produzidos por Paula Sousa no período entre 1922 e 1925 retratam bem a situação da saúde pública em São Paulo, nessa fase. Quando assumiu a direção do Serviço Sanitário, Paula Sousa expôs suas críticas aos serviços estaduais de saúde, bem como a base de sua doutrina sobre os problemas sanitários. Pregava, em seus escritos, um projeto de reforma que trouxesse alterações significativas na estruturação dos serviços de saúde no estado.

Em relatório apresentado ao secretário do Interior, em 1922, ele sugere algumas melhorias para os serviços estaduais de saúde. Os principais pontos defendidos por Paula Sousa eram: instituição de um Conselho Sanitário; reorganização geral dos laboratórios do Serviço Sanitário; cursos mais especializados para médicos e enfermeiras; campanhas mais eficazes de combate à varíola, febre tifóide e outras doenças infecciosas; especialização de profissionais de saúde em institutos e universidades estrangeiras; necessidade de construção de um novo prédio para o hospital de isolamento; disseminação dos postos de profilaxia pelas zonas endêmicas e ampliação dos serviços de higiene rural (Paula Sousa, 1922)

No relatório anual apresentado aos membros da Fundação Rockefeller sobre as atividades desenvolvidas pelo Instituto de Higiene e sobre seus planos futuros em relação à reorganização do Serviço Sanitário, Paula Sousa dizia que planejava organizar um departamento de higiene rural para tratamento e prevenção de problemas ligados às principais doenças que atingiam a população paulista, em especial a ancilostomíase, a febre tifóide, o tracoma, a malária e a febre amarela. Falava ainda da importância de se organizarem postos municipais permanentes de saúde (embriões dos centros de saúde e dos postos de higiene) em vários municípios de São Paulo, com o apoio da Fundação Rockefeller (RAC, 1922).

Em outro documento, apresentado ao Primeiro Congresso de Higiene, reunido no Rio de Janeiro, em 1923, Paula Sousa dizia que a maioria dos municípios paulistas não tinha condições de cuidar efetiva e eficientemente dos problemas da saúde pública e que praticamente só

existiam serviços sistemáticos e regulares na capital do estado. Segundo ele, “esta situação da saúde pública no estado, exposta, de certo modo, por deficiência de defesa sanitária, a perturbações de extensão e gravidade imprevisíveis e ainda ao progresso de endemias que se observam principalmente nas zonas rurais é, com toda a evidência, o primeiro problema que se deve resolver”, e declarava que a solução seria a instalação de postos municipais permanentes de ação sanitária integral.

Paula Sousa era totalmente favorável à criação de postos municipais permanentes de saúde. Para ele, a eficácia de uma campanha sanitária dependia da total eliminação da doença, ou seja, de resultados definitivos. Um plano de saneamento de um município só alcançaria sucesso com a adoção do posto municipal de saúde. Sua proposta era que “cada posto municipal operasse como um departamento de saúde pública completo e mantivesse um programa abrangente, com atenção à educação sanitária, ao tratamento e prevenção de doenças endêmicas, ao controle e prevenção de epidemias, vacinação, inspeção sanitária e exames laboratoriais” (Castro-Santos, 1993, p. 385).

Na concepção de Paula Sousa (1923, p. 8), os postos municipais permanentes de saúde supririam a deficiência das campanhas sanitárias. Ficariam encarregados não somente da manutenção dos resultados das campanhas de erradicação das principais doenças que assolavam São Paulo — a ancilostomíase, a malária e o tracoma —, como também de tentar combater os problemas sanitários existentes ou que pudessem vir a surgir Paula Sousa. Neste sentido,

às idéias de que os serviços deveriam ser especializados, para combater grandes endemias e/ou epidemias, e de que a ancilostomíase era ‘o’ problema de saúde, em função de uma visão do ‘Jeca Tatu’ como entrave do desenvolvimento, Paula Sousa opõe uma visão mais unicista do processo saúde/doença e uma concepção mais racionalizadora da organização dos serviços, pregando os serviços únicos de saúde pública (Merhy, 1992, p. 92).

Ao chamar a atenção para o papel desempenhado pela Fundação Rockefeller na concepção e instalação dos postos municipais de saúde em São Paulo, o autor (1923, p. 10) diz que

seria uma injustiça negar a nobre intenção e o desinteressado empenho com que nos procurou ela coadjuvar na realização integral desses serviços. A sua única idéia preconcebida em relação a este assunto, tem-nos demonstrado insofismavelmente a verdade dos fatos, é o beneficiamento das nossas populações. Hoje, com a completa integração dos seus serviços com os nossos, só há esperar deste acordo resultados proveitosos, porque preside agora a esses trabalhos a precisa unidade de orientação administrativa que se vale da grande cópia de conhecimentos acumulados pelos funcionários, tanto do Serviço Sanitário, ... como dos que nos vieram da Comissão Rockefeller.

Três anos após assumir a direção do Serviço Sanitário, Paula Sousa propôs uma reformulação do conjunto dos serviços públicos de saúde. A partir de então, assistiu-se ao surgimento de uma nova estrutura institucional no Serviço Sanitário. A reforma organizacional de 1925⁶ baseava-se nas conquistas sanitárias alcançadas durante os anos Ribas, mas apresentava melhorias significativas. Os centros de saúde — pautados na concepção dos postos municipais — seriam o eixo de toda a estrutura das atividades de saúde pública no estado de São Paulo. Segundo Mascarenhas (1949, p. 88), a reforma de 1925 foi importante para os serviços de saúde estaduais: “Com ela saímos da fase de polícia sanitária para entrar na de educação sanitária.”

Policiar o cumprimento das leis e dos regulamentos sanitários, inspecionar as habitações populares, persuadir a população quanto à realização de exames periódicos, todos esses aspectos compuseram as práticas da política de saúde pública que se cristalizou ao longo de todos esses anos, desde a criação do Serviço Sanitário. Com a reforma de 1925, a política de saúde ganhou uma nova concepção, baseada na educação sanitária do indivíduo (Ribeiro, 1993).

No artigo 51 do decreto 3.876, de 11 de julho de 1925, vinham especificadas as principais atividades que deveriam desempenhar os centros de saúde:

Artigo 51. Os centros de saúde visarão (a) atrair a população com os seguintes objetivos: ... uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis ... localizar os focos ... criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias. ... Os fins dos centros de saúde serão a educação sanitária, a imunização contra moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos ... a pesquisa destes e dos outros focos em geral, o periódico exame médico e dos hábitos (Estado de São Paulo, 1925).

A proposta de um novo modelo de atendimento à população, consubstanciada no centro de saúde, representou mudança significativa nos rumos seguidos até então pelos serviços estaduais de saúde em São Paulo (Mascarenhas, 1949, p. 88). Seu objetivo era a educação sanitária. Nesse sentido, uma mudança inovadora foi a criação da Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde, encarregada de promover a formação de uma ‘consciência sanitária’ na população.

Artigo 47. É criada, como dependência imediata da Diretoria Geral do Serviço Sanitário, uma Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde que se incumbirá de promover a formação da consciência sanitária da população em geral e dos serviços de profilaxia geral e específica, definidos neste decreto

Foram muitas as dificuldades para difundir o novo modelo, que contemplava ainda a criação de postos de higiene, a visita domiciliar

e a instituição do tempo integral para os trabalhadores da saúde. “A inovação não passou incólume. Seus detratores acoimavam-na de mais uma ‘fantasia teórica’” (Yunes, 1984), como se verá adiante.

A reforma cumpriu grande parte das propostas de Paula Sousa. A saúde rural foi enfatizada, com a criação da Inspetoria de Higiene dos Municípios, que ficou subordinada ao Serviço Sanitário. À Inspetoria de Higiene dos Municípios coube a tarefa de prevenção e controle das endemias rurais. Ficou responsável ainda pela instalação de um posto permanente de saúde em cada um dos 217 municípios do estado. A saúde do trabalhador também recebeu atenção especial, com a criação da Inspetoria de Higiene do Trabalho. Foi criada uma inspetoria específica para profilaxia da lepra. A reforma trouxe alguns avanços para a legislação trabalhista em relação a mulheres e crianças (Castro-Santos, 1993, pp. 376-7; Ribeiro, 1993, p. 251).⁷ A reestruturação do serviço sanitário teve como meta a promoção de ações de saúde permanentes, menos voltadas para ações emergenciais de combate a doenças específicas.

Paula Sousa pretendia ainda criar cinco centros de saúde, um em cada distrito da capital. Apenas dois, entretanto, foram fundados durante a sua gestão no Serviço Sanitário: o Centro de Saúde Modelo, anexo ao Instituto de Higiene, e o Centro de Saúde do Brás. Com a reforma de 1925, surgiram novos agentes da saúde pública: as educadoras sanitárias. Elas atuavam junto aos centros de saúde, “elaborando instruções, cartazes de propaganda e conselhos de higiene, fazendo palestras, exposições, conferências. Dessa forma, difundia-se a educação com o objetivo de criar uma consciência sanitária” (Ribeiro, op. cit., p. 256).

