

A POLÍTICA DE SAÚDE NA BAHIA (1925-1930)

Nildo Batista Mascarenhas^a

Lívia Angeli Silva^b

Resumo

Na década de 1920, a Bahia teve sua política de saúde reformulada e, por meio dessa reforma, o governo estadual organizou as ações de saúde pública em todo o estado. Com isso, o objetivo desta pesquisa foi descrever as características da política de saúde baiana no período entre 1925 e 1930. Os dados foram coletados em quatro acervos documentais e se constituíram de diferentes fontes históricas. Os resultados apontam que a implantação da política estadual de saúde em 1925 foi induzida pelo governo federal e sua base ideológica foi o higienismo. O foco dessa política de saúde era a educação sanitária e o controle das doenças infectocontagiosas prevalentes em diferentes espaços geográficos da sociedade baiana. Entre 1925 e 1929, realizaram-se modificações na legislação sanitária e na organização das ações e serviços de saúde pública no estado; contudo, com o golpe de Estado de 1930, a política de saúde foi reformulada, demarcando o declínio do projeto de reforma sanitária elaborado pela elite médica higienista brasileira. Conclui-se que a política de saúde baiana, no período de 1925 a 1930, ampliou formalmente o escopo de ações do Estado no território baiano. Entretanto, após outubro de 1930, essa política foi modificada e adequada às novas diretrizes do governo federal.

Palavras-chave: Política de saúde. Saúde pública. História da saúde pública.

HEALTH POLICIES IN BAHIA (1925-1930)

Abstract

In the 1920s, Bahia had its health policy reformulated and the state government organized public health measures throughout the state. This study thus describes the characteristics of Bahian health policies in the period 1925-1930. The data were collected from four documentary collections and were made with use of different historical sources. The results indicate that the implementation of the state health policy in 1925 was induced by the federal government and its ideological base was hygienism. The focus of this health policy was health education and the control of infectious diseases prevalent in different geographic spaces of Bahia. Between 1925 and 1929, changes were made in health legislation and in the organization of public health actions and services in the state; however, with the 1930 coup, health policies were reformulated, marking the decline of the sanitary reform project developed by the Brazilian medical hygienist elite. The health policies in 1925-1930 Bahia were shown to formally increase the scope of state actions in the state. However, after October 1930, this policy was modified and adapted to the new guidelines of the federal government.

Keywords: Health policy. Public Health. Public health history.

LA POLÍTICA DE SALUD EN BAHÍA (1925-1930)

Resumen

En la década de 1920, Bahía reformuló su política de salud, que permitió que el gobierno estadual organizara las acciones de salud pública en todo el estado. Ante esto, el objetivo de esta investigación fue describir las características de la política de salud bahiana, en el período entre 1925 y 1930. Los datos se recopilaron de cuatro acervos documentales y se constituyeron de diferentes fuentes históricas. Los resultados apuntan que la implantación de la política estadual de salud en 1925 fue inducida por el gobierno federal y su base ideológica fue el higienismo. El foco de esta política de salud era la educación sanitaria y el control de las enfermedades infectocontagiosas prevalentes en diferentes espacios geográficos de la sociedad bahiana. Entre 1925 y 1929, se realizaron modificaciones en la legislación sanitaria y en la organización de las acciones y servicios de salud pública en el estado; sin embargo, con el golpe de Estado de 1930, la política de salud se reformuló, demarcando el declive del proyecto de reforma sanitaria elaborado por la elite médica higienista brasileña. Se concluye que la política de salud bahiana, en el período 1925-1930, amplió

formalmente el alcance de acciones del Estado en el territorio bahiano. Sin embargo, después de octubre de 1930, esa política fue modificada y adecuada a las nuevas directrices del gobierno federal.

Palabras clave: Política de salud. Salud pública. Historia de la salud pública.

INTRODUÇÃO

Os anos 1920 são considerados por alguns autores como um marco para as políticas de saúde no Brasil, uma vez que nessa década a saúde foi considerada um bem coletivo e/ou público¹, ou, ainda, foi transformada em uma questão social². Segundo o sociólogo Gilberto Hochman³, nessa década existiram oportunidades políticas que possibilitaram ao Estado implementar as primeiras políticas de saúde de escopo nacional e realizar uma ampla Reforma Sanitária.

Em linhas gerais, a Reforma Sanitária ocorrida nos anos 1920 foi uma modernização institucional que pretendeu reestruturar as bases burocrático-administrativas do setor da saúde e reorganizar os serviços e as práticas de *saúde pública*^c em âmbito nacional. Essa reforma ampliou a responsabilidade do Estado pelos problemas de saúde da coletividade e teve como um dos principais resultados a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)³.

Criado em 2 de janeiro de 1920, o DNSP materializou parte das propostas da elite médica higienista para o campo da saúde pública brasileira e emergiu formalmente como um aparelho institucional complexo de dimensões nacionais e cuja finalidade era centralizar o comando das intervenções no setor saúde, uniformizar as ações de higiene e saúde pública, além de ampliar a presença do Estado no território nacional³.

O espaço de intervenção do DNSP englobava predominantemente os domicílios, as indústrias, os estabelecimentos comerciais e os serviços de saúde da capital federal. Contudo, o DNSP também poderia atuar em outros estados do território nacional, por meio de acordos estabelecidos entre o departamento e os governos estaduais e municipais, com vistas a implementar ações de higiene pública, tais como a profilaxia rural e a prevenção e/ou combate de endemias nas cidades e nas zonas rurais do interior do Brasil^{4,5}.

^c Compreende-se “saúde pública” como uma política governamental e expressão de um modelo tecnoassistencial. Este último expressa um projeto de política organicamente articulado a determinadas forças sociais, que atuam nas arenas políticas decisórias, e está associado às alternativas históricas e à relação entre o Estado e as classes sociais⁴. Nesse sentido, o modelo tecnoassistencial dos anos 1920 concebia a saúde pública como um conjunto de ações voltadas às coletividades pobres, tendo como espaço privilegiado para a operacionalização de ações estatais de saúde pública os domicílios e as comunidades.

