

IVOMAR GOMES DUARTE

**REGULANDO A VIDA DAS PESSOAS:
Contribuição para o Estudo dos Regulamentos Sanitários Paulistas**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.
Campo de Conhecimento : HSS – Administração de Sistemas de Saúde.

Data de aprovação:

____/____/____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik

Prof. Dr. Alvaro Escrivão Junior

Prof. Dr. Carlos Botazzo

*À Fernanda, Malú,
Iara, Iraci e Margarida*

Aos Professores
Ana Maria Malik e Carlos Botazzo

“O inspector de fiscalisação Alfredo Augusto da Silva, inutilisou hontem grande porção de leite que encontram com agua, sendo multados os vendedores Srs. José da Silva Quinto Reis e Antonio Bernardo.

Aquelle inspector apprehendeu nas ruas Cunha Horta e Major Sertório duas caixas com sardinhas julgadas em mau estado, sendo multados os vendedores”.

(*O Estado de S.Paulo*, 1 de junho de 1900, p. 2).

RESUMO

Neste trabalho, foi analisada a evolução das práticas de proteção à saúde no Estado de São Paulo, desenvolvidas pelos órgãos estaduais de Saúde Pública, bem como estudada a evolução desses serviços denominados Vigilância Sanitária. Analisou-se também de que modo se desenvolveram, desde sua origem no século XIX até o final do século XX, as principais tarefas dos órgãos do Serviço Sanitário do Estado, quais sejam: controle das localidades, habitações, ocupação e parcelamento do solo; controle do meio ambiente, da poluição do ar e das águas; fiscalização da alimentação pública, do fabrico e consumo de alimentos e bebidas; controle do exercício de profissões ligadas à saúde; normalização do funcionamento de serviços de assistência à saúde e conexos; controle de drogas e medicamentos; controle de produtos ligados à saúde e conexos; saneamento das fábricas, oficinas e saúde do trabalhador; notificação e supervisão de doenças infecto-contagiosas e, finalmente, ações de educação em saúde, que constituem atribuições e funções dessa atividade. Muitas das funções e tarefas desenvolvidas atualmente pelos serviços de Vigilância Sanitária vêm sendo realizadas desde a criação do Serviço Sanitário do Estado, em 1892, ou mesmo anteriormente, apesar da Vigilância Sanitária, enquanto atividade sistematizada e organizada, ser algo recente no Estado de São Paulo, pois o CVS- Centro de Vigilância Sanitária foi criado em 1986. Sendo assim, apresenta-se aqui a evolução histórica dessa atividade sob a responsabilidade do Governo do Estado de São Paulo, apontando fatos relevantes no seu desenvolvimento, bem como os organogramas correspondentes a várias estruturas organizacionais. São analisadas também, segundo as atribuições mencionadas anteriormente, as evoluções da legislação básica presente nos sete Códigos Sanitários Estaduais vigentes nesse período.

PALAVRAS-CHAVE: Proteção da Saúde, Saúde Pública, Vigilância Sanitária, Direito Sanitário e Legislação Sanitária

ABSTRACT

This paper analyze the evolution of the practice on health protection in São Paulo State , developed by State Service of Public Health, also studies the evolution of these services known as health surveillance. It also analyzes how the main duties from States Services of Surveillance, such as : home place control, habitation, occupation and parcel ground; environmental control, including air and water pollution; control of food and drink production; control of professional practice related to health; health care services standardization; drugs and medicines control; health products correlated control ; working and occupational health; infectious diseases notification; and finally health education. These are functions and attributions of this activities, that developed from the beginning of the XIX Century until the end of the XX Century. Many of the functions and practices developed nowadays by the health surveillance services have been done since the origin of the State Sanitary Service in 1892, or even before, even though the health surveillance, while organized and systematized activity, is new in São Paulo State, because “CVS – Centro de Vigilancia Sanitaria” was created in 1986. On this sense, it´s presented here, the historical evolution of this activity under de responsibility of the São Paulo State Government pointing relevant facts in its development, as well as the correspondent organization chart of the many organizational structure. Its also analyses, according to attributions in the seventy State Code Health Law valid in this period.

KEYWORDS: Health Protection, Public Health; Health Surveillance; Health Law; Health Legislation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

CDC – Centro de Controle de Doenças (Atlanta – USA)

CETESB – Companhia Estadual de Tecnologia e Saneamento

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CLT – Consolidação da Leis do Trabalho

CONAR – Conselho Nacional de Auto-Regulação Publicitária

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CRM – Conselho Regional de Medicina

CRO – Conselho Regional de Odontologia

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CVS – Centro de Vigilância Sanitária

DIR – Diretoria Regional de Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DIP – Departamento de Informações e Propaganda

EAESP-FGV – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias

ERSA – Escritório Regional de Saúde

FDA – Foods and Drugs Administration

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IAC – Instituto Agrônomo de Campinas. Secretaria de Estado de Agricultura de São Paulo

ITAL – Instituto de Tecnologia de Alimentos. Secretaria de Estado de Agricultura de São Paulo

NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SIVISA – Sistema de Informação em Vigilância Sanitária

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Tema	11
1.2 Objetivos	13
1.3 Metodologia	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3. A PROTEÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	27
3.1 O período do estado novo	64
3.2 O regime militar	70
4 DISCUSSÃO	87
4.1 O ambiente interno – estruturas e rotinas	91
4.2 O ambiente externo – articulações	96
4.3 Comunicação, informação e conhecimento	102
5. CONCLUSÕES	109
5.1 Abrangência	109
5.2 Municipalização	111
5.3 Estrutura organizacional	112
5.4 Fluxo de informações	113
5.5 Modelo de atuação	114
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXO I	124
ANEXO II	125
Legislação Federal	125
Legislação Estadual	127

1

INTRODUÇÃO

1.1 TEMA

As descobertas da ciência e o acelerado avanço tecnológico no século XX, principalmente no período após a Segunda Grande Guerra, colocaram à disposição do homem uma enorme quantidade de instrumentos e uma capacidade de intervenção sobre o ambiente e sobre as condições de vida no planeta, em uma intensidade e velocidade nunca vistas anteriormente. Bem mais, tornaram real a possibilidade de intervenção no código genético de plantas e animais, inclusive da própria espécie humana, e alteraram profundamente a relação tempo/espço na simultaneidade dos relatos e dos acontecimentos monitorados permanentemente por satélites, pela telefonia celular global e pela rede mundial de computadores denominada Internet. Entretanto, apesar dos inegáveis benefícios trazidos, esses progressos observados nos campos da ciência e da tecnologia fizeram-se acompanhar de efeitos negativos sobre o meio ambiente e os ecossistemas, sobre a sociedade e, em consequência, sobre a saúde das famílias e dos indivíduos.