Percebendo que qualquer reforma necessitava de pessoal adequado e bem treinado, Paula Sousa fez do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo o centro de formação de pessoal especializado para a saúde. A instituição desempenhou papel fundamental na formação de novos profissionais, baseando-se no novo modelo de saúde pública. Em 1922, o instituto já contribuía para a saúde pública nacional de maneira decisiva, mantendo contatos estreitos com o Serviço Sanitário.

Quando Paula Sousa assumiu a direção dessas duas instituições, em 1922, elas passaram a colaborar estreitamente. As pesquisas implementadas no instituto estavam em sintonia com as medidas adotadas pelo Serviço Sanitário no tocante ao combate às doenças infecciosas, em especial a varíola e a febre tifóide. As duas instituições realizaram um trabalho conjunto na área. Os estudos sobre febre tifóide desenvolvidos por Francisco Borges Vieira⁸ no Instituto de Higiene, por exemplo, foram solicitados pela diretoria do Serviço Sanitário (*Correio Paulistano*, 1924). As instituições empregaram todos os esforços no sentido de atender às necessidades de higiene pública em São Paulo e em outros estados brasileiros.

O Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia, em cursos regulares, tem preparado funcionários de várias categorias para serviços cuja natureza exige conhecimentos técnicos especiais. No seu posto experimental praticam os microscopistas e enfermeiros dos nossos postos de profilaxia rural. Assim se pode sistematizar a melhor técnica de serviço para os referidos postos (Paula Sousa, 1923, p. 14).

Outra importante ‘cruzada humanitária’ na qual as duas instituições atuaram em conjunto foi a campanha de profilaxia da sífilis e de moléstias infecciosas, em 1925.

Sob os auspícios do Instituto de Higiene e com a cooperação do Serviço Sanitário de São Paulo, agita-se presentemente nesta capital a solução de um dos mais importantes problemas da atualidade: a profilaxia e tratamento da sífilis e moléstias venéreas. ... Todos sabem das ruínas e devastações trágicas com que a primeira vem assolando a humanidade: a moléstia terrível e traiçoeira, contagiosa e hereditária, tem feito em nosso país grandes e calamitosos estragos. A sua estatística no Brasil é assustadora e triste. E não menos desastrosa para o nosso povo são as demais moléstias, principalmente porque é, como sabemos, a mocidade que lhes paga maior tributo. O programa organizado pelo Instituto de Higiene pela profilaxia das moléstias sífilíticas é, como se vê, completo e bem elaborado. Nada lhe falta para que o êxito da humanitária campanha seja dos mais brilhantes (*Jornal do Commercio*, 1925).

Iniciada em princípios de 1925 e organizada pelo Instituto de Higiene e pelo Serviço Sanitário, a campanha de profilaxia da sífilis e moléstias infecciosas teve um impacto importante com a instalação de vários centros de saúde em diversos bairros da cidade. Além da profilaxia e tratamento dessas doenças, buscava-se informar as pessoas sobre suas causas e conseqüências, procurando dar uma orientação educativa à população.

A partir de 1926, verificou-se um crescimento significativo dos gastos estaduais com serviços de saúde pública, em especial com os serviços de postos permanentes. Em 1927, operavam no estado 45 centros de saúde e postos de higiene encarregados de prestar atendimento geral à população, além da realização de pesquisas laboratoriais. Deste total, 16 postos de higiene eram mantidos com a cooperação da Fundação Rockefeller: Sertãozinho (1922), Orlândia (1922), Araraquara (1923), Piracicaba (1923), Espírito Santo do Pinhal (1925), Itu (1925), Santa Rita (1925), Tietê (1925), Cândido Mota (1926), Rio Preto (1926), Taquaritinga (1926), Sorocaba (1926), Catanduva (1927), Jaú (1927), Limeira (1927), Rio Claro (1927) (RAC, 1927).

No mesmo ano, Paula Sousa deixou a direção do Serviço Sanitário, passando a se dedicar especialmente às atividades do Instituto de

Higiene. Em seu lugar assumiu Waldomiro de Oliveira,⁹ que ficou no cargo durante toda a gestão do governador Júlio Prestes (1927-30).

A documentação analisada permite afirmar que, nessa fase, as atividades no campo da saúde pública em São Paulo entraram em certo processo de desaceleração, com o ‘abandono’ temporário do espírito da reforma de 1925.

Em julho de 1927, J. H. Janney (diretor regional do International Health Board [IHB] da Fundação Rockefeller) enviou uma carta ao diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, dr. Pedro Dias, manifestando sua preocupação em relação ao novo governo:

Levando em consideração as grandes somas com que a Fundação Rockefeller vem auxiliando a Faculdade de Medicina, o Instituto de Higiene e o Serviço Sanitário do estado, eu desejava, para minha tranqüilidade pessoal, saber o que pode surgir sob a administração que se inicia em 15 de julho, no que diz respeito às instituições em que vimos cooperando. ... Os doutores Pearce, Russell, Strode e eu pensamos que a cooperação da Fundação Rockefeller com a atual administração conseguiria o escopo colimado; por isso faço votos para que o novo governo conserve o dr. Pedro Dias e o dr. Paula Sousa nos respectivos cargos, para que se leve a bom termo o programa já traçado (RAC, 1927).

No tocante aos acordos estabelecidos entre o governo Carlos de Campos (1924-27) e a Fundação Rockefeller para a construção de novos prédios para a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, para o Instituto de Higiene e para o Hospital das Clínicas (as verbas destinadas à construção do hospital seriam fornecidas pelo governo estadual, em contrapartida aos recursos oferecidos pela Rockefeller para os outros prédios), muito pouco se fez durante a gestão de Júlio Prestes e Waldomiro de Oliveira.

As preocupações de Janney tinham de fato fundamento. As obras dos novos prédios da Faculdade de Medicina e do Instituto de Higiene só tiveram início em fins de 1928, dois anos depois de assinado o acordo de cooperação entre a Faculdade de Medicina e a Fundação Rockefeller. Já as obras de construção do Hospital das Clínicas só foram iniciadas em 1938, durante o governo Ademar de Barros.

Em um arquivo importante (Biography Files), com fichas biográficas de todos os bolsistas da Fundação Rockefeller, há uma carta de Fred Soper a F. F. Russell que traz um esclarecimento do diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Pedro Dias. Ele teria afirmado que não fora responsável pela indicação de Waldomiro de Oliveira para a direção do Serviço Sanitário, “e que Oliveira estava procurando destruir tudo que fora criado por Paula Sousa” (RAC, 1928).

Críticas aos trabalhos da Fundação Rockefeller no país

O apoio irrestrito da Fundação Rockefeller às ações de Paula Sousa em São Paulo, por um lado, contribuiu fortemente para o progresso sanitário do estado e, em especial, para o reconhecimento do importante papel desempenhado pelo Instituto de Higiene nas áreas de ensino e pesquisa em saúde. Mas, por outro, foi motivo de tensão e disputas entre Paula Sousa e alguns opositores da presença daquela instituição no país.

A atuação da Rockefeller de certo modo reforçara diferenças profissionais e regionais. Alguns estados brasileiros foram mais beneficiados que outros. Várias instituições de ensino e pesquisa puderam contar com o auxílio financeiro e profissional da fundação. A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o Instituto de Higiene, o Instituto Oswaldo Cruz e a Escola de Enfermagem Ana Nery são importantes exemplos das ações da Fundação Rockefeller no Brasil. Entre os profissionais brasileiros, Paula Sousa foi um dos que receberam maior incentivo por parte da instituição.

Houve decerto muita oposição aos trabalhos da Fundação Rockefeller no Brasil. A consolidação de suas atividades não se fez sem percalços e sem a oposição de figuras nacionais. Durante toda a Primeira República, não foram raras as críticas aos trabalhos desenvolvidos pela missão médica da Rockefeller que chegavam a apontar uma possível ‘invasão americana’ por meio dos expedientes sanitários, ou a tentativa de penetração do protestantismo, contrário às tradições religiosas do nosso povo. Não foram fáceis os caminhos percorridos pela fundação para conseguir a adesão dos profissionais brasileiros, de autoridades governamentais e da opinião pública. A adesão, que finalmente se difundiu, teve na pessoa de Paula Sousa a figura mais combativa.

No tocante à ação médico-sanitária da fundação, as críticas foram especialmente em relação aos métodos adotados no tratamento da ancilostomíase. Em uma palestra do então conhecido médico paulista Oscar Rodrigues Alves, em 1924, levantou-se a hipótese de que os médicos da Comissão Rockefeller estariam utilizando brasileiros como ‘cobaias’ para testar a eficiência do uso do quenopódio no tratamento da ancilostomíase (Alves, 1924; RAC, 1925). A Fundação Rockefeller procurava manter suas atividades sob rigoroso controle interno, a partir da própria diretoria internacional, para tentar evitar ou minorar os movimentos de oposição. Até suas conquistas e realizações eram sempre mantidas sob *low profile*, de modo a serem atribuídas também à iniciativa dos brasileiros. Mas a questão dos experimentos com humanos foi sempre muito delicada e, de todas, talvez tenha sido a mais controversa (Faria, 1994). Sobre esse tema cabe alguma discussão em detalhe.