Nesse contexto, alguns estados brasileiros fizeram acordos com o DNSP para operacionalizar ações de higiene pública voltadas ao combate de doenças infecciosas prevalentes. Um desses estados foi a Bahia, que mesmo com um cenário político-econômico fragmentado e dominado pelas oligarquias regionais, na década de 1920 operou medidas da reforma sanitária induzida pelo governo federal, teve sua política de saúde pública reformulada e estabeleceu acordos com a União, via DNSP, para organizar as ações de saúde pública no interior do estado, inclusive em territórios dominados por coronéis e poderosas oligarquias⁶.

Com isso, a implantação da política nacional de saúde nos anos 1920 afetou a organização da saúde pública baiana e induziu a uma modernização institucional que iniciou após a criação da Subsecretaria da Saúde e Assistência Pública (SSAP), estrutura que substituiu a Diretoria-Geral de Saúde Pública, e a publicação do primeiro Código Sanitário estadual, ambos em 1925, além de possibilitar melhor aparelhamento institucional e progresso na legislação em saúde⁶⁻⁸.

Destaca-se que em 21 de julho de 1927, por meio da Lei nº 1.993, criou-se a Secretaria da Saúde e Assistência Pública, em substituição à subsecretaria existente, sendo que essa foi uma iniciativa pioneira no país e tratou-se de um arranjo institucional idealizado pelo DNSP, testado na Bahia para posterior difusão para os outros estados. Ou seja, nos anos 1920, a Bahia foi afetada pela política nacional de saúde e escolhida para ser um caso exemplar da intervenção federal no interior do Brasil⁶.

Considerando, assim, a implantação da política de saúde baiana nos anos 1920 como um fato que merece ser explicado historicamente e que a década de 1920 “é uma das mais importantes do ponto de vista da história econômica, política e cultural brasileira, e mesmo mundial”, pois “é um período de transição, de grande efervescência, que tem paralelos interessantes com o que acontece hoje”^{9:3}, este estudo tem como questão de pesquisa: quais as características da política de saúde pública baiana entre 1925 e 1930? Para responder a essa pergunta, definiu-se como objetivo descrever as características da política de saúde pública baiana no período 1925-1930.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza histórica. A escolha da história para construir essa investigação pautou-se na convicção de que ela explica as ações humanas no tempo e auxilia homens e mulheres a compreenderem o passado, a elucidarem o presente e a criarem perspectivas para o futuro¹⁰⁻¹¹. A baliza cronológica inicia em 2 de agosto 1925 e encerra em 5 de novembro de 1930. A primeira demarca a publicação da Lei nº 1.811, que criou a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, enquanto a segunda corresponde à publicação do

Decreto nº 7.068, que além de restabelecer a Diretoria-Geral de Saúde Pública – extinta após a criação da SSAP, em 1925 –, demarcou o declínio do projeto de Reforma Sanitária elaborado nos anos 1920.

A coleta de dados ocorreu no Arquivo Público do Estado da Bahia, na Biblioteca Pública do Estado da Bahia, na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto Magalhães Netto (EESP, atual Escola de Saúde Pública da Bahia) e na Biblioteca Universitária de Saúde Professor Álvaro Rubim de Pinho, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Além da pesquisa nesses acervos, realizou-se também uma busca assistemática em plataformas virtuais de pesquisa, a exemplo do Google Acadêmico e da Biblioteca Virtual em Saúde, como também no site da *Revista Baiana de Saúde Pública* e da *Revista Baiana de Enfermagem*.

No transcorrer dessa etapa, construiu-se um corpus documental cuja finalidade foi organizar e agrupar as evidências históricas. Esse corpus compôs-se por diferentes tipos de fontes históricas: documentos oficiais (leis, decretos, relatórios de gestão, comunicações internas, regimentos e outras informações de interesse contidas no *Diário Oficial do Estado*); discursos escritos de agentes envolvidos com a formulação e a implantação da política de saúde; e trabalhos acadêmicos relacionados ao objeto de estudo (livros, capítulos de livros, artigos científicos, teses de doutorado, dissertações de mestrado e trabalhos de conclusão de curso de graduação).

Ressalta-se que durante a coleta dos dados, utilizou-se um diário de campo para anotar reflexões e questionamentos que emergiram no momento da investigação do objeto de pesquisa. O conteúdo do diário foi incorporado à análise das evidências históricas e permitiu resgatar interpretações dos documentos que auxiliaram a construção da síntese final.

A análise dos dados teve como eixo norteador o conceito de “política de saúde” elaborado por Paim¹², que a concebe como produto histórico das relações estabelecidas entre a sociedade e o Estado, resultando de decisões ou de não decisões deste. Ao intervir em necessidades humanas e/ou seus determinantes socioambientais, a política de saúde produz efeitos econômicos, políticos e ideológicos. Sendo assim, para o estudo de uma política de saúde, deve-se empreender uma “análise da estrutura social em um determinado período histórico ou conjuntura, particularmente a natureza e as funções do Estado nas suas relações com as classes e grupos sociais”^{12:285}.

A essa compreensão, somou-se a noção de análise política em saúde com foco no processo político, que considera as relações de poder dentro e fora das instituições, além da produção de fatos e sua relação com a saúde¹³. Portanto, a análise foi sistematizada em

dois blocos, sendo o primeiro de análise do contexto, no qual se desenvolveu a formulação e implementação da política de saúde baiana entre 1925 e 1930, e o segundo de análise do conteúdo dessa política e das mudanças institucionais e na práxis em saúde naquele período.

RESULTADOS

Para compreender a implantação da política de saúde na Bahia nos anos 1920, cabe conhecer o contexto político-econômico dessa década. Assim, em relação ao sistema econômico baiano nos anos 1920, este era agrário-exportador e pautado em forças produtivas pouco desenvolvidas, bem como na produção de diferentes mercadorias – matérias-primas, especificamente –, o que diferia do Centro-Sul, onde o café era a mercadoria base do sistema econômico. Nesse momento, o fumo e o cacau foram as mercadorias que mais contribuíram com a balança comercial baiana, seguidos pelo café e pelo açúcar¹⁴⁻¹⁵.