Se, por um lado, a industrialização torna mais confortável a vida dos homens oferecendo produtos e instrumentos visando facilitar seu cotidiano, produz não só o progresso, mas gera também resíduos industriais e poluição de toda ordem, além de vitimar parte da força de trabalho com os acidentes e doenças profissionais. Isso fica evidente ao se observar que um hospital moderno, que a cada dia oferece melhores condições diagnósticas e terapêuticas no sentido de melhorar a vida das pessoas, produz também resíduos contaminantes e cepas de microrganismos geradores de infecções hospitalares mais resistentes aos antibióticos. Do mesmo modo, as radiações ionizantes que curam certas doenças são causadoras de outras, o processamento físico-químico dos alimentos evita contaminações e, entre outras coisas, garante sua maior durabilidade. Entretanto esses resíduos químicos, agora presentes nesses alimentos mais duráveis, podem ser nocivos à saúde. Isso sem falar na transgenia, foco atual de discussões.¹

¹ Introdução de parte do código genético (DNA) de um organismo vivo em outro organismo não necessariamente do mesmo reino, filo, classe, ordem, família, gênero ou espécie.

Fica claro que, como um movimento dialético, o progresso material da humanidade, que ocorre em cada uma das etapas do processo produtivo, além dos benefícios, traz embutidos riscos à saúde dos indivíduos, riscos esses que devem ser eliminados e, quando impossível, minimizados, sem o que não há justificativa para esse progresso.

Consideradas as várias perspectivas, pode-se afirmar que a saúde constitui um dos aspectos mais relevantes quando da avaliação dos níveis de qualidade de vida de uma determinada população, podendo ser considerada a principal das finalidades do desenvolvimento da ciência e da tecnologia e do conseqüente progresso material da humanidade.

Mas, o que vem a ser saúde?

Saúde pode ser definida de várias maneiras, pois, além das variáveis tempo e lugar, essa definição depende também do estrato social, da filiação política e do posicionamento pessoal do autor da definição, como será mostrado adiante. Do mesmo modo, pesquisa em saúde pode ser feita sob várias perspectivas, e qualquer que seja o enfoque adotado ou ângulo de observação escolhido, percebe-se a impossibilidade de representar todos os aspectos, ao contrário, sempre se estará intimamente ligado a um determinado foco de interesse. O mesmo raciocínio se aplica à proteção da saúde. Proteger a saúde de quem? Quando? Como? E para quê?

Virchow, (apud ROSEN, 1980) um dos primeiros a proclamar o caráter social das doenças, concluía, ao final de uma investigação sobre uma epidemia de tifo em 1847 na Alemanha, que suas causas eram sociais, econômicas e políticas, tanto quanto físicas e biológicas, e que deviam ser “tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e que as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais como médicas”. (p. 85).

Do mesmo modo que nas definições de saúde, a conceituação das várias ações referentes à saúde, entre as quais a proteção – também entendida como controle de fatores de risco –, não é absoluta. Proteção à saúde pode ter idealmente um caráter universal – ingerir alimento saudável, beber água potável, abrigar-se das intempéries etc. – coisas que parecem ser aspirações comuns a todos os homens. Entretanto, as ações para concretizá-la (controlar os fatores de risco) são marcadamente determinadas pelo modo de organização da sociedade na qual são executadas, pelas relações de poder e, conseqüentemente, pelas relações de trabalho e de consumo.

As ações visando a proteção da saúde dos indivíduos podem ser encontradas e percebidas nas mais diversas atividades, bem como nas várias etapas da história da es-

pécie humana, e executadas segundo os mais diversos critérios de prioridade e finalidades. Tais ações, visando controlar os fatores de risco à saúde ou regular a vida das pessoas, têm sido organizadas e sistematizadas sob o setor saúde, constituindo-se, conforme se denomina no Brasil, no campo de atuação da Vigilância Sanitária. Este é o tema.

1.2 OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo estudar o surgimento e a evolução das práticas regulatórias em saúde na vida dos moradores do Estado de São Paulo. Para tanto, foram estudadas as várias formas organizacionais que os serviços de proteção à saúde, instituídos pelo Governo do Estado de São Paulo, apresentaram desde sua origem no final do século XIX quando da proclamação da República, passando pela criação do Centro de Vigilância Sanitária em 1986 e chegando no Código Sanitário de 1998. É analisada também, segundo categorias descritas no referencial teórico, a legislação básica dos sete Códigos Sanitários Estaduais desse período, buscando-se relacioná-los com aspectos históricos de repercussão à época de sua vigência.

Apontar elementos que contribuam na compreensão da relação existente entre a vigilância sanitária, o progresso material da sociedade, o desenvolvimento social, os novos riscos à saúde, o monitoramento dos fatores de risco à saúde e a consciência sanitária da população, no período analisado, constitui objetivo secundário deste trabalho.

1.3 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise qualitativa, buscando elementos relevantes para o entendimento da dinâmica social subjacente a essa evolução, no transcorrer de mais de um século. Conforme Minayo (1992), na análise dos processos sociais em que o objeto é “saúde”, existe um nível que pode ser quantificado. Entretanto, quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis, o método qualitativo atende melhor aos objetivos da pesquisa e torna-se o mais indicado.

Para tanto, coerente com a abordagem metodológica escolhida, optou-se pela coleta de dados e informações disponíveis mediante levantamento bibliográfico, consulta a museus, arquivos e documentos, pela análise de textos e recortes de jornais.

Do mesmo modo que apontado por Mehry (1992), quando trata da busca de soluções das questões metodológicas de trabalhos e estudos historiográficos, que concebem

asépticamente os seus objetos de estudo, relatando-os como uma “história em quadri-nhos” através da sucessão linear de fatos e personagens, foi necessário rever o objeto de estudo através de uma perspectiva que identificasse as práticas sanitárias como sendo práticas sociais.

Nesse sentido, buscou-se nos fatos, relatos de acontecimentos, notícias e personagens de destaque no período de decretação dos códigos sanitários, elementos para o entendimento das políticas de saúde pública, como parte de um contexto e não como resultado de vontades ou produto isolado de uma época.

Com relação à bibliografia necessária para fundamentar o referencial teórico, optou-se pela manutenção daquela levantada no final dos anos 1980, exceto os itens inaplicáveis. Agregaram-se novas referências da literatura, segundo os descritores: Proteção da Saúde, Direito Sanitário e Vigilância Sanitária.

Na estruturação deste trabalho, inicialmente apresentam-se as bases conceituais da proteção à saúde, com breve histórico construído a partir de conceitos expressos por Foucault (2000a) e Rosen (1980). Também são apresentados os principais conceitos e definições relativos a esse campo de atuação, com destaque àqueles de uso corrente durante todo o texto, o que vem a constituir o Capítulo 2, denominado Referencial Teórico.

No Capítulo 3, apresenta-se um histórico das ações de proteção à saúde, com ênfase na evolução organizacional dos serviços de saúde sob a responsabilidade do Governo do Estado de São Paulo, desde sua origem, sendo os serviços e as ações de proteção à saúde, bem como as bases legais dessas ações, o problema focalizado.

O Capítulo 4 é dedicado à discussão e análise das concepções de vigilância sanitária, suas rotinas no Estado de São Paulo, seus principais modelos de atuação, os vários códigos sanitários e suas abrangências, buscando estabelecer comparações entre esses vários modelos de atuação ao longo do tempo.