A documentação analisada neste trabalho não nos permite afirmar se as experiências e os testes desenvolvidos pela missão médica com o quenopódio foram realizados em animais ou se, como alegava o

médico paulista, os resultados haviam sido alcançados gradativamente, a partir dos tratamentos com os próprios pacientes. A documentação não esclarece o modo como eram feitos os testes. No entanto, tudo indica que havia um esforço, tanto por parte dos norte-americanos como de seus colegas brasileiros, para realizar alguns testes e experiências com animais antes da aplicação de medicamentos em humanos. A respeito do emprego do quenopódio por Belisário Pena, assim se referia o dr. Hackett, em carta ao diretor-geral Wickliffe Rose: “(o) doutor Belisário Pena teve três mortes recentemente ... mesmo realizando experiências para determinar a dose letal mínima em porquinhos-da-índia” (RAC, 1920a).

Por outro lado, era o próprio Instituto de Manguinhos um dos centros que produziam e distribuíam o óleo de quenopódio. Azevedo Sodré (1919, p. 26), médico e parlamentar, chegou a chamar a atenção para a importância desta instituição na produção e distribuição do óleo de quenopódio e para a eficácia deste medicamento no combate à ancilostomíase e à malária:

Com o uso exclusivo e sistemático do óleo essencial de quenopódio tem-se conseguido erradicar a ancilostomíase de numerosas localidades situadas nas duas Américas, Antilhas, nas Filipinas etc. ... As pesquisas científicas e estudos feitos, *in loco*, como o preparo dos soros, vacinas e medicamentos de ação profilática e preventiva constituem função do Instituto de Manguinhos.

Havia ainda um grande intercâmbio científico entre os profissionais brasileiros e americanos no tocante às experiências com o quenopódio. Em relatórios enviados a Rose, Hackett falava de seus contatos com Vital Brasil e Artur Neiva para discutir a melhor utilização do uso desse medicamento.

Os testes com o medicamento prosseguiram no Brasil. No período entre 1918 e 1920, o dr. Wilson George Smillie — especialista na profilaxia da ancilostomíase e segundo diretor do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo — realizou várias pesquisas com o óleo de quenopódio, com o objetivo de estabelecer níveis de dosagens por idade. Smillie conseguiu estipular dosagens mínimas do medicamento a ser administrado para certos grupos de idade. Esse tipo de procedimento, ainda que indicasse o cuidado dos médicos estrangeiros na administração dos remédios, evidenciava o emprego da experimentação com pacientes humanos (Faria, 1994).

De certa forma, as críticas feitas aos trabalhos da missão médica e à própria Fundação Rockefeller por certo contribuíram para o maior controle de qualidade dos serviços prestados por esta instituição à sociedade brasileira. Uma carta enviada a Hackett, em 1920, pelo dr. Victor Heiser — representante do IHB para o Extremo Oriente — informava que o óleo de quenopódio estava passando por testes

rigorosos no Laboratório de Óleos Vegetais do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (RAC, 1920b).

Outro forte opositor da Fundação Rockefeller no Brasil foi Francisco Sales Gomes Jr. — médico hansenólogo e antigo diretor da Inspetoria de Profilaxia de Moléstias Infecciosas.¹⁰ A documentação analisada parece sugerir que sua posição desfavorável às ações da Rockefeller no Brasil pode ser atribuída ao fato de esta ter-lhe recusado uma bolsa de estudos — em 1920, Sales Gomes havia sido indicado, juntamente com outros profissionais brasileiros. Na época, era assistente de Vital Brasil no Instituto Butantan e vinha desenvolvendo pesquisas com tracoma. Wickliffe Rose esclarece, em carta enviada a Hackett, que não havia condições de a Rockefeller financiar uma bolsa para o estudo do tracoma, pois isso contrariava a sua política, já que o estudo dessa doença não fazia parte das atividades da fundação.¹¹

Em documento posterior, datado de 26 de junho de 1922, Hackett dizia que não via condições para que houvesse um julgamento ‘imparcial’ do pedido de Sales Gomes. Em suas palavras, “ainda que um homem capaz, bem relacionado e possivelmente um futuro administrador dos serviços de saúde em São Paulo, sua hostilidade ao IHB é patente e desleal”. E que, em palestra na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Sales Gomes teria acusado a Fundação Rockefeller de realizar experimentos com populações ignorantes, de ‘raças inferiores’, do Brasil, da China e da América Central (RAC, 1922).

A palestra foi transcrita em *O Estado de S. Paulo*, em 3 de fevereiro de 1922. Sales Gomes declarava que o óleo de quenopódio — essência da erva-de-santa-maria — vinha sendo utilizado há anos no Brasil no tratamento da ancilostomíase e que havia o registro de vários casos fatais por intoxicação. De acordo com suas declarações, as primeiras experiências com o óleo tinham ocorrido em países e colônias da América Central e do Oriente, e que estas regiões funcionariam como verdadeiros ‘campos de experiência’ para os norte-americanos. No Panamá, as pesquisas realizadas no Hospital San Tomas, “cujas clínicas eram freqüentadas por panamenhos de baixa classe e negros da Jamaica e das Guianas”, haviam provocado a morte de várias pessoas.

Ainda segundo Sales Gomes, em 1916, o quenopódio fora testado pela primeira vez nos Estados Unidos, porém, “em localidades onde predomina o elemento negro e avultam os *poorwhite*”. Em seu discurso, ele denunciava os Estados Unidos por omitirem dados sobre os acidentes fatais ocorridos naquelas áreas do país e acusava os professores Samuel Taylor Darling (primeiro diretor do Instituto de Higiene de São Paulo) e Wilson George Smillie de terem administrado, na época em que desenvolviam pesquisas na instituição, doses tóxicas e elevadas de quenopódio, causando a morte de algumas pessoas. Sales Gomes dizia que em vários países o óleo de quenopódio era proibido, citando o exemplo da Guiana Inglesa, onde o timol fora preferido como substituto do óleo. Em suas palavras,

o óleo de quenopódio seria o vermífugo ideal, se os seus defensores sanassem os seus perigos nas doses aproveitáveis; por enquanto nada justifica o seu emprego nas campanhas de saneamento, ocasionando tantas vítimas São Paulo, que no terreno das experiências científicas, viu os belos exemplos de Ribas e Lutz, submetendo-se às provas com risco da própria vida, tem o direito de estranhar esta experimentação a frio no nosso 'Jeca', reduzida à suprema humilhação de — animal de laboratório (*O Estado de S. Paulo*, 1922).

As disputas pela direção das políticas governamentais em São Paulo: as reformas de 1925 e 1931

A fase de 1920 a 1930 foi caracterizada pelo embate entre as várias correntes de pensamento sobre saúde pública na disputa pela direção das políticas governamentais em São Paulo. A Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) foi palco dessas lutas.¹² De acordo com a literatura da área, as grandes questões em disputa serviram de base para a definição das políticas do período pós-1930.

Nesse contexto, destacaram-se dois modelos de organização das políticas governamentais: um deles, denominado por Merhy (1992, pp. 114-5) como “rede local permanente”, liderado por Paula Sousa e Borges Vieira, e o outro, o “vertical permanente especializado”, proposto por Francisco de Sales Gomes e Artur Neiva. Segundo Merhy, tanto Artur Neiva quanto Sales Gomes contrapunham-se radicalmente às estratégias e aos modelos de saúde defendidos pelos sanitaristas adeptos do movimento da “rede local permanente”, os quais eram considerados “americanistas” e “antipatrióticos”.

Interessa observar que Artur Neiva, partidário das idéias de Sales Gomes, fora um entusiasta das atividades da Missão Rockefeller na sua primeira fase de atuação no Brasil. Assim que a missão chegou ao país, Neiva contava entre os sanitaristas que vieram a se destacar no apoio às suas atividades. Na direção do Serviço Sanitário do estado de São Paulo a partir de dezembro de 1916, Neiva incentivou, junto à Secretaria do Interior, a atuação da Fundação Rockefeller em campanhas sanitárias e investigações científicas. Nesta fase, pôde-se ver o surgimento dos primeiros serviços municipais de saúde permanentes, em um esforço conjunto do Serviço Sanitário e da entidade norte-americana.

Como se depreende de seus relatórios e testemunhos pessoais, Neiva não via, inicialmente, na atuação da missão estrangeira uma ameaça ao desenvolvimento científico brasileiro. Ao contrário, considerava-a benéfica para os profissionais brasileiros no tocante ao intercâmbio de novos conhecimentos científicos, experiências de campanha e educação médica. Nesse sentido, quando a Missão Rockefeller iniciou suas atividades no país, Neiva propôs ao governo de São Paulo um padrão de relacionamento com os norte-americanos que fortalecesse a qualidade técnica dos trabalhos brasileiros (Benchimol *et al.*, 1993, pp. 99-133).

Além de considerar importante o auxílio da missão norte-americana para os serviços sanitários em São Paulo, Neiva pretendia — com o apoio da Rockefeller — fazer do estado um centro de investigação, com a criação de um instituto de pesquisas médicas e científicas (RAC, 1917). Depois de iniciados os trabalhos da Fundação em São Paulo, e após a saída de Neiva da direção do Serviço Sanitário de São Paulo, em 1920, ele continuou manifestando interesse pelo trabalho desenvolvido pelo IHB no Brasil.