Apesar de ser a principal fonte de receita do estado, “o comércio de exportações sofria limitações decorrentes da sua dependência estrutural em relação a firmas e capitais estrangeiros”, situação reforçada “pela crescente subordinação da Bahia aos estados líderes da Federação, com grave prejuízo do seu equilíbrio orçamentário”^{14:35p}. Com efeito, a fragmentação da produção e a dependência/subordinação da economia baiana ao capital estrangeiro e aos entes federativos economicamente predominantes inibia o desenvolvimento econômico do estado, estancava qualquer tentativa de mudança na estrutura social e refletia no *modus operandi* do estado baiano.

No plano político, tinha-se uma elite conservadora, composta majoritariamente por membros das oligarquias regionais. Essa elite política era pouco coesa e, em razão disso, seus membros defendiam interesses distintos e particulares, resultando “na debilidade e conseqüente instabilidade das instituições, permitindo que a competição política se revestisse de uma feição tumultuada e cruenta”^{14:46}. Essa mesma autora¹⁶ elucida que na Primeira República, as mudanças pontuais ocorridas no sistema político baiano “não resultaram de choques de interesses antagônicos, pois tanto a situação quanto a oposição representavam interesses oligárquicos”, mas do “alto grau de competição no interior do pequeno universo das elites”, sendo que “à competição seguia-se um processo de acomodação, que geralmente terminava em acordos e rearticulações”^{16:52-3}.

Com relação à organização social, na década de 1920 a maior parte da população era analfabeta (81,6% em 1920), vivia em precárias condições de vida e encontrava-se na zona rural, trabalhando em condições semisservi. Além dessa camada da população, existia uma classe intermediária e a burguesia agrocomercial: a primeira correspondia a 20% da população

e de “forma global (...) tinha postura ideológica e visão política ‘tradicional’, conservadora”; a segunda ocupava o topo da pirâmide social, e seus membros, além de terem “acesso natural às fontes de riqueza e aos corredores do poder”, apoiavam-se solidamente no latifúndio, “dominavam o aparelho do estado” e interviam “diretamente no processo de decisão política”^{14:40-1}.

Como se observa, o estado baiano era um instrumento de dominação da elite político-econômica e legitimava os interesses das oligarquias regionais, mesmo quando esses não eram homogêneos. Somado a isso, o poder político estatal era utilizado para manter o *status quo* do sistema econômico e dos oligarcas, reforçando esse poder em território baiano e submetendo a capacidade regulatória do estado aos seus interesses pessoais.

Diante do exposto, questiona-se: o que propiciou uma modernização institucional do setor da saúde na década de 1920 e a implementação de ações de saúde pública no interior do estado, inclusive em territórios dominados por oligarcas? A resposta dessa pergunta situa-se no plano político, já que na década de 1920 não houve alteração no padrão de acumulação da economia baiana que permitisse ao estado investir numa modernização institucional – pelo contrário, nesse período as receitas geradas pelo sistema econômico baiano eram insuficientes para custear as despesas do estado baiano, como explicita Sampaio¹⁴.

O principal elemento do contexto político baiano que propiciou o início da reforma sanitária no estado foi a eleição de Francisco Marques de Góes Calmon para o cargo de governador da Bahia (1924-1928). Como chefe do poder executivo estadual, Góes Calmon obteve maior coesão política, permitindo que ideias reformistas adentrassem o aparelho de estado, além de melhor manipulação e centralização do poder. Factualmente, essa coesão política foi obtida após a fundação do segundo Partido Republicano da Bahia (PRB), ocorrida em 1927, que permitiu ao governador estabelecer no estado “a atuação de um partido único (o PRB, grifo nosso)” e, assim, garantir “a acomodação entre as três (*principais*, grifo nosso) facções” políticas estaduais. Como resultado, houve o amortecimento temporário das crises internas da elite política local, apaziguando-se os ânimos entre os três principais grupos políticos baianos (calmonistas, seabristas e mangabeiristas), melhorando o “(...) equilíbrio do poder entre o litoral e o interior”, e criando um “espírito de colaboração, no plano político-administrativo”^{14:205}.

Nesse íterim, “quando a vida política se encaminhava para uma acomodação interna, os diversos setores econômico-administrativos do estado foram cuidadosamente regulamentados”, sendo que o governador procurou resolver os graves problemas que afligiam a Bahia “através de uma série de leis que estabeleceram, no estado, o imposto territorial, a reforma da instrução pública, a polícia de carreira (...) a construção de estradas”,

que rompiam o isolamento geoeconômico das regiões do estado, “além da especial atenção dada ao problema sanitário”^{14:207-8}.

Contudo, essas medidas “não se tratavam (sic) de um *boom* progressista, mas da ordenação do desenvolvimento do estado, fruto da mentalidade empresarial-conservadora do chefe do executivo”^{14:207}. O conservadorismo continuava dominante e, conseqüentemente, repugnava-se qualquer tentativa de inovação, principalmente na esfera social. Não por acaso, embora o governo Góes Calmon tenha lançado sementes significativas para o desenvolvimento do estado, as medidas que ameaçavam alterar o campo social se atrofiaram, enquanto aquelas voltadas ao atendimento dos interesses político-econômicos deram frutos imediatos e abundantes¹⁴. A ampliação territorial e do escopo das ações de saúde pública são elementos desse contexto que permitem corroborar com essa constatação. Veja-se o porquê disso.

No período anterior à Proclamação da República, a intervenção estatal no âmbito da saúde era pontual e restringia-se aos momentos de calamidade – epidemias e cataclismos naturais, por exemplo. Esse padrão começou a ser modificado na passagem do século XIX para o século XX, dado que o Estado interveio crescentemente no espaço urbano e na vida da população. Isso porque as condições insalubres das cidades brasileiras e as constantes epidemias que assolavam os principais centros urbanos desorganizavam a produção e a circulação de mercadorias, inviabilizando o desenvolvimento das atividades comerciais¹⁷⁻¹⁸.