As conclusões obtidas com o presente trabalho são apresentadas no Capítulo 5, no Anexo I são apontadas as fontes de pesquisa, no Anexo II são apresentados os vários dispositivos legais analisados e, finalmente, relaciona-se a bibliografia consultada.

Eis o resultado da transformação de uma dissertação iniciada nos anos 1990, reformatada, atualizada e reconstruída em um exíguo período de tempo, visando cumprir os requisitos para a obtenção de título de mestre, perante uma banca examinadora.

2

REFERENCIAL TEÓRICO

Na Antiguidade, a grande maioria das questões referentes à proteção da saúde era algo afeto à vida privada das pessoas ou famílias, salvo quanto àqueles indivíduos ligados a organizações como as ordens religiosas e os exércitos, cuja saúde ou doença era de interesse coletivo. As ações dos governos ou da Igreja, que se confundem no período medieval principalmente no que diz respeito às ações coletivas de proteção à saúde, manifestavam-se de modo mais visível nos períodos das grandes catástrofes e epidemias, como ocorreu na “peste negra” que assolou a Europa entre 1347 e 1351, vindo a se constituir em uma das maiores catástrofes demográficas da história da humanidade.

Conforme Foucault (2000a), desde o final do século XVI e começo do século XVII, todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população, conseqüência de um clima político, econômico e científico característico desse período dominado pelo mercantilismo. Na Alemanha, surgiu um modelo que posteriormente foi denominado de *polícia médica* e que se baseava em quatro pontos:

1. Controle dos dados de morbidade, epidemias e endemias, não apenas registros de nascimentos e óbitos;
2. Normalização da prática e do saber de médicos e outros profissionais de saúde, como cirurgiões, farmacêuticos, entre outros;
3. Ordenamento dos médicos subordinando a prática médica a um poder administrativo;
4. Criação de uma organização estatal de assistência médica.

Johann Peter Frank foi o grande divulgador desses conceitos nos meios intelectuais e universitários, introduzindo em 1784, no currículo da Universidade de Gottingen, a disciplina “polícia médica”, que a partir de então disseminou-se para várias outras escolas na Alemanha. Franz Anton Mai, em 1800, elaborou um código de leis sanitárias, regulamentando vários aspectos direta ou indiretamente relacionados à saúde da população, e

apresentou-o ao governo alemão. Apesar de bem recebido pelas autoridades e pelos seus pares, esse código de saúde nunca foi efetivamente implantado. Mai entendia que, além do aspecto regulador, havia um importante aspecto educativo a ser utilizado, e preconizava a divulgação de conceitos e ensinamentos visando esclarecer o grande público a respeito das doenças, dando grande ênfase à educação sanitária não só do público em geral, como também dos médicos e demais profissionais de saúde (ROSEN, 1980).

Diferentemente do que ocorreu na Alemanha, na França emergiu um modelo de medicina social não necessariamente ligada ao Estado, mas que visava sobretudo o controle das cidades e espaços urbanos, ao identificar lugares de acúmulo e ajuntamento de tudo aquilo que pudesse causar doenças; o controle dos corpos, da circulação de pessoas e das coisas, principalmente do ar e da água; e o controle da distribuição dos produtos e dos fluxos, como um ordenamento da ocupação urbana. Segundo Foucault, “a medicina urbana não é verdadeiramente a medicina dos homens, corpos e organismos, mas é uma medicina das coisas; ar, água, decomposições e fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência”. (2000a, p. 90).

Na Inglaterra, onde o desenvolvimento industrial foi mais acelerado e significativo, gerando um proletariado urbano mais consciente, organizado e reivindicador, a medicina social, em consequência também dessas peculiaridades, acabou adquirindo outros contornos, fixando-se, inicialmente, em três eixos:

1. Organização dos registros de morbidade, endemias e epidemias;
2. Obrigatoriedade e controle das vacinações;
3. Identificação de locais insalubres para sua posterior destruição.

Como observa Foucault (2000a), diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado alemã do século XVIII, aparece no século XIX, sobretudo na Inglaterra, uma medicina voltada essencialmente para exercer o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes mais ricas.

De fato, a medicina inglesa começa a tornar-se essencialmente social, a partir da “Lei dos pobres”,² na medida em que o conjunto dessas legislações implicava em um

² Foi promulgado, em 1601 na Inglaterra, um conjunto de normas conhecido como “Lei dos Pobres”, o qual estabelecia, entre outras medidas, um tributo a ser cobrado dos mais ricos destinado a custear o auxílio aos necessitados (*poor tax*). Em 1834, é promulgada a “Nova Lei dos Pobres”, um conjunto de normas, visando reduzir o desemprego e a mendicância e, ainda, amparar os aleijados, cegos, doentes e incapacitados para o trabalho.

controle médico-sanitário dos pobres, o que possibilitou estender a assistência médica e o controle da saúde para os indivíduos componentes da força de trabalho. Isso acabou gerando uma espécie de cordão sanitário autoritário no interior das cidades separando ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grandes despesas, e os ricos buscando não serem vítimas de epidemias originárias das classes pobres.

De acordo com Rosen, as ações de proteção à saúde desde o século XVIII, quando do início da sistematização dos conhecimentos pertinentes à higiene individual e coletiva, foram progressivamente assumindo um caráter regridor e fiscalizador, que o autor denomina polícia médica. Tais ações, introduzidas na Alemanha por Johann Peter Frank em 1779, embasadas em premissas controlistas, abrangiam uma ampla série de medidas governamentais relacionadas com os hábitos alimentares dos indivíduos, a higiene individual e familiar, o modo de residir, as águas, o lixo e os esgotos, e cujo objetivo era a proteção da saúde da população e o controle das epidemias.

Na Alemanha, o poder nacional,

segundo a visão dos governantes e de seus conselheiros, era em primeiro lugar, uma população densa; em segundo lugar, uma população materialmente bem provida; em terceiro lugar, uma população sob o controle do governo para que pudesse ser utilizada de acordo com as necessidades do poder público. (ROSEN, 1980, p. 147).

Conforme Capra,

a grande maioria dos reformadores da saúde pública do século XIX não acreditava na teoria microbiana das doenças, mas supunha que a má saúde tinha origem na pobreza, na desnutrição e na sujeira, e organizava vigorosas campanhas de saúde pública para combater essa situação. Isso levou à melhoria das condições de higiene pessoal e da nutrição, e à introdução de novas medidas sanitárias – purificação da água, eficientes redes de esgotos, fornecimento de leite pasteurizado e melhor higiene dos alimentos – todas elas extremamente eficazes no controle de doenças infecciosas. (1986, p. 130).