Desejaria dizer de viva voz ao dr. Rose que o êxito obtido pela Fundação Rockefeller no Brasil cabe ao senhor quase totalmente. ... Hoje estou fora dos acontecimentos e, portanto, falo com o maior desinteresse. Penso ainda que, em nenhuma condição, a fundação deve abandonar São Paulo. O Instituto de Higiene deve ser ampliado e elementos como Darling e sobretudo o Smillie devem ser trazidos em maior número. Continuo cada vez mais acreditando que a Fundação Rockefeller deve erigir no Brasil um instituto de pesquisas médicas e científicas de grandes proporções. Não sei por que hesitam e por que não vêem claro, neste particular? (RAC, 1920c).

Por ocasião dos congressos de higiene, tanto Carlos Chagas como Clementino Fraga, dois cientistas que ocuparam sucessivamente a direção geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, manifestaram-se contra o “nacionalismo extravagante” e “míope” dos críticos que ignoravam “os extraordinários serviços da grande instituição”.¹³ Deve-se assinalar que essas manifestações ocorreram já no contexto da década de 1920, quando a Rockefeller firmava sua atuação no Brasil. É importante citá-las porque elas indicam que as críticas e os apoios recebidos durante os primeiros tempos foram os mesmos, no fundamental, durante todo o período de permanência da fundação no Brasil.

Dois pontos, aqui, merecem ser destacados. Em primeiro lugar, é importante deixar claro que as disputas travadas entre Paula Sousa (reforma de 1925) e Sales Gomes (reforma de 1931) na implementação de um modelo de saúde para o estado de São Paulo não devem ser vistas unicamente como o resultado dos antagonismos de Sales Gomes em relação à Fundação Rockefeller ou ao apoio desta instituição às ações de Paula Sousa. Ou, ainda, porque Sales Gomes fosse um nacionalista exacerbado. Havia decerto questões pessoais envolvidas, mágoas e ressentimentos antigos. No entanto, o cerne dessas disputas estava em divergências políticas e ideológicas. Concordamos com Merhy, quando diz que o modelo de saúde defendido por Paula Sousa era diferente do modelo de Sales Gomes no tocante à forma de conceber os seus objetos das ações de saúde e pela visão que cada um tinha de organização institucional.

A abordagem proposta por Merhy, no entanto, apresenta alguns problemas quanto à classificação dos modelos de organização das

políticas governamentais em São Paulo nas décadas de 1920 e 1930. Em seu estudo sobre os formuladores de políticas, o autor apresenta as várias correntes tecnológicas e os modelos técnico-assistenciais dos movimentos sanitários. Para o autor, interessa saber o que estas correntes concebem como seu problema de saúde, quais são suas práticas e para que servem. Vejamos como ele desenvolve seu pensamento.

Segundo Merhy (1992, pp. 110-6, 174), os adeptos do modelo de “rede local permanente” valorizavam a formação de uma rede ambulatorial geral e permanente, que seriam os centros de saúde. Estes atuavam como uma “unidade integral e ampla de ações sanitárias”. Já os adeptos do modelo vertical especializado entendiam que os serviços deveriam ser organizados tomando-se como ponto de partida os problemas específicos da saúde. Reforçavam, nesse sentido, os serviços especializados, organizados em “estruturas verticais especializadas”. As inspetorias, para os adeptos deste movimento, seriam o eixo de toda a estrutura das atividades de saúde pública no estado de São Paulo. Merhy mostra o momento em que os ‘verticalistas’ conseguem imprimir um modelo de organização, a partir da década de 1930, “derrotando o ideário” da reforma de 1925.

No nosso entender, o ‘verticalismo’ não foi tão distante do modelo que pretendia superar. Na prática, os centros de saúde podiam ser definidos tanto como unidade integral e ampla de ações sanitárias quanto como lugar especializado em ações de higiene e educação sanitária, tendo em vista as atividades desenvolvidas nos centros: educação sanitária; profilaxia geral e específica das doenças infecciosas, especialmente ancilostomíase, malária, febre amarela, tuberculose, lepra, sífilis e outras doenças venéreas; trabalhos epidemiológicos; educação e propaganda sanitárias; exames médicos periódicos; visitas de polícia sanitária; serviço de enfermeiras visitadoras; pesquisas laboratoriais, entre outras funções (Vieira, 1935; Vasconcellos, 1995).

Segundo Merhy, os serviços verticais específicos tornaram-se o paradigma de organização técnico-assistencial dos serviços de saúde pública em São Paulo, a partir de início da década de 1930, em virtude de uma maior concentração de gastos estaduais com os serviços de combate à lepra e à tuberculose. Ainda segundo o autor, quase metade da previsão de gastos destinada às ações sanitárias no estado, neste período, foi dirigida para o Departamento de Profilaxia da Lepra.

É interessante notar que o combate à lepra sempre foi uma das prioridades da gestão de Paula Sousa no Serviço Sanitário. O Instituto de Higiene deu continuidade a essa atividade, criando, anexo ao instituto, o Posto Experimental da Lepra, onde foram desenvolvidas diversas pesquisas em colaboração com o Serviço Sanitário. As duas instituições foram responsáveis, ainda, pela organização de uma Inspeção Sanitária específica para profilaxia e tratamento da lepra, em 1925.

Houve decerto mudanças de rumo na organização das políticas públicas de saúde em São Paulo, ora privilegiando ações mais específicas,

como o combate à lepra, à tuberculose e à sífilis, ora privilegiando o conjunto das ações sanitárias. Acreditamos que a tendência de crescimento de um determinado serviço dependia do tipo de problema de saúde em um momento específico. Os fatores que presidiam a organização dos serviços públicos referenciavam-se, portanto, no conjunto desses problemas. Nesse sentido, se o combate à lepra tornou-se medida prioritária para o governo estadual, a partir de 1930, isso ocorreu porque essa doença foi eleita como problema prioritário de saúde.

A nosso ver, isso não significou que o espírito da reforma de 1925 tivesse sido destruído, como sugere Merhy ou como supunham até mesmo Paula Sousa e seus companheiros. Cabe concordar que durante um determinado período — os sete primeiros anos imediatamente após a reforma de 1931, que reorganizou o Serviço Sanitário Estadual —, as atividades no campo da saúde pública em São Paulo entraram em certo processo de desaceleração, com o abandono passageiro do espírito da reforma de 1925. Mas, a partir do final da década de 1930, os centros de saúde e postos de higiene começaram novamente a ganhar projeção, com a ampliação para as áreas interioranas do estado, como veremos mais adiante.

Ao citar essas correntes, pretende-se mostrar que de fato existiram rivalidades, mas foram antes rivalidades políticas do que reflexos de modelos institucionais de saúde pública conflitantes. Os motivos e as causas dos conflitos devem ser analisados levando-se em consideração as divergências políticas entre os dois sanitaristas.

Vejamos como as disputas políticas chegaram a influenciar o debate sobre saúde pública e em parte influenciaram os modelos implementados em São Paulo durante as décadas de 1920 e 1930. Tomaremos como ponto de partida a reforma de 1925, implementada por Paula Sousa, e a de 1931, organizada por Sales Gomes.

A organização dos serviços estaduais de saúde — início da década de 1930

Nos primeiros anos da década de 1930, acentuaram-se as disputas em torno das políticas públicas da saúde em São Paulo, que, como foi visto, já vinham ocorrendo desde a década de 1920. O período foi marcado também por conflitos políticos e pela perda de prestígio dos paulistas no cenário nacional. Desde o início do governo Vargas deu-se a nomeação de interventores estaduais em São Paulo. Os dois primeiros, José Maria Whitaker e Plínio Barreto, ficaram no executivo estadual apenas alguns dias. Em novembro de 1930, Plínio Barreto foi substituído por João Alberto Lins de Barros, que permaneceu no cargo durante oito meses. Para o setor da saúde pública, Artur Neiva foi indicado como secretário do Interior, e Francisco Sales Gomes Jr., diretor do Serviço Sanitário.

Sales Gomes permaneceu à frente do Serviço Sanitário somente até março de 1931, quando foi substituído por João de Barros Barreto.¹⁴ Mas, durante o curto período em que dirigiu a instituição, foram elaborados dois importantes decretos. O primeiro (nº 4.891 de 13.2.1931) reorganizou o Serviço Sanitário Estadual, e o segundo (nº 4.917, de 3.3.1931) criou a Secretaria da Educação e Saúde Pública.

Segundo Mascarenhas (1949), o decreto 4.891 criou um novo modelo de organização dos serviços de saúde, determinando nova estrutura organizacional para o setor. Entre as principais alterações verificadas podem-se destacar a criação de novos serviços especializados, voltados para problemas específicos de saúde pública, como, por exemplo, as inspetorias de Profilaxia da Leprosia, da Sífilis e Moléstias Venéreas, da Tuberculose e de Higiene e Assistência à Infância.

Essas inspetorias ficariam responsáveis pela assistência médica e higiênica, pela educação e hospitalização, pela fiscalização e vigilância, pelos estudos e censos, ou seja, dariam conta de todas as dimensões relacionadas a determinado conjunto de problemas. A Inspetoria de Higiene dos Municípios, criada durante a gestão de Paula Sousa e que enfatizou a saúde rural, foi extinta.¹⁵ Além disso, todos os laboratórios dos centros de saúde foram anexados ao Instituto Bacteriológico, que se tornou o laboratório central do Serviço Sanitário.¹⁶ A Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde passou a se denominar Inspetoria de Higiene Escolar e de Educação Sanitária. Todos os postos municipais permanentes foram extintos, e seu lugar foi ocupado pelos inspetores sanitários, voltando-se, segundo Mascarenhas, ao regime da reforma de 1918 (Estado de São Paulo, 1931).