Essa situação evidenciou a necessidade de intervir nos centros comerciais e na vida da população, de modo a enquadrá-los aos padrões sanitários aceitáveis para o desenvolvimento econômico. Não por acaso, nos primeiros vinte anos do século XX registraram-se “grandes intervenções na estrutura e infraestrutura urbana, que passaram a fazer parte do projeto político das elites brasileiras”^{18:43}.

Nos primeiros vinte anos do século XX, o principal núcleo urbano e econômico baiano – Salvador – era o cenário ideal para a propagação de doenças:

Salvador era uma cidade enferma, com taxas de morbidade e mortalidade muito elevadas. Doenças como a disenteria, a difteria, a febre tifoide, o beribéri, a febre amarela, a peste, a malária, a varíola, a gripe e a tuberculose, entre outras, acometiam os soteropolitanos com frequência, assumindo caráter quase endêmico [...].

Por toda área urbana e periférica da cidade, abundavam lagoas, córregos, charcos, valas, brejos [...] cujas margens mal drenadas, de vegetação vigorosa e cheias de lixo e dejetos, eram o *habitat* de fauna variada, inclusive de transmissores de enfermidades diversas.

A falta de um sistema de esgotamento sanitário eficiente permitia que as águas servida e pluvial, assim como os detritos domésticos, fossem escoadas de maneira inadequada, geralmente a céu aberto, contaminando o solo, as águas e os alimentos. O lixo doméstico e outros resíduos também se acumulavam nas ruas, nos terrenos baldios, nos pátios e nos quintais. Para completar o quadro de insalubridade, o sistema de distribuição de água era insuficiente e de qualidade duvidosa – os barris de água distribuídos nas portas por aguadeiros eram abastecidos nas mesmas fontes em que as pessoas se banhavam, animais matavam a sede e lavadeiras lavavam a roupa.

Muitas famílias disputavam espaço em cubículos arruinados, mal arejados, úmidos, escuros, situados em becos e ruelas que careciam de limpeza e pavimentação, bem como de serviço regular de luz, água e esgoto.^{18:52}

Além das precárias condições de moradia e da insalubridade do espaço urbano, os indivíduos das camadas economicamente desfavorecidas da população baiana “trabalhavam em excesso”, “eram pessimamente remunerados” e a maior parte desta era “analfabeta e enfrentava problemas com o alcoolismo”^{18:51}.

O contexto de precariedade das condições de vida da população soteropolitana não era ignorado por frações da elite política dominante – pelo contrário, essas consideravam as epidemias de doenças infectocontagiosas um fator de atraso, refletindo negativamente na economia estadual e na capacidade produtiva dos/as trabalhadores/as, além de afugentar investidores e comerciantes estrangeiros¹⁷. Ademais, essas frações da elite política baiana “começavam a perceber que em um centro populoso como Salvador, dotado de um porto de complexas e diversificadas conexões, as doenças que ali circulavam atingiam tanto os pobres quanto os ricos”^{18:57}, fato que ensejava a necessidade de implementar medidas que sanassem os problemas de saúde pública de maneira ampla, compulsória, permanente e coletiva.

A despeito disso, “a percepção da interdependência social por parte das elites baianas não era motor suficiente para transformar a realidade e promover mudanças efetivas nos serviços sanitários do estado, capazes de atingir a população como um todo”^{18:57}. Lembrando: o território baiano era controlado por oligarquias regionais ideologicamente conservadoras e que utilizavam o poder político estatal para manter o *status quo* da estrutura social e estacar as iniciativas de mudanças que fossem contrárias aos seus interesses privados.

Deve-se considerar também que “salvo nos estados política e economicamente fortes, como Rio de Janeiro (...) e São Paulo (...) poucos eram os que possuíam recursos materiais e financeiros para implantar políticas de saúde pública realmente eficazes”^{18:57}. No particular,

a situação financeira do estado e dos municípios baianos não favorecia a implementação de ações de saúde abrangentes, permanentes e eficazes.

Desse modo, nos primeiros 20 anos do século XX “(...) o governo estadual ainda concentrava suas forças no combate às epidemias de doenças transmissíveis que assolavam Salvador e influenciavam negativamente a economia local”, privilegiando “(...) ações que ainda se restringiam ao âmbito da capital do estado e suas cercanias”^{18:70}. Embora em 1916 tenha ocorrido a centralização dos serviços estaduais na Diretoria-Geral de Saúde Pública da Bahia (DGSPB), apenas em 1925 é que se observa maior presença do estado baiano no campo da saúde pública¹⁷.

DISCUSSÃO

O ano de 1925 é um marco institucional para a saúde pública baiana, pois foi nesse ano que Góes Calmon “deu o primeiro passo em direção à unificação dos serviços de saúde na Bahia ao substituir a DGSPB pela Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública”. Essa decisão do governador, além de propiciar maior eficiência à intervenção estatal no campo da saúde pública, visava a eliminar a sobreposição de responsabilidades e a fragmentação da gestão da saúde na Bahia, que naquele momento estava sob a responsabilidade de três órgãos: “a DGSPB, a Diretoria de Higiene e Assistência Municipal e o Serviço Federal de Saneamento (encarregado da profilaxia da lepra e de doenças venéreas, da higiene infantil, da Liga Antituberculose e de fiscalizar as ações da Fundação Rockefeller)”^{18:62}.

A SSAP foi criada por meio da Lei nº 1.811, de 29 de julho de 1925, e emergiu no cenário baiano formalmente como um órgão essencialmente técnico e responsável por todos os serviços de saúde pública no estado da Bahia¹⁹. Essas características eram compatíveis com os interesses dos formuladores da política nacional de saúde nos anos 1920, pois estes concebiam que os serviços sanitários estaduais deveriam ser exclusivamente técnicos, garantindo “a prevalência da ciência contra os interesses políticos, alvo de críticas do movimento sanitário (dos anos 1920, grifo nosso)”^{3:77}.