Ao final do século XIX, entretanto, a teoria microbiana das enfermidades estava consolidada, segundo o paradigma pasteuriano,³ o que abria grandes possibilidades de

³ Paradigma pasteuriano – corresponde à teoria microbiológica das doenças, que, no limite, acreditava que a cada doença correspondia um micróbio específico.

se avançar na prevenção das doenças. Nesse mesmo período, com a consolidação dos Estados Nacionais europeus e o surgimento de Estados independentes nas Américas, as ações relacionadas com a proteção da saúde, como um dos componentes importantes da questão demográfica, passam a constituir preocupação nacional e vão progressivamente sendo incorporadas ao aparato jurídico desses Estados. Surge a saúde pública como política de Estado.

Nesse mesmo final de século, proclamava-se a República no Brasil e tinha início a organização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, com um regulamento, uma proposta de atuação e um conjunto de diretrizes, agrupando vários institutos, serviços e hospitais antes dispersos e atuando autonomamente, sem nenhuma articulação e organicidade.

Um meio ambiente saneado, uma população densa, saudável e sanitariamente controlada, não só na Alemanha do século XVIII como também em Portugal e Espanha, Holanda, França e nos Estados emergentes das Américas, entre eles o Brasil, sempre foi um dos objetivos das suas respectivas classes dirigentes. Nesse sentido, instrumentos de controle e proteção à saúde pública, como a notificação compulsória de doenças, as vacinações obrigatórias e as internações compulsórias; o rigoroso controle sanitário das importações de plantas e animais, e o controle das imigrações; e o controle sanitário das águas e da alimentação, do meio ambiente, produtos (inclusive medicamentos), os quais constituem as atividades que compõem o atual campo de atuação da vigilância sanitária, foram desenvolvidos e utilizados por esses Estados.

No Brasil, a forte influência positivista por ocasião da Proclamação da República marcou indelevelmente o surgimento dos serviços sanitários estaduais, principalmente em São Paulo. O lema “Ordem e Progresso”, muito além da bandeira nacional, estará presente também nas letras dos códigos e regulamentos sanitários.

Na virada para o século XX, conforme aponta Novaes (1979), o desenvolvimento do conhecimento científico e a laicização crescente da sociedade, muito influenciada por correntes filosóficas da época – como o positivismo e o marxismo – induzem a um certo deslumbramento com o poder da Ciência na recuperação da condição humana. O indivíduo passa a ser dono do seu próprio destino, não estando mais subordinado às determinações divinas.

A microbiologia emergente explica as doenças como um encontro do ser humano com microrganismos patogênicos e passa a fundamentar o modelo sanitário em cons-

trução, justificando o isolamento, a quarentena e outros controles médico-sanitários de vários setores, práticas e atividades da sociedade. A vigilância sanitária adquire bases conceituais.

A vigilância sanitária pode ser definida como o conjunto de ações capazes de diminuir, eliminar ou prevenir riscos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de produtos, dos serviços relacionados à saúde em geral, bem como nos riscos à saúde oriundos do meio ambiente. Esse conjunto de ações e atividades tem como objetivos maiores o controle e a proteção da saúde dos indivíduos em particular e da população em seu todo.

Com o foco nesse objetivo – proteção da saúde da população –, vamos encontrar ações presentes nas mais variadas atividades humanas, naquelas de caráter privado como também nas de caráter público, estas com tarefas executadas predominantemente pelo Estado, como policiamento de trânsito, serviços de bombeiros, captação e tratamento de água para consumo humano etc. Tais ações, que concorrem direta ou indiretamente para a proteção da saúde, embora não possam ser consideradas como específicas de vigilância sanitária, constituem serviços públicos à disposição da cidadania, como parte das funções do Estado Moderno.

Na organização e estruturação do governo paulista, nem toda a atividade pública da qual resultem mecanismos para a proteção da saúde individual ou coletiva pertence à atividade de vigilância sanitária. Dessa forma, dentro da estrutura administrativa do governo do Estado de São Paulo no período analisado, pode-se encontrar ações dispersas nos vários setores governamentais. Para efeito deste trabalho, entende-se vigilância sanitária como atividade composta de um conjunto de ações de proteção à saúde executadas ou determinadas normativamente pelo setor saúde, visando regular sanitariamente a vida das pessoas. Por exemplo, na agricultura, o setor saúde atua na normatização e parametrização dos níveis de resíduos pesticidas e defensivos agrícolas, bem como no monitoramento da saúde do trabalhador rural, enquanto os setores de fiscalização agropecuária atuam no monitoramento e verificação do cumprimento das normas.

As ações relacionadas com a proteção da saúde possuem características intrinsecamente privadas e simultaneamente características públicas e estão distribuídas nos vários setores da sociedade (fornecer uma refeição é fornecer saúde ou, intoxicando, fornecer doença), cabendo a um setor específico, o “setor saúde”, que pode ser entendido como o conjunto de entidades prestadoras de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de urgência, assistência odontológica, psicológica e atividades paramédicas, e as ações

de saúde coletivas; a indústria farmacêutica; a indústria de equipamentos médico-hospitais e de laboratório; e os centros de pesquisa, desenvolvimento e formação de pessoal, a responsabilidade pelo controle dessas ações (SINGER, 1981).

Para este trabalho, torna-se importante diferenciar vigilância sanitária de saúde pública, sendo aquela parte integrante desta. Assim, assume-se aqui o conceito de Winslow,⁴ sendo

saúde pública a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (Apud LEAVELL; CLARK, 1976, p. 7).

Em 1948, a Assembléia Geral das Nações Unidas proclama a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, cujo artigo 25, nos §§ 1º e 2º, diz o seguinte:

Art. 25. (...)

§ 1º Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

§ 2º A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.⁵

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença e enfermidade”, (1976, p. 1) definição de tal forma abrangente que a rigor resulta em uma indefinição. Entretanto, traz como positivo o aval de organismo oficial internacional à incorporação da dimensão social na discussão saúde/doença, complementando a noção de direito à saúde expressa pela ONU na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

⁴ WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. *Science*, n. 51, 1920.

⁵ Resolução n. 217, da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948.

O pesquisador norte-americano George Rosen definiu saúde da seguinte forma: “O termo saúde, quer se refira à boa ou à má, designa um estado dinâmico de um organismo, resultante da interação de fatores internos e ambientais, que se dá em um cenário espaço-temporal”. (1980, p.47).

As concepções predominantes à época, bem como posições ideológicas dos vários estudiosos sobre o assunto, propiciaram o surgimento de muitas definições de saúde, em sua grande maioria marcadas pela subjetividade. Assim, temos uma lista imensa de definições utópicas, românticas, holísticas, algumas impregnadas de naturalismo, enquanto outras nitidamente marcadas pela sua dimensão social. Como bem lembra Botazzo, “o Atlas de Patologia e o Anuário Estatístico revelam dois lados de uma mesma realidade, consoante a inclinação e o interesse de cada um. O Anuário nos poupa das imagens fortes, coisa que o Atlas acentua”. (1999, p. 26).

Como bem observa Laurell,

se analisarmos a literatura epidemiológica, onde se encontram as investigações relevantes sobre o tema (*saúde-doença*), observamos que se lida essencialmente com dois conceitos que, no fundo, não são discrepantes. O primeiro é o conceito médico-clínico, que entende a doença como um processo biológico do indivíduo; o segundo é o conceito ecológico, que vê a doença como resultado do desequilíbrio na interação entre hóspede e seu ambiente. (1983, p. 150).