O movimento liderado por Sales Gomes teria procurado desmoronar a herança burocrático-administrativa de Paula Sousa à frente do Serviço Sanitário. Segundo Mascarenhas (1949, pp. 93-4, 117):

a criação de centros de saúde não poderia ser bem recebida por aqueles que se aferravam à vida administrativa, em cuja técnica e rotina estavam acorrentados pelo hábito. ... Essa corrente bateu-se sempre contra qualquer idéia de centro de saúde e, desse modo, esse tipo de unidade sanitária considerada como básica em todo o mundo, foi melhor conhecida em outros estados brasileiros apesar de instalada inicialmente em São Paulo.

Ainda segundo Mascarenhas,

enquanto o decreto 3.876, de 1925, foi estudado durante três anos, recebendo a influência das discussões prolongadas ... na Câmara de Deputados e no Senado estaduais, o decreto 4.891 foi elaborado sem discussões públicas, saindo abruptamente, conhecido apenas pelas autoridades sanitárias que o elaboraram, do secretário do interior e do interventor federal que, quiçá, nada mais fez do que opor a sua assinatura ao mesmo.

A ‘reforma Sales Gomes’ criou, de fato, um novo modelo de organização dos serviços de saúde. Mas será que, dentro desse projeto de serviço de saúde, a perspectiva dos centros de saúde estava inteiramente fora de cogitação? Vejamos como o grupo de Paula Sousa, ainda atuante, lutou pela mudança nos rumos das políticas governamentais na área da saúde.

Em agosto de 1933, Armando de Sales Oliveira assumiu a interventoria de São Paulo, ficando no cargo até dezembro de 1936, já como governador eleito após a Constituinte de 1934.¹⁷ Para os serviços de Saúde Pública foram indicados Otávio Gavião Gonzaga (24.8.1933 a 21.5.1935) e Borges Vieira, que assumiu a direção do Serviço Sanitário em maio de 1935, ficando no cargo até maio de 1937.

No período em que foi diretor do Serviço Sanitário, Borges Vieira (1935, pp. 143-8) elaborou um plano, ‘São Paulo — Plano de Reorganização do Serviço Sanitário’, na tentativa de alterar a organização dos serviços de saúde em relação à fase anterior. Ele criticava a situação vigente, a desarticulação e as alterações verificadas na reforma de 1925:

Depois da reorganização por que passaram os serviços de saúde pública do estado, em 1925 ... e que abrisse à administração sanitária paulista novos horizontes, ampliando-lhe a visão a problemas técnico-administrativos que as próprias condições do nosso meio já suscitavam, assinalam-se, só no interregno de 1930 a 1931, cinco “decretos-lei” que modificaram ou alteraram tais serviços, ora amputando-lhes órgãos essenciais, ora desarticulando-lhes a ação no restante conjunto ainda conservado. Não é possível modificar parcialmente um serviço dessa natureza sem causar ... à sua própria organização o mais profundo abalo. ... O sistema de atuação sanitária por meio de centros de saúde distritais ou regionais é que assegura a proteção sanitária eficiente. Em vez de divisões rigidamente delimitadas de serviço, sem ligações internas umas com as outras, a administração exercida por meio dos centros ataca as dificuldades com a mais percuciente visão de conjunto. A sua organização, sempre de caráter ascendente, permite a cada centro servir à população em quotas de cem mil a 150 mil habitantes, com a maior extensão domiciliária possível dos benefícios que promove. Na forma corrente, de inspetorias e delegacias, a atuação, ao contrário, é descendente: direção central; inspetorias que trabalham isoladamente, cada uma em sua esfera de ação.

No plano, Borges Vieira esboçava suas principais premissas. Para ele, a higiene era um campo de conhecimento que visava à proteção e à manutenção da saúde, e não exclusivamente o combate à doença. O papel primordial das ações de saúde seria tentar realizar uma ação educativa formadora de uma “consciência sanitária individual” dos problemas coletivos de saúde. Devia-se buscar a educação sanitária dos indivíduos para a promoção da saúde individual e coletiva. Nesse

sentido, as doenças infecciosas eram problemas de saúde coletiva, por estarem associadas etiologicamente a problemas de causas externas. Daí a necessidade de implantação de uma rede ambulatorial permanente, ou seja, um local de realização das ações sanitárias; uma ampla rede básica de serviços. Para Vieira, os centros de saúde possuiriam serviços médicos de finalidades sanitárias, como organismos que atenderiam às necessidades diretas da população: “O que o hospital é para a profissão médica e o prédio escolar para o professor, o centro de saúde é para o sanitarista.”

As informações obtidas sobre as ações no campo da saúde pública em São Paulo mostram que, apesar da forte presença de serviços voltados para o tratamento e a profilaxia de doenças específicas, os centros de saúde ocuparam um importante lugar na organização dos serviços estaduais de saúde. A reforma dos serviços de saúde pública do estado de São Paulo em 1938 (Estado de São Paulo, 1938), ocorrida durante a gestão de Ademar Pereira de Barros — interventor do estado, antigo membro do PRP, agora ligado a Vargas — incentivou a formação de uma rede de serviços gerais de saúde pública, com o aumento dos gastos nos serviços de centros de saúde.¹⁸ O decreto criou o Departamento de Saúde do Estado, em substituição ao Serviço Sanitário.

O dr. Ademar Pereira de Barros, interventor federal do estado de São Paulo, usando de suas atribuições legais e, considerando a necessidade imediata de atualizar a organização dos serviços de saúde do estado, colocando-os à altura dos modernos métodos científicos e confiando-os a um aparelhamento compatível com as exigências presentes, para melhor e mais completo alcance social; considerando que tal organização se fará, em maior parte, pelo aproveitamento da capacidade produtiva já existente dentro das modernas características funcionais do serviço de saúde, Decreta: Artigo 1 — Fica criado o Departamento de Saúde do Estado, subordinado diretamente à Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública. Parágrafo único — ao Departamento de Saúde, ora criado, se transferem todos os encargos e atribuições do Serviço Sanitário, que fica extinto por este decreto. ... Artigo 3 — O Departamento de Saúde compor-se-á de: Diretoria Geral; Serviço dos Centros de Saúde da Capital; Serviço do Interior do Estado; Serviço de Fiscalização do Serviço Profissional; Serviço do Policiamento da Alimentação Pública; Serviço de Profilaxia da Lepra; Serviço de Profilaxia da Malária; Serviço de Laboratório de Saúde Pública; Serviço de Assistência a Psicopatas; Serviço de Assistência Hospitalar; Parágrafo 2º — Quando o sistema de organização distrital estiver em pleno funcionamento e desenvolvimento, as atividades de determinados serviços, que ora permanecem, passarão a ser executados pelos centros de saúde e postos de higiene.

Não podemos esquecer que a reforma ministerial de 1937 (lei nº 378), que reorganizou os serviços federais de saúde, instituiu nos serviços

sanitários do Distrito Federal o sistema distrital de saúde, em que os centros de saúde e os postos de higiene passaram a constituir as unidades sanitárias de um distrito. No tocante à organização dos serviços estaduais de saúde, ocorrida em 1938, vários estados passaram a adotar o sistema distrital de saúde, além de São Paulo, como Pernambuco, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul.

Este princípio de divisão distrital é mesmo um dos fundamentos da moderna organização sanitária do Brasil, fixado nas reformas aludidas e em outras parciais, que se fizeram especialmente para essa finalidade, em Pernambuco (22.1.1938), Minas Gerais (20.1.1938) e Bahia *sic* (10.6.1938) (Arquivo Capanema *apud* Barros Barreto, 1942, pp. 209-11).

O decreto estadual 9.273, de 28 de junho de 1938, organizou os serviços dos centros de saúde da capital do estado. De acordo com o decreto, caberia aos centros de saúde centralizar em seu distrito sanitário todas as atividades sanitárias compatíveis com sua organização.

O dr. Ademar Pereira de Barros, interventor federal do estado de São Paulo, usando de suas atribuições legais, e considerando o disposto no parágrafo 1 do artigo 3, do decreto 9247, de 17 de junho de 1938. Decreta: Artigo 1 — os serviços dos Centros de Saúde da Capital, dependência imediata da Diretoria Geral do Departamento de Saúde é organizada de forma prevista neste decreto. ... Artigo 4 — A capital será dividida em distritos sanitários, compreendido sempre na totalidade de suas áreas, instalando-se em cada distrito sanitário um Centro de Saúde que será sua unidade sanitária. ... Artigo 9 — O Centro de Saúde visará atrair a população com os seguintes objetivos: de dispensar a doentes tratamento medicamentoso; de uniformizar, sempre que possível, o tratamento de moléstias transmissíveis; de localizar os focos de tais moléstias; de favorecer especialização de serviços; de criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias; de indicar o método prático a observar na educação de higiene em domicílio; de colher, para o serviço de higiene geral, dados sobre morbidade e outros que interessam ao estudo das condições de vida dos agrupamentos humanos. Artigo 10 — o Centro de Saúde terá como finalidade principal a educação sanitária, a imunização contra as moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos suscetível a ser feito em dispensários, a pesquisa deste e de outros focos em geral, o exame médico periódico, a inculcação de hábitos sadios e a melhoria das condições sanitárias em geral (Estado de São Paulo, 1938).