O campo de ação da SSAP extrapolava formalmente a capital baiana e englobava uma vasta gama de ações, inclusive algumas que não eram assumidas pelo estado antes da década de 1920¹⁹. No interior, as ações e os serviços de saúde foram operacionalizados predominantemente com recursos técnico-financeiros da União e da Fundação Rockefeller⁶, que firmaram convênios com o governo estadual e responsabilizaram-se “(...) pelo serviço de Saneamento Rural, Prophylaxia da Syphilis e Doenças Venereas, Hygiene Infantil e Prophylaxia

da Tuberculose”^{19:9} até que o governo estadual tivesse condições de assumir a execução desses serviços. As ações sob a responsabilidade da SSAP eram as seguintes:

- Educação sanitária da população.
- Profilaxia de doenças infectocontagiosas.
- Organização das informações em saúde do estado.
- Construção de pesquisas no campo da saúde pública.
- Comando da saúde pública e a fiscalização da assistência à saúde privada.
- Preparo de soros, vacinas e outros produtos destinados ao combate de doenças transmissíveis.
- Fiscalização do exercício profissional da medicina, farmácia, obstetrícia, odontologia.
- Adoção de medidas punitivas para o cumprimento dos dispositivos da lei.
- Inspeção e fiscalização de edificações públicas ou privadas, como domicílios, fábricas, estabelecimentos comerciais e escolas.
- Superintendência técnica das obras de engenharia sanitária nas zonas rurais e dos serviços de água, esgotos e lixo da capital e dos centros urbanos do interior.
- Vigilância sanitária de medicamentos e alimentos, que incluía a fiscalização de todo ciclo produtivo dessas mercadorias (produção, distribuição, armazenamento, comercialização e consumo)^{19:sp}.

Como se observa no discurso institucional oficial, a criação da SSAP almejou centralizar o comando da saúde pública estadual, ampliar a intervenção do estado sobre a saúde da população e uniformizar as ações de saúde pública. Na perspectiva do *subsecretário da saúde e assistência pública*^{4b} a conformação da SSAP representou uma “completa e radical transformação, de modo a ficar melhor aparelhada para o desempenho de suas funções”, e rompeu com a “franca estagnação” da DGSPB, que deixava a organização sanitária estadual alheia “(...) por completo dos progressos da technica sanitaria de nossos dias”^{20:1-2}. O subsecretário comenta, ainda, que no período de 1917 a 1925, embora a “sciencia sanitaria” tenha evoluído “(...) sensivelmente em seus preceitos” e aperfeiçoado “consideravelmente os seus methodos”, a “repartição de Saúde Publica da Bahia” não modificou seus “processos de administração” nem “os methodos de technica sanitaria de que se utilizava”, fazendo que suas

^d O gestor escolhido por Góes Calmon para administrar a SSAP foi o médico Antônio Luís Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto, “então professor da Faculdade de Medicina da Bahia e diretor do Serviço de Profilaxia Rural na Bahia”^{18:62}.

ações não se orientassem “pelos novos princípios da administração sanitaria já consagrados pela pratica”^{20:2}.

Com efeito, no início do governo Góes Calmon, em março de 1924, a organização da saúde pública baiana era “vasada em moldes antiquados” e “desprovida de legislação technica apropriada”. Com a criação da SSAP e a extinção da DGSPB, o aparelho do estado da saúde passou a atender “(...) mais de perto as exigencias technicas da moderna hygiene” e ter “completa independencia administrativa e financeira”, o que permitia ao gestor da saúde implantar rápida e eficazmente “as medidas que lhe cabe adoptar na salvaguarda da saúde do povo e no zêlo pelo bem estar da collectividade”^{20:2-3}.

Nesse sentido, a criação da SSAP também buscava romper com a intervenção pontual do estado nos problemas de saúde da população, como ocorria nos tempos da DGSPB, e modernizar o arcabouço institucional, adequando-a aos avanços da ciência sanitária. Observa-se, ainda, que o conjunto de ações sob a responsabilidade da SSAP possibilitava ao estado enquadrar em uma única repartição os instrumentos capazes de eliminar ou controlar os entraves sanitários que limitavam a expansão da base material da sociedade baiana, além de garantir a regulação do espaço urbano e o controle social, o que convergia com o projeto de saúde pública da elite médica higienista brasileira.

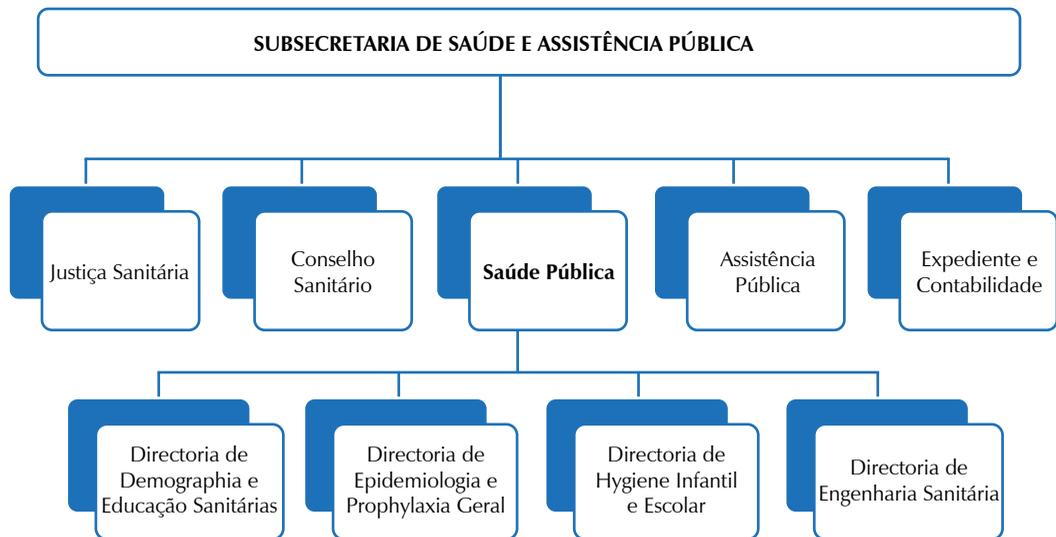
Sobre o conteúdo da lei que instituiu a SSAP, infere-se que este era semelhante ao decreto que criou o DNSP^c, principalmente no que tange aos objetivos das repartições públicas e às suas estruturas formais. Essa semelhança não significa que houve uma transposição *ipsis litteris* da legislação federal na Bahia, mas que a criação da SSAP foi um produto da implantação da Reforma Sanitária capitaneada por membros da elite médica higienista brasileira, em âmbito nacional, e que engendrou um processo de modernização institucional da saúde pública baiana.