Nos anos 1980, em nosso meio, Chaves propôs uma definição “sistêmica”, na qual

saúde é um estado em que o indivíduo tem o vigor físico para o desempenho das atividades normalmente esperadas de indivíduos da sua idade, não apresenta alterações na estrutura ou no funcionamento de seus subsistemas (órgãos e aparelhos) que causem dor ou desconforto ou possam ser origem de doenças, e mantém harmonia e equilíbrio em suas funções mentais suficientes para uma vida normal de relações com seus semelhantes, dentro da cultura a que pertence. (CHAVES, 1980, p. 57).

Assim, assumiu-se anteriormente o conceito de saúde pública de Winslow, adotou-se a definição de saúde da OMS e acatou-se o social na medicina conforme Virchow, como primeiras delimitações temáticas deste estudo. E considerando-se que o escopo deste trabalho é analisar aspectos da proteção da saúde, cabe aqui o estabelecimento de conceitos relacionados com a atividade de vigilância sanitária, os quais surgirão ao longo do texto, visando, dentro do possível, padronizar o entendimento.

O Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da Universidade de Brasília define vigilância sanitária como sendo

o conjunto de ações capazes de diminuir, eliminar ou prevenir riscos e intervir sobre os problemas sanitários decorrentes da produção e circulação dos produtos, dos serviços e do meio ambiente, objetivando a proteção da saúde dos trabalhadores e da população em geral. (1989, p. 3).

Vigilância sanitária também pode ser entendida conforme o manual *Terminologia básica em saúde*, editado pelo Ministério da Saúde, como sendo

o conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde. (1983, p. 42).

Conforme o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde –, disponível no sítio da Bireme na Internet, “vigilância sanitária é o conjunto de medidas que visam elaborar, controlar e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos e saneantes”. Traz ainda como sinônimos de vigilância sanitária as seguintes expressões: polícia médica e controle sanitário.

Desse modo, a regulação sanitária da vida das pessoas mediante o conjunto de ações e procedimentos que constituem a atividade de vigilância sanitária, diante da extensão e abrangência, e principalmente das implicações sociais que delas resultam, tem sido historicamente realizada pelo Estado por meio de leis, decretos, portarias, normas etc. Mas não só, pois, além dessa regulação estatal, alguns assuntos pertinentes à matéria são também objetos de auto-regulação corporativa, por exemplo, por meio do Conselho Nacional de Auto-Regulação Publicitária (Conar), de regulação associativa, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), ou mediante os códigos de ética adotados por entidades públicas de regulação profissional, como o CRM, CRO, Coren e outros.

Conforme Mendes, “a prática sanitária é a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde” (1996, p. 241). E o conjunto de atividades regulatórias englobadas pela Vigilância Sani-

tária, de maior ou menor amplitude, bem como de maior ou menor rigor (estrutura e processo), decorre dessa prática.

Estudos e análises políticas mais detalhados provavelmente indicariam a necessidade de diferenciar conceitualmente as seguintes categorias: 1) *aparelho* de Estado e *poder* de Estado; 2) classe *dominante* e classe (ou fração ou grupo) politicamente *governante*; e 3) *poder estatal* e *poder governamental* ou o *poder real* e o *poder nominal* das classes sociais. Entretanto, para os limites deste trabalho, conceituar-se-á, Governo, Estado e Poder Público.

Segundo Bobbio et al (1986, p. 553), “o termo Governo está habitualmente associado à noção de Estado. Porém o Estado não é senão uma das formas de organização política que a sociedade assumiu no decorrer da história (a mais evoluída e a mais complexa) na qual se manifestou um poder de Governo”. Conforme o autor, Governo pode ser definido como o conjunto de pessoas que exercem o poder político e que determinam a orientação política de uma sociedade.

Segundo Dallari, (1985, p. 104) “Estado é ordem jurídica soberana, que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território”. Para efeito deste trabalho, Estado deve ser entendido como organismo político-administrativo detentor dos poderes políticos de um país nos níveis federal, estadual e municipal, o que, resumidamente, pode ser denominado como Poder Público.

Para Nunes (1974, p.138), “Poder Público é o conjunto dos órgãos por meio dos quais o Estado e outras pessoas públicas exercem suas funções específicas”.

A ação do Estado ou do Poder Público se dá pela administração pública, que, segundo Souza, (2000), pode ser definida objetivamente como a atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve para a consecução dos interesses coletivos e subjetivamente como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a lei atribui a função administrativa do Estado.

Assim sendo, a ação do Estado, no conjunto de ações e medidas de vigilância sanitária, fundamenta-se no “poder de polícia”, que pode ser entendido como o conjunto de atribuições que lhe correspondem para a promoção do bem-estar geral por meio de restrições e regulamentações dos direitos do indivíduo ou de grupos, garantindo os interesses coletivos e buscando harmonizar as contradições sociais e econômicas.

Conforme Di Pietro (1999, p. 94) “poder de polícia é a atividade do Estado consistente em limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público”. Segundo Cretella Junior (1985, p. 54), “Poder de polícia é a faculdade da administração de limitar a liberdade individual ou coletiva em prol do interesse público”. Tais enunciados correspondem em essência à posição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) sobre o assunto, definida como: “O poder de polícia, como atributo do Estado, tem função reguladora dos direitos individuais e coletivos para garantir a estes absoluta predominância sobre aqueles”.⁶ Há que se recordar a internação compulsória de hansenianos em várias partes do mundo, inclusive no Brasil, bem como mais recentemente a internação compulsória de portadores do vírus HIV em Cuba quando surgiram os primeiros casos da doença na ilha. Tais exemplos apontam para a predominância dos interesses coletivos na saúde pública.

Bobbio afirma que

a existência de um Governo central que detém o monopólio da força é indubitavelmente um aspecto típico do Estado moderno, e representa portanto o ponto de chegada de uma longa e complexa evolução histórica. O uso da força ou a ameaça de recorrer a ela foi sempre o meio específico que as autoridades de Governo tiveram à disposição para garantir a supremacia do seu poder. (BOBBIO, 1986, p. 554).

De acordo com a terminologia jurídica, entende-se por código sanitário o conjunto de normas, padrões e procedimentos administrativos que visam a prevenção, proteção e promoção da saúde, estruturadas e capituladas em um texto-base logicamente ordenado e organizado. Código sanitário pode significar também o conjunto de atos normativos do mesmo ou de diferentes níveis de hierarquia legal, com ou sem vinculação ou articulação expressa. Tal definição, embora distinta da terminologia jurídica mais ortodoxa, é de uso corrente entre os técnicos e agentes dos serviços de vigilância sanitária.