O decreto 9.339, de 18 de julho de 1938, previa gastos de trezentos mil cruzeiros para a construção de 11 centros de saúde na capital. O decreto 9.341, de 20 de julho de 1938, organizou, por sua vez, o Serviço

do Interior do Estado, que passou a ser composto de diretoria com sede na capital e de centros de saúde a serem instalados no interior do estado.

No governo Fernando Costa (1941-45)¹⁹ houve aumento significativo dos centros de saúde em São Paulo. O decreto 12.784, de 24 de junho de 1942, foi responsável pela criação de quase cinquenta centros de saúde em vários municípios paulistas, marcando assim o crescimento desse tipo de serviço no estado (Mascarenhas, 1959, pp. 184-6). Samuel Pessoa — médico chefe do Departamento de Parasitologia do Instituto de Higiene, ex-bolsista da Fundação Rockefeller — ocupava, na época, o cargo de diretor do Departamento de Saúde do Estado.²⁰ Durante o segundo governo de Ademar Pereira de Barros (1947-51) foi criada uma ampla rede distrital de centros de saúde, pelo decreto 18.165 de 22 de junho de 1948.

Os centros de saúde também desempenharam um papel importante na organização sanitária do estado de Minas Gerais. Em 1918, o governo de Minas estabeleceu acordos de cooperação com a Fundação Rockefeller para o combate à ancilostomíase no estado. No ano seguinte, os primeiros postos municipais de saúde foram instalados em alguns municípios mineiros. Em 1922, o governo estadual criou o Serviço Permanente de Higiene Municipal, pelo decreto 6.051. A partir de então, os postos municipais tornaram-se o eixo de toda a organização sanitária do estado.

Na década de 1930, os vários centros de saúde já funcionavam a pleno vapor, procurando solucionar os problemas sanitários do estado. O Regulamento Sanitário estadual, aprovado pelo decreto 8.116, de dezembro de 1927, definia os centros de saúde como organizações sanitárias amplas, “funcionando como órgão diretor de todos os serviços de saúde pública dentro da sua circunscrição” (Agrícola, 1930).

Ernane Agrícola, na época, inspetor dos Centros de Saúde e Profilaxia do estado de Minas Gerais, chamou a atenção para a importância dessas unidades sanitárias para os trabalhos de saúde pública no estado. Para Agrícola, o tipo de organização sanitária que mais convinha à eficiência dos serviços de saúde pública não só em Minas Gerais, mas em todo o Brasil, deveria ser representado pelo centro de saúde. Nas suas palavras,

Os centros de saúde e postos de higiene são unidades sanitárias que correspondem satisfatoriamente às necessidades modernas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos trabalhos de saúde pública. ... Precaríssimas eram as condições de higiene, principalmente no interior, situação já por alguns espíritos investigadores apontada, quando a palavra fascinante e mágica de Miguel Pereira, ... com visão nítida dos nossos males, proferiu a frase angustiosa que teve o prestígio formidável de um brado messiânico. Pela boca do mestre foi focalizado o problema máximo da nacionalidade — a higienização do homem e do

meio em que ele vive. ... Os centros de saúde ou os postos de higiene, tal como se acham organizados em Minas, podem satisfazer aos (problemas) acima expostos.

Objetivos e frentes de atuação: considerações finais

No presente artigo procuramos delinear os contornos mais gerais da reordenação institucional do ensino e da pesquisa científica na área biomédica em São Paulo, durante as décadas de 1920 e 1930. Como vimos, houve, na primeira década, um avanço substancial da saúde pública no estado. A reforma organizacional de 1925, proposta por Paula Sousa, foi importante para a consolidação dos serviços sanitários estaduais e teve um forte impacto sobre o crescimento científico em São Paulo. A partir de então, viu-se o surgimento de uma nova estrutura institucional no Serviço Sanitário, em que os centros de saúde passaram a constituir o eixo de toda a estrutura das atividades de saúde no estado. As medidas sanitárias, nessa fase, contribuíram para o surgimento de um modelo identificado com uma estratégia de atuação que se efetivava por meio de ampla rede de ações sanitárias, em um projeto apoiado e financiado pela Fundação Rockefeller.

Na década seguinte, houve o 'abandono passageiro' do espírito da reforma de 1925. A 'reforma Sales Gomes' imprimiu um novo modelo de organização dos serviços de saúde, procurando desmorrar a herança burocrático-administrativa de Paula Sousa à frente do Serviço Sanitário. Ficou claro, no entanto, o papel multiplicador que os centros de saúde desempenharam, mesmo depois de 'desestruturados'. A desestruturação passageira dos centros, deve-se enfatizar, não significou o fim desse tipo de serviço em São Paulo. Apesar da forte presença de serviços voltados para o tratamento e a profilaxia de doenças específicas, como a lepra e a tuberculose, os centros de saúde ocuparam ainda um importante lugar na organização dos serviços estaduais, especialmente nas áreas rurais. A partir do final da década de 1930, essas unidades sanitárias começaram novamente a ganhar projeção, com sua ampliação para as áreas interioranas do estado.

A nova fase de expansão dos centros de saúde ocorreu em um momento no qual as atividades da Fundação Rockefeller, no Brasil e na América Latina em geral, já não estavam totalmente voltadas para o incentivo à saúde pública. Após 1930, a Fundação Rockefeller passou a direcionar suas ações para a área do ensino médico e científico. Uma das prioridades da fundação foi, então, a concessão de bolsas de estudos para que latino-americanos fossem estudar nas universidades dos Estados Unidos, nas áreas de ciências naturais. O Brasil foi um dos países que mais se beneficiou desse tipo de cooperação.

Do ponto de vista das influências exercidas, a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil e em especial em São Paulo foi importante não só para o desenvolvimento dos serviços médico-sanitários e científicos,

mas também no tocante à educação médica. Naqueles anos de intensas atividades, a Fundação Rockefeller desdobrou-se em duas frentes: em primeiro lugar, mostrou uma face ‘campanhista’, que foi predominante. As atividades sanitárias, centradas nos primeiros postos de profilaxia em algumas cidades do Sul do país, alcançaram as áreas rurais no Sul e nos estados do Nordeste, sobretudo no combate às chamadas ‘endemias do sertão’, como a ancilostomíase, a malária e a febre amarela. Aplicou-se o modelo ‘campanhista’, no seu sentido mais abrangente. O aprofundamento desse modelo ocorreu em função da crescente intervenção do governo federal na área da saúde pública, particularmente a partir do início dos trabalhos de profilaxia rural, em 1918.

A campanha de febre amarela, inaugurada em 1923 na Bahia, em um programa de cooperação entre o governo federal e a Fundação Rockefeller, e reinaugurada em 1929 em função do recrudescimento da doença na capital federal, seguiu a linha de ação desenvolvida durante a Primeira República. No princípio, os trabalhos abrangeram somente os estados da Bahia e do Ceará. De 1923 a 1929, a Fundação Rockefeller colaborou com seiscentos mil dólares para as atividades de erradicação da febre amarela em outros estados brasileiros.

Os serviços de pesquisa sobre a febre amarela incluíam o preparo de vacinas. Iniciadas na Bahia, as pesquisas de laboratório mais tarde foram transferidas para o Distrito Federal. Localizado em Manguinhos e dirigido por Henry W. Kumm, o Serviço de Estudos e Pesquisas sobre a Febre Amarela atuou durante toda a década, tendo sido transferido para o controle do próprio Instituto de Manguinhos em dezembro de 1949.

A malária também mereceu especial atenção da Fundação Rockefeller. Inaugurada em 1938, organizou-se em todo o país a campanha de combate à malária, dando origem ao Serviço de Malária do Nordeste, mais um grande esforço de combate a uma endemia realizado pelo governo federal e a Fundação Rockefeller. Durante quase 15 anos, o combate envolveu a Rockefeller e o Serviço de Malária do governo brasileiro. Provocada pelo *Anopheles gambiae*, a enfermidade exigiu da Rockefeller a retomada do esforço ‘campanhista’. Os gastos totais com a campanha anti-malárica e com pesquisas sobre a febre amarela no Brasil, custeados pela fundação e cobrindo o período de 1923 a 1949, alcançaram mais de cinco milhões de dólares (RAC, 1939; Cueto, 1994).

Em segundo lugar, a Rockefeller desenvolveu uma frente de apoio à educação médica e à pesquisa científica. Entre 1918 e 1940, a fundação, além de promover campanhas sanitárias, atuou na promoção do ensino médico, que se consolidou no Brasil durante a primeira metade do século XX. A Faculdade de Medicina e Cirurgia e o Instituto de Higiene de São Paulo foram os maiores beneficiários dessa política. São Paulo pôde contar ainda com auxílio técnico e financeiro para a montagem do ensino estadual de enfermagem — o Serviço de Enfermagem da Faculdade de

Higiene e Saúde Pública e a Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Mas a atuação da Fundação Rockefeller não ficou restrita a São Paulo. Outros estados brasileiros também foram beneficiados. No Rio de Janeiro é possível citar dois exemplos de incentivo à educação médica: a Escola de Enfermagem Anna Nery e o Instituto Oswaldo Cruz.²¹ Ainda no terreno do ensino, em 1925, a Rockefeller Fundação estendeu sua ação ao estado da Bahia, custeando a instalação de um laboratório para o Departamento de Higiene e Medicina Legal da faculdade daquele estado.