Destaca-se que nos anos 1920, a elite médica higienista brasileira considerava que “(...) as condições de saúde de um indivíduo não eram um assunto privado, muito menos um *direito natural*, como a liberdade individual”, fazendo que o Estado devesse “(...) intervir sobre a liberdade do indivíduo e sua propriedade para proteger a comunidade”^{3:84}. Ou seja, a doença transmissível era um problema político e demandava do Estado maior interferência na vida das pessoas para combater as doenças e promover o saneamento do Brasil. Para isso, “a solução para o problema seria uma reforma que possibilitasse a unificação e centralização das políticas de saúde e saneamento nas mãos do Governo Federal”^{3:79}, o que se concretizou com a criação do DNSP.

^c Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920.

Com relação à estrutura formal da SSAP, esta era composta por cinco seções, sendo que a seção de Saúde Pública concentrava o maior número de diretorias (**Figura 1**) e tinha como escopo de atuação a estatística médica, a análise de condições sanitárias e a implementação das ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis.

Figura 1 – Organograma resumido da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública – 1925



Fonte: Elaboração própria.

No âmbito da seção de Saúde Pública, a Directoria de Epidemiologia e Prophylaxia Geral era supervisionada diretamente pelo subsecretario de saúde e assistência pública e tinha o maior número de serviços vinculados, a saber: Serviço de Enfermeiras Sanitárias; Delegacias de Saúde; Hospital de Isolamento; Serviço Médico da Hospedaria dos Imigrantes; Instituto Oswaldo Cruz; profilaxia da sífilis e doenças venéreas; profilaxia da tuberculose; postos municipais de higiene; postos de saneamento rural; higiene industrial; e luta contra animais transmissores¹⁹.

Considerando a amplitude das ações e a relação da Directoria de Epidemiologia e Prophylaxia Geral com o gestor da saúde, depreende-se que essa subseção era estratégica para o controle das doenças infectocontagiosas prevalentes e para a Reforma Sanitária projetada pelos formuladores da política estadual de saúde. Isso porque essa diretoria concentrava os principais serviços de saúde – municipais e estaduais – destinados ao controle de doenças transmissíveis e era tecnicamente orientada para quebrar a cadeia de transmissão das doenças prevalentes

e preveni-las em diferentes espaços geográficos da sociedade baiana, particularmente nos domicílios, nas escolas e nas fábricas, sendo que suas ações eram complementadas pelas das demais diretorias da seção de Saúde Pública¹⁹.

Retomando a análise do conteúdo da Lei nº 1.811/1925, nota-se que esta estabeleceu as novas bases burocrático-administrativas da saúde pública baiana, embora os formuladores da política estadual de saúde a considerassem genérica, dado que o seu conteúdo não traduzia minuciosamente as mudanças almejadas por eles: “quando, em julho de 1925, mereceu sancção a lei que reorganizou os serviços sanitários do Estado, ainda se regiam elles pelos dispositivos legais do acto n. 1.231 de 1917, os quaes delineavam a organização administrativa da repartição então reformada” e “pouco, ou quasi nada” estabelecia “as directrizes scientificas que deviam ser adoptadas”^{20:2}.

O detalhamento da Lei nº 1.811/1925 ocorreu com a publicação do primeiro Código Sanitário Estadual, em 20 de novembro de 1925. Esse documento foi elaborado segundo o Código Sanitário Federal de 1923²¹ e, além de regulamentar os dispositivos da Lei nº 1.811/1925, era o “estatuto científico” da nova organização sanitária da Bahia. Nas palavras do subsecretario da saúde e assistência pública,

contando, com os regulamentos annexos, para mais de 2.500 artigos, o Codigo Sanitario, além de detalhar todas as minucias de ordem administrativa da nova organização, encerra as determinações técnicas actualmente pela ciencia da Saude Publica, faculta ao Governo a revisão integral e periodica, dentro do prazo minimo de dois annos, de todos os seus dispositivos e estabelece, de modo a permittir o rejuvenescimento dos quadros, a disponibilidade compulsoria dos funcionarios technicos que contarem 30 annos de serviço publico ou 60 de idade.^{20:3}

A análise do Código Sanitário Estadual permite afirmar que a SSAP, como produto da política de saúde nascente, era um aparelho institucional complexo, responsável por diferentes ações de saúde pública no território baiano e que materializava a Reforma Sanitária desenhada pela elite médica higienista brasileira. O contexto em que foi gerada possibilita inferir que a SSAP, assim como o DNSP, propiciaria maior interferência dos médicos e do Estado no espaço urbano e na vida dos/as brasileiros/as, de modo a controlá-los e os enquadrar ao projeto de higienização e saneamento da sociedade de frações da elite médica brasileira.

Hochman³ ressalta que os formuladores da política nacional de saúde dos anos 1920 defendiam que o Estado deveria utilizar todos os recursos da medicina para “convencer e educar o homem comum para comportamentos individuais e coletivos fundados no

conhecimento médico existente”, de modo a agir para “modificar práticas e hábitos sociais arraigados, como o consumo de álcool, a prostituição, a não utilização de calçados e latrinas, o despejo de lixo em rios e vias públicas, a manutenção de focos de moscas, ratos e mosquitos, a fraude do leite e nos alimentos etc”^{3:78}.

Nesse sentido, o poder estatal coercitivo seria protagonista na modificação de comportamentos individuais que disseminavam a doença e seus efeitos negativos, permitindo ao Estado restringir a liberdade e a propriedade dos indivíduos que colaborassem com a propagação de doenças e ameaçassem a ordem social³. Essa perspectiva foi incorporada aos códigos sanitários federal e estadual e indica que a higienização da vida da população era um dos pilares da política de saúde pública dos anos 1920.