Conforme Torres-Fernandes, (1999) por englobar tudo que possa afetar a saúde, o direito sanitário abrange uma ampla gama de assuntos, como a organização dos sistemas de saúde, regulação das profissões de saúde, vigilância sanitária, epidemiológica e do meio ambiente, saúde do trabalhador, balneários, clubes, institutos de beleza,

⁶ FRAZÃO, Lourdes Maria. *Gerente de consultoria e contencioso sanitário da Anvisa*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>> Acesso em: 20 maio 2004.

laboratórios, farmácias, sangue, hemoderivados, alimentos, saneantes, materiais e equipamentos médico-hospitalares e odontológicos, entre outros. Desse modo, independentemente de sua origem e de sua hierarquia no sistema jurídico, um dispositivo se caracteriza como “sanitário” sempre que seu objetivo for proteção da saúde.

Embora o que hoje denominamos como vigilância sanitária tenha, no século XVIII, quando do início da sistematização dos assuntos pertinentes à “higiene individual e coletiva”, segundo Rosen (1980), assumido o caráter de “polícia médica”, no Brasil, com o próprio desenvolvimento derivado da industrialização, foi adquirindo novas características derivadas de concepções emergentes para sua prática, de tal maneira que se pode observar, na evolução das atividades de proteção da saúde no Estado de São Paulo, a incorporação progressiva, ao longo do tempo, de novas tarefas para o cumprimento de antigas funções.

Como exemplo simbólico, pode-se estabelecer a seguinte comparação: no começo do século XX, executavam-se ações para o “controle das amas de leite”,⁷ enquanto nos anos 1980 efetuava-se a “monitorização para controle da radioatividade no leite em pó importado da Europa Oriental, na área de referência de Chernobyl”,⁸ o que, respeitadas as distâncias tecnológicas e culturais de oito décadas, representa semelhante preocupação do Poder Público com o controle sanitário da alimentação.

Tomadas as modalidades de intervenção pública (governamental) na atividade de vigilância sanitária, há que se distinguir a figura do Estado, com suas características estruturais, da figura de Governo, este com características operacionais e de processo, conforme definido anteriormente. Tal distinção é crítica na análise da atividade, uma vez que a legislação sanitária faz parte do arcabouço jurídico do Estado, enquanto que o Governo, transitório nas democracias, tem seus rumos e direções definidos segundo os compromissos assumidos com suas bases de sustentação política, o que nem sempre coincide com os interesses sanitários do conjunto ou da maioria da população.

Pelas suas características, as ações de vigilância sanitária têm sido, ao longo do tempo, incorporadas pelo Poder Público, mais como resultado da pressão da imprensa, da academia e das elites do que por uma efetiva busca dos problemas ou uma

⁷ Cf. Decreto Estadual n. 1.343 de 27 de janeiro de 1906; artigo 22, § 3º.

⁸ Cf. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Comissão avaliará radioatividade dos alimentos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 19, set./out. 1987, p. 128.

antecipação a eles. Há que se recordar os diversos casos de leucopenia por exposição ao benzeno em trabalhadores da Companhia Siderúrgica Paulista (Cosipa), em Cubatão, São Paulo, em 1985 (RUIZ, 1985), e a tragédia dos catadores de lixo, contaminados por cézio radioativo em Goiânia, Goiás, em setembro de 1987.

Em 1993, a Shell do Brasil teve seu nome ligado a casos de intoxicação pelo chumbo entre moradores do bairro Vila Carioca em São Paulo, local onde funcionou durante muito tempo uma área de estocagem de combustível dessa empresa. Em 2002, exames identificaram intoxicação por metais pesados em aproximadamente 200 moradores e contaminação do lençol freático de um bairro do Município de Paulínia em área adjacente a uma base de estocagem de combustível da mesma empresa.⁹

Balizado pelo conjunto de definições anteriormente apontadas, este trabalho delimita a sua análise segundo variáveis de tempo e lugar, no estudo da regulação da vida das pessoas visando a promoção e a proteção da saúde no Estado de São Paulo, a partir de um sucinto retrospecto histórico desde sua colonização, porém com ênfase a partir da criação do Serviço Sanitário do Estado em 1892, passando pela reforma administrativa do governo Franco Montoro e chegando até a promulgação do Código Sanitário de 1998.

⁹ *Vigilância sanitária autua Shell*. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/ciencia/noticias/2002/abril/23/238/htm>>. Acesso em: 31.07.2005.

3

A PROTEÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Ações intencionais de proteção da saúde e prevenção de doenças possivelmente tenham sido tomadas desde quando os portugueses aportaram por estas terras iniciando o processo de colonização e o povoamento da Capitania de São Vicente. Entretanto, dispõe-se de registros fragmentados e dispersos dessas intervenções. Os que aqui habitavam antes da chegada do europeu também realizavam, a seu modo, ações nesse sentido. Contudo, a primeira grande ação pública no que diz respeito à saúde, bastante documentada, é a fundação de um hospital nas terras dessa Capitania.

A Santa Casa da Misericórdia de Todos os Santos, fundada por Bras Cubas no litoral da Capitania de São Vicente, provavelmente em 1º de novembro de 1543, tinha por finalidade prestar assistência aos doentes da terra e aos que aqui chegassem nos navios em trânsito. Não se sabe ao certo se foi o primeiro, segundo ou terceiro hospital do Brasil, porém seguramente foi o primeiro hospital instalado no que vem a ser hoje o Estado de São Paulo. (SANTOS FILHO, 1977, p. 243).

Como intervenção no habitar, segundo Serafim Leite, os primeiros registros dão conta de que, em 15 de junho de 1553, Padre Manoel da Nóbrega anunciou que

no Campo de Piratininga três aldeias indígenas juntar-se-ão numa só onde uns 50 catecúmenos irão melhor aprender a doutrina cristã. No dia 29 de agosto começa a sua construção inclusive do Colégio dos Jesuítas ao centro do Patio e a nova vila é inaugurada em 25 de janeiro de 1554. Nela as novas casas, já separam famílias, homens e mulheres, para assim viverem de modo cristão e sem promiscuidade. (1958, p. 42).

Esse novo estilo de moradia nas vilas jesuítas era bastante diferente do modo tradicional das aldeias indígenas com grandes habitações coletivas, circundando uma praça central.

Segundo Santos Filho (1977), em 1557, Santo André da Borda do Campo, onde João Ramalho atuava como uma espécie de alcaide, era um local onde havia muitos mamelucos. Lá os moradores receberam ordens para que limpassem seus quintais e as ruas e lançassem todo o lixo e materiais fecais nos rios e no mato.

As ações referentes ao meio ambiente e controle das habitações desde a chegada de Martin Afonso de Souza em São Vicente estavam presentes, e foram sofisticando-se paralelamente com a chegada de novos habitantes e com a urbanização. Em 1589, a Câmara de São Paulo determinou que os moradores limpassem até a distância de dez braças ao redor dos muros de taipas que cercavam a povoação. Também foi proibido que os leprosos habitassem locais nas adjacências das águas de serventia.