A atuação da Fundação Rockefeller no Brasil não seguiu um caminho de mão única. Não prevaleceu, entre os brasileiros, a mera importação de ciência e dos padrões profissionais norte-americanos. Pelo contrário, os interesses científicos e políticos da Rockefeller Fundação tiveram que estabelecer concessões claras aos interesses nacionais, sobretudo porque, ao aqui chegar, teve de se confrontar com um país dotado de boa tradição de pesquisa biomédica em centros de investigação do porte de Manguinhos e do Butantan. Ela teve de fazer desses cientistas seus parceiros na definição de objetivos e de planos de ação. E ainda mais, teve de se defrontar com um país em efervescência política, fruto de ideologias nacionalistas. Por último, ela não poderia agir no terreno da saúde como se partisse do zero, pois os aparelhos de Estado no Brasil, principalmente na esfera federal, já revelavam um razoável estágio de intervenção na área da saúde.

NOTAS

¹ Em 1918, somente o Distrito Federal e os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Maranhão receberam auxílio da Fundação Rockefeller para realização de campanhas sanitárias e pesquisas científicas. São Paulo foi o estado brasileiro que recebeu maior apoio financeiro, enquanto Bahia e Pernambuco — com altos índices de contaminação por ancilostomíase, malária e febre amarela — não foram contemplados no orçamento do ano (Faria, 1994).

² Os primeiros contatos estabelecidos entre o governo do estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller ocorreram em 1916, quando foi enviada ao Brasil uma segunda comissão médica da fundação, que percorreu os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, com o objetivo de identificar áreas de atuação, coletar informações sobre as condições favoráveis ao combate das doenças infecciosas, estudar a organização médica, os serviços de saúde pública e os progressos na área da saúde. A comissão entrou em entendimento com as autoridades para dar início a uma campanha de combate à ancilostomíase no estado do Rio de Janeiro e criar uma cadeira de higiene na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Como resultado desse entendimento, instalou-se em São Paulo, em 1918, o Laboratório de Higiene. Em 1918, novos acordos de cooperação foram estabelecidos com o governo paulista para uma campanha de combate à ancilostomíase, instalando-se um primeiro posto experimental em Guarulhos (Castro-Santos, 1993; Faria, 1994; RAC, 1940).

³ Na origem do Instituto de Higiene está o Laboratório de Higiene, fundado em 1918, na capital paulista, por convênio firmado entre o governo do estado, a Faculdade de Medicina e Cirurgia e o International Health Board da Fundação Rockefeller. Emergindo em um período de intensa construção institucional no campo da ciência biomédica, o Instituto de Higiene é um caso bem-sucedido da união de recursos internacionais — a ‘filantropia científica’ norte-americana — e objetivos modernizadores dos aparelhos do Estado brasileiro. O instituto atuou como um instrumento importante na formação de profissionais, a partir da constituição de um saber específico, médico e sanitário. A qualidade do ensino e das pesquisas desenvolvidas na instituição foi fundamental para o desenvolvimento da área biomédica no Brasil e a formação de pesquisadores e técnicos que iriam realizar estudos na Faculdade de Medicina de São Paulo e em outros órgãos estaduais de saúde. Os trabalhos inovadores desses cientistas deixaram sua marca no campo científico nacional. Nos primeiros anos de suas atividades, o Laboratório de Higiene subordinou-se à cadeira de higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Em 1924, foi oficializado pela lei 2.108, recebendo a denominação de Instituto de Higiene de São Paulo. Em 1931, foi

reorganizado pelo decreto 4.955, como Escola de Higiene e Saúde Pública, incorporado à Universidade de São Paulo (USP), pelo decreto 9.279, de 30 de junho de 1938. Finalmente, em 1945, foi transformado em instituto universitário, como Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP (Mascarenhas, 1949; Vasconcellos, 1995; Faria, 1999).

⁴ Antes da criação do Serviço Sanitário Estadual, as atividades sanitárias em São Paulo eram desempenhadas pela Inspetoria de Higiene, repartição organizada durante o Império, em 1884. Marcos de Oliveira Arruda foi nomeado o primeiro inspetor de higiene da província de São Paulo. Em 1892, a inspetoria foi extinta pela lei nº 43, de 18.7.1892. O decreto nº 87, de 29.7.1892, criou o Serviço Sanitário. O primeiro diretor foi Sérgio de Paiva Meira (1892-93). Emílio Ribas assumiu a direção da instituição em 1898, ficando no cargo até 1917, quando assumiu Artur Neiva (1917-20), mais tarde sucedido por Eloy Lessa (30.4-7.5.1920) e José de Arruda Sampaio (1920-22). Em 1922, Paula Sousa tornou-se diretor do Serviço Sanitário, permanecendo até 1927, quando foi substituído por Waldomiro de Oliveira (1927-30). Em 1938, o Serviço Sanitário foi transformado em Departamento de Saúde do Estado de São Paulo (Mascarenhas, 1949).

⁵ Paula Sousa foi um dos principais interlocutores da Fundação Rockefeller na implantação do modelo institucional de organização do ensino e da pesquisa científica no Brasil. Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1913. Foi assistente da cadeira de química da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, entre 1914 e 1917. Em 1915, organizou o laboratório de química da Santa Casa de São Paulo, e em 1916 foi auxiliar de Samuel Taylor Darling no Laboratório de Higiene. Entre 1918 e 1920 especializou-se em saúde pública pela Universidade Johns Hopkins, Baltimore, como bolsista da Fundação Rockefeller. Em 1922, tornou-se professor catedrático da cadeira de higiene da Faculdade de Medicina, assumindo no mesmo ano a direção do Instituto de Higiene até a morte, em 1951. Foi diretor do Serviço Sanitário de São Paulo de 1922 a 1927 e um dos fundadores da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo indicado membro da comissão interina e um de seus vice-presidentes. Em 1943, foi vice-presidente da Associação Americana de Saúde Pública, em Washington, e no ano seguinte assumiu a chefia da Divisão de Controle Epidemiológico da Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas.

⁶ A reforma foi efetivada pelo decreto 3.876, de 11 de julho de 1925, durante o governo Carlos de Campos, e foi importante para a consolidação dos serviços sanitários no estado.

⁷ Outras importantes conquistas de Paula Sousa, no período, foram a oficialização do Instituto de Higiene, em 1924, e a criação do primeiro centro de saúde modelo do país, em 1925.

⁸ Epidemiologista, recebeu da Fundação Rockefeller uma bolsa de estudos em saúde pública na School of Hygiene and Public Health, da Universidade Johns Hopkins. Em 1921, tornou-se assistente da cadeira de higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo e responsável pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto de Higiene. Entre meados de 1927 a meados de 1928, assumiu a direção do Instituto de Higiene. Borges Vieira desempenhou papel preponderante na elucidação da etiologia da febre amarela. Foi o braço direito de Paula Sousa durante todo o período em que trabalharam juntos no instituto (Melo, 1954; RAC, 1922; *Correio Paulistano*, 1924).

⁹ Segundo Merhy (1992), Waldomiro de Oliveira foi um dos principais críticos do modelo de saúde idealizado por Paula Sousa, defendendo a necessidade de se alterar a reforma de 1925.

¹⁰ Foi inspetor do Serviço Sanitário de São Paulo (1912-13), inspetor sanitário da capital (1913-18), inspetor-chefe do Serviço de Profilaxia Geral do estado (1918-25), inspetor-chefe da Inspetoria do Policiamento de Moléstias Infecciosas (1929-35), membro da Comissão de Estudos do Hospital de Isolamento da Capital (1930), diretor-geral do Serviço Sanitário (1930-31), inspetor-chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra (1931), secretário da Educação e da Saúde Pública (1931-32), diretor-geral do Serviço Sanitário (1932-33), secretário da Educação e da Saúde Pública (1937-38), diretor da Seção de Epidemiologia e Profilaxia Geral do Departamento de São Paulo (1939-40), diretor-geral do Departamento de Serviço Social (1939-1940), diretor-geral do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo (1941-42) (Melo, 1954).

¹¹ Até os primeiros anos da década de 1920, a Fundação Rockefeller apoiou, basicamente, pesquisas sobre profilaxia da ancilostomíase e da febre amarela.

¹² Um importante indicador da politização dos temas da saúde durante a década de 1920 foi a criação, durante o governo Artur Bernardes, da Sociedade Brasileira de Higiene, que funcionou como espaço de debates e discussões sobre as questões de higiene e saúde pública em âmbito nacional. Durante todo o período em que esteve atuando, a instituição manteve laços estreitos com o Estado. No primeiro congresso da sociedade, realizado em outubro de 1923, em São Paulo, foram discutidos temas relativos ao saneamento dos estados, aos programas de educação e às questões de organização e administração dos serviços de higiene. Uma reivindicação dos congressistas foi a criação de um Ministério da Saúde Pública que organizasse e centralizasse todos os recursos, programas e serviços de saúde. O congresso contou com a presença de médicos e sanitaristas da missão médica da Fundação Rockefeller. Nele, foram feitas várias críticas, positivas e negativas, aos trabalhos da missão no Brasil (Faria, 1994).