No Código Sanitário Estadual verifica-se também que os formuladores da política de saúde preocupavam-se com a qualificação e a definição/padronização da força de trabalho do campo da saúde pública. O subsecretário da saúde e assistência pública expressa essa preocupação em seu relatório de gestão, afirmando que no período anterior à SSAP e na ausência de um “estatuto de providencias technicas, ou de simples instrucções de serviço”, os funcionários trabalhavam “(...) á mercê do criterio individual, executando cada um a seu sabôr, o que lhe parecia mais vantajoso e consentaneo com o seu preparo profissional”^{20:2}.

Com a criação da SSAP, o estado baiano passou a custear a qualificação de trabalhadores da saúde, principalmente de médicos, enviando-os para instituições nacionais e internacionais para se especializarem. Entre agosto de 1925 e dezembro de 1926, por exemplo, a SSAP financiou o estudo no exterior de “(...) tres de seus medicos, dois á America do Norte para estudar questões de laboratorio e anatomia pathologica, um á Europa afim de conhecer os serviços de hygiene infantil e escolar”, além de enviar oito médicos ao Sul do país para conhecer as organizações sanitárias de São Paulo, da Capital Federal e de Minas Gerais, e para realizar os cursos de malariologia e de saúde pública do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro. Outrossim, “permaneceram ainda no Rio de Janeiro dois funcionarios technicos acompanhando o curso especializado do Departamento Nacional de Saúde Publica”^{20:4}.

Além de investir na qualificação de alguns funcionários, a SSAP também fez acordo com o Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro para que esta instituição “cedesse durante seis mezes um de seus assistentes para dirigir o nosso Instituto homonymo” e com a Fundação Rockefeller para que esta liberasse, durante sete meses, “(...) um de seus melhores sanitaristas, autoridade em organização de postos municipaes de hygiene”, para trabalhar na Bahia^{20:4}. Isto é, a SSAP financiou a permanência de profissionais externos à Bahia para gerir

alguns setores da saúde pública baiana de modo a propiciar a implantação das mudanças na organização do setor saúde no estado.

Em âmbito nacional, o investimento na qualificação e na especialização de trabalhadores do campo da saúde pública foi uma demanda da implantação da política nacional de saúde cuja principal linha de ação era a educação sanitária e a higiene pública. Castro Santos e Faria²² comentam que o movimento pela formação de especialistas em saúde pública iniciou em 1920 e produziu propostas que eram debatidas em reuniões organizadas pela Sociedade Brasileira de Higiene, sendo que estas propostas foram incorporadas ao novo projeto institucional voltado para a especialização em saúde pública.

Nessa conjuntura, o Estado brasileiro investiu na qualificação de médicos/sanitaristas e inseriu uma nova categoria trabalhadora no campo da saúde pública, a enfermeira moderna, cuja força de trabalho foi fundamental para o controle social pretendido pela política de saúde nascente. Seguindo a experiência federal, a Bahia também inseriu a enfermeira no aparelho do estado da saúde e criou repartições responsáveis por qualificar e controlar a força de trabalho dessa profissional no campo da saúde pública: o Serviço de Enfermeiras Sanitárias e a Escola de Enfermeiras da SSAP²³.

Essas evidências históricas corroboram a perspectiva de que a implantação da política nacional de saúde induziu a uma modernização institucional na Bahia cujos espelhos eram o DNSP e o Código Sanitário Federal de 1923. Ademais, as semelhanças identificadas na legislação sanitária federal e estadual, bem como entre os aparelhos de Estado da saúde, ratificam a interpretação de que a Bahia foi escolhida para ser um caso exemplar da intervenção federal no interior do Brasil e cuja experiência seria reproduzida em outros estados⁶.

Apesar das modificações realizadas na legislação sanitária e na organização do setor da saúde, tanto em âmbito federal quanto na Bahia, a implantação da política nacional de saúde, elaborada segundo os cânones da higiene, começou a declinar no final dos anos 1920, especialmente após a saída de Carlos Chagas do comando do DNSP, fato ocorrido em 1926, além do Golpe de Estado ocorrido em outubro de 1930. No contexto pós-outubro de 1930, a política nacional de saúde foi reformulada, e o setor da saúde passou por reformas que induziram à reorganização e/ou à remodelação dos departamentos estaduais da saúde à luz das novas diretrizes impostas pelo governo federal²⁴.

Na Bahia, a implantação da política nacional de saúde após o Golpe de Estado de 1930 repercutiu imediatamente na organização formal da saúde pública estadual, culminando na extinção da SSAP e no restabelecimento da DGSPB²⁵. Com efeito, a Bahia acompanhou o governo federal na conformação da política estadual de saúde, alterando a

organização das ações e dos serviços de saúde estaduais, que passaram a seguir “um modelo de assistência à saúde centralizado e fragmentado, organizado em serviços e programas especializados por enfermidades e implantados nos estados e municípios através de ações verticais”^{8:75-76}.

Essa modificação não agradou alguns médicos vinculados à SSAP, que até outubro de 1930 era gerida por Barros Barreto e independente técnico-administrativamente. Isso foi registrado pelo diretor do 2º Centro de Saúde, o médico Mário Andréa dos Santos, em seu relatório de atividades referente ao ano de 1931:

Cabe-me consignar a decepção e tristeza causadas entre os funcionarios da Saúde Publica deste Estado, com o acto do primeiro governo revolucionário, transformando a Secretaria de Saúde em Directoria Geral, annexada á Secretaria do Interior. Fôra positivamente um regresso e uma diminuição na organização sanitaria da Bahia, nem se podendo considerar como medida economica do momento, porquanto, as dotações orçamentarias estabelecidas, não se justificava semelhante transformação, tanto mais quanto, com a organização actual, não houve nenhuma queda de eficiencia nos serviços que, de facto, gosam, como na antiga Secretaria, de toda independencia, pela superioridade de seus dirigentes e elevada mentalidade do Sr. Dr. Secretario do Interior. Entretanto não se poderá prever, de futuro, se outros dirigentes possam ter igual procedimento. São serviços, os de saúde pública, de acção rápida, precisos e de conhecimentos technicos, não devendo depender de uma secretaria, por sua natureza, de visão preferentemente política.^{26:4}