A regulamentação das profissões ligadas à saúde, surge poucos anos após a descoberta do Brasil. Em 1521, o monarca português D. Manuel, criou a fisicatura-mór, cargo ocupado pelo físico-mor do Reino que, junto com o cirurgião-mor, regulamentava, fiscalizava e licenciava os profissionais médicos, cirurgiões-barbeiros e farmacêuticos para atuarem no Reino e por meio de seus delegados exercia tais controles nas colônias.

Essa regulamentação era bastante frágil. Licenciados em medicina ou físicos, de posse da licença-diploma, poderiam exercer a profissão sem restrições, após curso regular em escola portuguesa ou castelhana. Nas colônias, cirurgiões-barbeiros ou barbeiros atuavam como os físicos (médicos) por falta destes. A diferença entre um cirurgião-barbeiro e o barbeiro é que o primeiro era habilitado (por exame ou por estudo) e podia praticar toda a arte dentária e a cirurgia, enquanto o barbeiro, comumente um prático, podia apenas sangrar, aplicar ventosas e arrancar dentes. (HERSON, 1996).

O ensino da medicina nas faculdades convivía com uma medicina européia medieval que era transmitida ou ensinada nos conventos e nas abadias. E os leitos dos enfermos dessas ordens religiosas ou congregações eram assistidos por outros irmãos de congregação, iniciados nas práticas de cura e na prescrição de chás e ervas. Conforme Rosen (1980), a maneira como os monges cuidavam de seus próprios doentes tornou-se um modelo para o atendimento praticado pelos leigos.

Segundo Bella Herson,

conforme a necessidade, os jesuítas empregavam no Brasil os conhecimentos médicos e cirúrgicos da época: sangravam apesar da Igreja proibir efusão de sangue, salvavam as vidas e não entregavam os doentes à vontade de Deus enquanto podiam, embora a Igreja pregasse que a doença era um castigo divino e a morte a vontade de Deus. (HERSON, 1996, p. 63).

A medicina jesuítica rivalizava, nos séculos XVI e XVII, com a desenvolvida pelos profissionais da arte de curar, sobrepujando-a nos sentidos de maior eficiência, mais caridade no trato e melhores conhecimentos. Os padres de Santo Inácio, além da condição social superior, possuíam mais instrução e mais cultura que os físicos e cirurgiões-barbeiros que

emigraram para o Brasil. Nessa época, segundo Santos Filho (1977), entre os jesuítas que se ocuparam em barbear, curar feridas e sangrar, destacam-se os nomes de José de Anchieta, João Gonçalves e Gregório Serrão.

Entretanto, nos primeiros 100 anos da Capitania, essa prática médica não-oficial dos jesuítas foi se tornando hegemônica e monopolista. Quase não existiam médicos na Capitania de São Vicente, apenas barbeiros e curandeiros exercendo oficiosamente esse papel. Alcantara Machado (*in* Farina, 1981, p. 42) afirma que somente em 1638 o primeiro cirurgião licenciado, de nome Paulo Rodrigues Brandão, passa a trabalhar na Capitania de São Vicente, na cidade de São Paulo. E a medicina nativa dos pagés e dos feiticeiros era ignorada e valadamente combatida, em uma clara intenção de redução da influência das medicinas indígena e africana.

Segundo Serafim Leite, durante décadas no século XVI, os padres da Companhia de Jesus aprenderam quase toda a medicina indígena baseada no poder curativo das ervas, tanto que “a farmácia ou botica do Colégio de São Paulo vem do início da cidade (ainda vila) e cresceu no Século XVII e no Século XVIII tornando-se não apenas um depósito mas uma produtora de medicamentos, que vendia aos ricos e doava aos pobres” (1958, p. 42). O intercâmbio entre os sacerdotes da Companhia de Jesus difunde os conhecimentos sobre o poder terapêuticos das ervas entre as várias localidades da América espanhola e também na Europa, derivado do intercâmbio na Península Ibérica entre Portugal e Espanha e entre estes e suas colônias.

Segundo Farina (1992), em São Paulo, a botica localizada junto ao Colégio, era constituída por uma sala ampla e uma oficina ou laboratório onde se fabricavam os remédios. Havia uma troca de fórmulas entre as várias boticas da Companhia de Jesus situadas em Evora, Lisboa, Macau, Goa, Bahia, Recife e Rio de Janeiro, sendo que, algumas fórmulas acabaram incorporadas à farmacopéia oficial lusitana e até à francesa.

Segundo Bertolli Filho,

em 1746 em todo o território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades européias. O capitão-general Luis de Mascarenhas, que administrava a capitania de São Paulo, reconhecia que os médicos europeus eram raros e caros, enquanto os boticários (espécie de farmacêuticos) haviam se degenerado, negando-se a socorrer enfermos sem dinheiro. O capitão-general exaltava ainda a eficiência dos remédios populares, confidenciando que ele próprio recorria aos curadores e também aos padres da Companhia de Jesus para tratar da saúde. (1998, p. 7).

Em 1750 os conventos dos jesuítas eram o centro da vida cultural, científica e literária da Colônia. Possuíam as únicas escolas oficiais e as principais boticas. Nessa ocasião, os discípulos de Ignacio de Loyola mantinham no Brasil importante complexo comercial e industrial composto de olarias, ferrarias, alfaiatarias, sapatarias, fazendas de criação e engenhos de açúcar, além dos colégios, boticas, igrejas e conventos.

Essa hegemonia da Companhia de Jesus irá despertar a atenção da Coroa portuguesa. Sebastião José de Carvalho e Mello, Marquês de Pombal, ministro do rei de Portugal D. José I no período de 1750 a 1777, a quem alguns chamam de déspota esclarecido, em 1757 acreditava ser essencial laicizar o ensino e a educação em Portugal e colônias e também retirar dos jesuítas o poder obtido com o controle da mão-de-obra indígena nas missões no Brasil. Nesse sentido, promulga ato de emancipação dos indígenas, o que vem dificultar a ação dos jesuítas em suas missões e fazendas movimentadas pelos índios. A partir de então, a relação entre Igreja e Coroa ficou difícil e culminou com a expulsão da Companhia de Jesus, de Portugal e de todas as suas colônias, por meio de decreto em 1759. Seus bens foram tomados pelo Estado e algumas dessas edificações foram transformadas em hospitais ou guarnições militares, em repartições públicas ou, ainda, nas residências oficiais dos governadores (CALDEIRA, 1999).

Herson afirma ser possível supor que muitos dos médicos, dos cirurgiões-barbeiros e dos boticários degredados ou fugidos da Inquisição chegavam ao Brasil sem admitir sua verdadeira profissão, pois o decreto real de 1671 estabelecia que aqueles médicos, cirurgiões e boticários após a “reconciliação com o Santo Officio ficavam proibidos de exercer sua profissão sob a pena de serem exterminados” (HERSON, 1996, p. 107). Em 1773, por decreto do Marquês de Pombal, é eliminada em Portugal e colônias a distinção legal entre cristãos novos e cristãos velhos, o que permitiu que muitos desses médicos, cirurgiões-barbeiros e boticários, antes temerosos e que nas colônias cuidavam das plantações e criações, voltassem a praticar sua profissão (VIANNA, 1961).