¹³ Os discursos foram feitos por Chagas, em 1923, abrindo o Congresso da SBH, e por Clementino Fraga, na abertura do IV Congresso, em 1928 (Faria, 1994).

¹⁴ João de Barros Barreto foi diretor do Serviço Sanitário no período entre março e julho de 1931. Destacou-se na organização dos congressos de higiene.

¹⁵ A Inspetoria de Higiene dos Municípios foi extinta pelo decreto 4.809, de 31.12.1930, durante a gestão de Sales Gomes no Serviço Sanitário.

¹⁶ É interessante chamar a atenção para o fato de que a reforma de 1925 extinguiu o Instituto Bacteriológico, e que Artur Neiva mostrou-se radicalmente contrário à extinção. No entanto, em 1931, com a reforma Sales Gomes, o instituto voltou a figurar como instituição de pesquisa científica na organização sanitária do estado.

¹⁷ Durante a gestão de Sales Oliveira, ocorreu a estruturação da Universidade de São Paulo (USP), em julho de 1935, incorporando a antiga Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

¹⁸ Ademar de Barros foi interventor entre 1938 e 1941. Aprovou o decreto 9.279, de 1938, que incorporou o Instituto de Higiene, então Escola de Higiene e Saúde Pública, à Universidade de São Paulo (USP), garantindo a autonomia da instituição. Nesse período, Sales Gomes, secretário de Educação e Saúde (21.12.1937 a 23.4.1938), lutou pela unificação dos institutos de pesquisas científicas paulistas, que passariam, de acordo com o seu plano, a constituir uma única instituição de alto nível científico. O projeto de fusão dos institutos visava a atingir principalmente a autonomia do Instituto de Higiene. Com a incorporação à USP, o instituto conseguiu manter sua identidade própria.

¹⁹ Fernando Costa foi responsável pelo decreto-lei 14.857, de 10.7.1945, que transformou o Instituto de Higiene em Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

²⁰ Samuel Pessoa tornou-se auxiliar acadêmico do Instituto de Higiene de São Paulo em 1920. Em 1922, doutor em medicina pela Faculdade de Medicina de São Paulo, recebeu bolsa da Fundação Rockefeller para estudos na área de higiene rural. Em 1923, trabalhou como inspetor sanitário e médico-chefe do posto experimental da Inspetoria de Profilaxia Geral do Serviço Sanitário de São Paulo. Em 1924, tornou-se assistente do Instituto de Higiene e assistente interino de Higiene da Faculdade de Medicina. Foi o primeiro diretor do centro de saúde do Instituto de Higiene, o primeiro Centro de Saúde do país, em 1925. Fez parte da missão para estudos sobre malária, junto à Fundação Rockefeller e ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1931, foi aprovado em concurso para professor catedrático de parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

²¹ Vários pesquisadores de Manguinhos receberam bolsa de estudos para cursos em universidades americanas.

FONTES PRIMÁRIAS

Estado de São Paulo 1938	Leis e decretos do Estado de São Paulo. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado.
Estado de São Paulo 1931	Leis e decretos do Estado de São Paulo. São Paulo, Imprensa Nacional, vol. 1.
Estado de São Paulo 1925	Leis e decretos do Estado de São Paulo. 2ª ed., São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, t. XXXV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrícola, Ernane 1930	'Centros de saúde e postos de higiene no estado de Minas Gerais'. <i>Arquivos de Higiene</i> , ano IV, nº 2.
Alves, Oscar Rodrigues 24. 12. 1924	Palestra transcrita em <i>O Estado de S. Paulo</i> .
Azevedo Sodré, A. A. de 1919	'Discussão do projeto criando o Departamento Nacional de Saúde Pública. Trabalhos parlamentares, discursos e pareceres'. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.
Barros Barreto, João de 1942	'A organização da saúde pública no Brasil'. <i>Arquivos de Higiene</i> , ano XII (2), pp. 169-215.
Benchimol, Jaime L. et al. 1993	<i>Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan</i> . Rio de Janeiro, Editora da UFRJ.
Benchimol, Jaime L. (org.) 1990	<i>Manguinhos do sonho à vida — a ciência na belle époque</i> . Rio de Janeiro, Fiocruz.
Blount, John A. 1971	<i>The public health movement in São Paulo, Brasil: a history of the sanitary service, 1892-1918</i> . Tese de doutoramento, New Orleans, Tulane University.

- Castro-Santos,
Luiz A. de
1993 'A reforma sanitária *pele alto*: o pioneirismo paulista no início do século XX'.
Dados (Revista de Ciências Sociais), vol. 36, nº 3.
- Castro-Santos,
Luiz A. de
jan.-jun. 1989 'A Fundação Rockefeller e o Estado nacional (história e política de uma missão
médica e sanitária no Brasil)'. *Revista Brasileira de Estudos da População*,
vol. 6, nº 1, pp. 105-10.
- Correio Paulistano
19.6.1924 'O combate à febre tifóide.
Medidas lembradas pelo doutor Geraldo de Paula Sousa', p. 2.
- Cueto, Marcos
1994 *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*.
Bloomington/Indianapolis, Indiana University Press.
- Faria, Lina R. de
1999 'O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração
em saúde em São Paulo'. *Physis (Revista de Saúde Coletiva)*, vol. 9, nº 1.
- Faria, Lina R. de
1994 *A fase pioneira da reforma sanitária no Brasil: a atuação da Fundação
Rockefeller (1915-1930)*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social/Uerj.
- Hochman, Gilberto
1998 *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*.
São Paulo, Hucitec/Anpocs.
- Jornal do Commercio
5.10.1925 'Cruzada humanitária: os serviços do Instituto de Higiene'.
- Mascarenhas, Rodolfo
dos Santos
1959 'Contribuição ao estudo da história do ensino de educação sanitária na
Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo'.
Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, vol. 13, nº 1.
- Mascarenhas,
Rodolfo dos Santos
1949 *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*.
Tese de livre-docência, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP.
- Melo, Luís Correia de
1954 *Dicionário de autores paulistas*. s. 1.
- Merhy, Emerson Elias
1992 *A saúde pública como política: um estudo de formadores de políticas*.
São Paulo, Hucitec.
- O Estado de S. Paulo
3.2.1922 'Emprego do óleo de quenopódio?.'
- Paula Sousa, Geraldo
1923 'O estado de São Paulo e alguns dos seus serviços de saúde pública'.
Anais de Medicina e Cirurgia (extrato), vol. XVI, nº 2.
- Paula Sousa, G. H.
1922 'Relatório apresentado ao secretário do Interior, sobre o Serviço Sanitário,
1922'. RAC, Series 305, R. G. 1.1, box 24, folder 142.
- Ribeiro, Maria Alice
1993 *História sem fim... Inventário da saúde pública: São Paulo — 1880-1930*.
São Paulo, Unesp.
- 1940 RAC Rockefeller Archives Center 'Ligeiros dados sobre os 25 anos de atividade
da Fundação Rockefeller no Brasil no período de 1916 a 1941'.
RAC, n. 305. RAC 'Brazil: malaria investigation control'.
- 1939 RAC Series 305. 15/12.
- 1934 RAC RAC Series 305. 15/11.
- 1928 RAC *Biography Files*, 22/03.
- 1927 RAC RAC Series 305, 06/07.

- 1925 RAC *RAC Series 305*, 19/01.
- 1922 RAC 'Instituto de Higiene, Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo'.
Annual Report, January 1st, December 31st. *RAC Series 1.1*, box 24, folder 142.
- 1920a RAC *Rac Series 305*.
Hackett 11/02.
- 1920b RAC *RAC Series 305*.
Heiser. 11/02.
- 1920c RAC *RAC Series 305*. 28/06.
- 1917 RAC *Series 305*. 24/04.
- Rose, Wickliffe
nov. 1994-
fev. 1995 'Public health situation and work of the International Health Board in Brazil'.
História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. I(2), pp. 117-28.
- Schwartzman, Simon
1979 *Formação da comunidade científica no Brasil*.
São Paulo/Rio de Janeiro, Editora Nacional/Finep.
- Stepan, Nancy
1976 *Begginnings of Brazilian science: Oswaldo Cruz, medical research and policy, 1890-1920*. Nova York, Science History Publications.
- Vasconcellos,
Maria da Penha C. (org.)
1995 *Memórias da saúde pública: a fotografia como testemunha*.
São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco.
- Vieira, Francisco Borges
1935 'São Paulo — plano de reorganização dos serviços sanitários'.
Arquivos de Higiene, ano V, nº 1.
- Yunes, João *et al.*
1984 'O papel da Faculdade de Saúde Pública na formação de recursos humanos para a saúde'. *Revista de Saúde Pública*, vol. 18 (número especial), pp. 61-6.

Recebido para publicação em março de 2001.

Aprovado para publicação em março de 2002.