Esse discurso revela que as alterações feitas na política estadual de saúde reduziram a autonomia administrativa do aparelho de estado da saúde e o deixou susceptível aos humores do cenário político. Essas medidas contrariavam parte dos interesses da elite médica brasileira, que desde o final dos anos 1910 reivindicava maior autonomia do órgão da saúde em relação à interferência político-partidária, pois estes consideravam a saúde pública um campo essencialmente técnico e fora da órbita política, embora dependesse desta para aprovar projetos de interesse ao campo³. O relato do médico Mário Andréa aponta também o declínio do projeto de Reforma Sanitária capitaneado por membros da elite médica higienista brasileira que ascenderam ao aparelho de Estado nos anos 1920, abrindo espaço para uma política de saúde cujo foco seria paulatinamente voltado para a

atenção médico-hospitalar individual, em detrimento das ações de saúde pública destinadas à coletividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à política de saúde instituída pelo estado baiano entre 1925 e 1930, verificou-se que o seu conteúdo era similar ao da política nacional de saúde, sendo constituído com base no Código Sanitário Federal de 1923. Por meio do Código Sanitário Estadual de 1925, o estado baiano regulava, normatizava e enquadrava crescentemente o espaço urbano – principalmente a capital do estado – e a vida da sociedade, com o intuito de higienizar os hábitos das classes sociais economicamente desfavorecidas, sanear as cidades e impedir a ocorrência de epidemias de doenças infectocontagiosas que prejudicavam as relações comerciais. Para isso, o Estado utilizava predominantemente os dispositivos da ideologia higienista, as ações de vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a educação sanitária e a visita domiciliar – tudo isso para garantir o cumprimento das normas previstas no Código Sanitário de 1925.

Portanto, a implantação da política estadual de saúde em 1925 foi induzida pelo governo federal, tendo por base ideológica o higienismo. O foco dessa política de saúde era a educação sanitária e o controle das doenças infectocontagiosas prevalentes em diferentes espaços geográficos da sociedade baiana. Entre 1925 e 1929, realizaram-se modificações na legislação sanitária e na organização das ações e dos serviços de saúde pública no estado; contudo, com o Golpe de Estado de 1930, a política de saúde foi reformulada, demarcando o declínio do projeto de Reforma Sanitária elaborado pela elite médica higienista brasileira nos anos 1920.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Nildo Batista Mascarenhas.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Nildo Batista Mascarenhas e Livia Angeli Silva.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Nildo Batista Mascarenhas e Livia Angeli Silva.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Nildo Batista Mascarenhas e Livia Angeli Silva.

REFERÊNCIAS

1. Hochman G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estud Hist.* 1993;6(11):40-61.
2. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo (SP): Hucitec; 1981.
3. Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. 3a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2012.
4. Merhy EE. A saúde pública como política: os movimentos sanitários, os modelos technoassistenciais e a formação das políticas governamentais. 2a ed. Porto Alegre (RS): Rede UNIDA; 2014.
5. Brasil. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saude Publica, em substituição do que acompanhou o Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro (RJ); 1920 set 16. Seção 1, p. 1.*
6. Castro Santos LA. As origens da Reforma Sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados.* 1998;41(3).
7. Nery GC. A organização sanitária do estado da Bahia: algumas notas para o estudo de sua história. *Rev Baiana Saúde Pública.* 1982;9(1):45-51.
8. Molesini JAO. A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987-1989) [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2011.
9. Fritsch W. 1922: a crise econômica. *Estud Hist.* 1993;6(11):3-8.
10. Bloch M. Apologia da história ou o ofício de historiador. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 2001.
11. Hobsbawm E. Sobre história. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 2013.
12. Paim JS. Saúde Política e Reforma Sanitária. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva; 2002.
13. Teixeira C, Silveira P. Glossário de análise política em saúde. Salvador (BA): Edufba; 2016.
14. Sampaio CN. Os partidos políticos da Bahia na Primeira República: uma política de acomodação. Salvador (BA): Edufba; 1998.
15. Tavares LH D. História da Bahia. 10a ed. São Paulo (SP): Unesp; 2001.
16. Sampaio CN. O poder legislativo da Bahia: Primeira República (1889-1930). Salvador (BA): Edufba; 1985.
17. Souza CMC. A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2009.

18. Souza CMC, Sanglard G. Saúde pública e assistência na Bahia da Primeira República (1889-1929). In: Barreto MR, Souza CMC, organizadoras. História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri (SP): Manole; 2011. p. 27-73.
19. Bahia. Lei nº 1.811, de 29 de junho de 1925. Organiza a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Diário Oficial [do] Estado da Bahia, Salvador (BA); 1925 jun 30.
20. Barros Barreto ALCA. Relatório da Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Salvador (BA): Imprensa Oficial do Estado; 1926.
21. Brasil. Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro (RJ); 1923 fev 1. Seção 1, p. 3199.
22. Castro Santos LA, Faria, L. Saúde e história. São Paulo (SP): Aderaldo & Rothschild; 2010.
23. Mascarenhas NB. Estado, política de saúde e trabalho da enfermeira na Bahia (1925-1951) [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2018.
24. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Educac. 2005;25:127-41.
25. Bahia. Decreto nº 7.068, de 5 de novembro de 1930. Restabelece a Diretoria-Geral de Saúde Pública. Diário Oficial [do] Estado da Bahia, Salvador (BA); 1930.
26. Bahia. Diretoria-Geral de Saúde e Assistência Pública. Relatório dos trabalhos do 2º Centro Sanitário apresentado ao Ilmo. Sr. Dr. Director Geral de Saúde e Assistência Pública pelo Dr. Mário Andréa dos Santos em 5 de janeiro de 1932. Salvador (BA); 1931.

Recebido: 19.9.2018. Aprovado: 25.9.2020.