Adquire importância a ação do Marquês de Pombal, pois sua política de modernização do reino e colônias, baseada em uma clara separação das funções clericais das governamentais, na laicização do ensino, no incentivo à produção e no aumento do intercâmbio comercial entre a sede da Coroa e suas colônias e no incremento do idioma português nestas, vai alterar profundamente a vida e os costumes de todos.

Extinta a Capitania de São Vicente em maio de 1748, São Paulo tornou-se sensivelmente reduzido em seu território, e seus habitantes ficaram sob a jurisdição do governador do Rio de Janeiro, do qual os atuais Estados de São Paulo, Paraná e Santa Catarina torna-

ram-se comarcas. Isso significou que o território da Província de São Paulo passou a ser controlado e governado à distância durante 17 anos, até que D. José I nomeou Morgado de Mateus, seu governador, por ato de 6 de janeiro de 1765. Esse fidalgo da casa real portuguesa desembarcou no Brasil em meados desse mesmo ano, incumbido pelo Marquês de Pombal de expandir as fronteiras para o oeste, proteger o sul do País contra os espanhóis e enviar recursos para a reconstrução de Lisboa, destruída por um grande terremoto em 1755.

Nos dez anos que aqui permaneceu, a Capitania de São Paulo prosperou, graças à atividade agrícola que então passou a ser incentivada e exercida visando a exportação de seus produtos. Morgado de Mateus trouxe ao País a maior coleção de mapas e referências bibliográficas que pôde encontrar e uma equipe de cartógrafos, com quem traçaria os destinos de São Paulo. Realizou uma política de povoamento e multiplicação de aglomerados humanos para fazer frente a uma possível invasão espanhola. Povoações como Campinas e Piracicaba foram fundadas na tentativa de reunir habitantes dispersos pelo vasto território. As instruções dadas por ele, para arruamento das novas povoações, constituem as primeiras intervenções estruturadas em ocupação e parcelamento de solo de que dispomos. Suas ordens eram de que, no sítio escolhido para a nova povoação, deveria existir rio, caça e espaços para as roças. Quando se fizesse a praça quadrangular, nas povoações recém-formadas, deviam ser colocadas cordas esticadas para assinalar as ruas e travessas, que deveriam ser retas. E, ainda, que em toda povoação deveria haver uma igreja.

Entre as novas atividades e ocupações que tomaram impulso durante a segunda metade do século XVIII, destacou-se o fabrico de remédios secretos. Os segredos medicinais tiveram muita aceitação em Portugal e colônias, sendo preparados e vendidos por portugueses e estrangeiros, pertencentes a todo tipo de profissões, com destaque para os médicos e cirurgiões. Os seus autores e fabricantes escondiam do público a composição e muito freqüentemente preparavam-nos em grandes quantidades para serem vendidos a largas distâncias. Com esses remédios surgiu a publicidade de medicamentos, utilizando os anúncios publicados em jornais, almanaques e cartazes impressos, afixados nas ruas. Esses medicamentos destinavam-se principalmente ao consumo por automedicação, facilitado pela introdução dos folhetos indicando as doenças em que podiam ser aplicados, as doses e a dieta que devia acompanhar a sua administração. Esses remédios distinguiam-se dos tradicionais, caracterizados pela preparação em pequena escala pelo boticário, de acordo com receita médica prescrita para um determinado doente, morador a curta distância da botica. O antigo arsenal terapêutico, no qual predominavam as substâncias vegetais, facilmente degradáveis, aplicava-se bem a esta forma de produção. O surgimento dos sais e dos medicamentos químicos, muito mais estáveis, veio possibilitar a produção em larga escala e para consumo em locais distantes.

A oposição aos remédios secretos atingiu o seu ponto mais alto depois de 1782, com a criação da Junta do Proto-Medicato. Conforme Marques,

as ações da Junta do Proto-Medicato datadas do final do século XVIII revelam o empenho das autoridades em normatizar as práticas de cura, atribuindo à experimentação o lugar que lhe passou a caber com o advento da medicina científica. Tratava-se de reorganizar os saberes sobre os remédios. Isto é, não bastava que curassem. Era fundamental que se soubesse por que curavam, e para isso tinham de ter suas fórmulas reveladas, testadas e comprovadas, a bem da verdade científica. (2005, p. 23).

As funções de regulação do exercício profissional, exercidas pelo físico-mor, junto com o cirurgião-mor, a partir de 1782, passaram a ser exercidas pela Junta do Proto-Medicato, esta, sucedida em 1799 pela Real Junta do Proto-Medicato, que elaborou os regimentos que passaram a vigorar depois de 1800, permanecendo a delegação de poderes no referente às colônias. A fisicatura, ou seja, todo controle do exercício profissional concentrado nas mãos do físico-mor do reino, já não respondia às necessidades da sede da Coroa e das colônias, e a Junta do Proto-Medicato, constituída por um grupo de físicos, cirurgiões-barbeiros e farmacêuticos, teoricamente agilizaria os reconhecimentos e licenciamentos. Na época, todo o exercício profissional nas áreas da saúde era normalizado e ordenado, e os órgãos controladores eram a Real Junta do Proto-Medicato de Lisboa e seus delegados coloniais.

Em 1808, com a transferência da Coroa para o Brasil, é extinta a Junta do Proto-Medicato e é restabelecida a fisicatura como ordenadora e controladora do exercício profissional dos médicos, cirurgiões-barbeiros e farmacêuticos.

Bier (1966) relata que desde 1808 a vacina antivariólica utilizada era a vacina de Jenner, trazida de Portugal por iniciativa do marquês de Barbacena, nos braços de seis escravos (levados para serem inoculados e retornando ao Brasil com a pústula vacinal), e essa vacina era mantida e difundida braço a braço a partir dos braços de escravos. Em 1811 foram criados os institutos vacínicos em várias cidades do País visando imunizar a população, e somente em 1887 foi introduzida a vacina produzida a partir da linfa animal.

Após a Independência do Brasil em 1822, começam a surgir manifestações no sentido de serem ampliados os poderes locais em face das dimensões territoriais do País e das dificuldades de comunicação entre a capital, as províncias e as localidades mais distantes. Nesse sentido, Lei Federal de 1º de outubro de 1828 definiu pela primeira vez a municipalização de um conjunto de atividades, dentre as quais as ações de polícia sanitária e saúde pública.

Em 1846, o Decreto n. 464, de 17 de agosto, tornou obrigatória em todo o Império do Brasil a vacinação antivariólica, e a partir de 1882 foi instituído o isolamento compulsório dos variolosos, como tentativa de reduzir a propagação dessa doença.

Em 11 de março de 1866 foi implantada a Inspectoria de Higiene da Província de São Paulo, composta de um inspetor e dois médicos, instalados em uma das salas do palácio do governo, tendo, conforme Mascarenhas, ocorrido a primeira crise entre seus membros apenas um mês após a sua instalação, por conta de divergências sobre medidas emergenciais que deveriam ser tomadas para o combate da varíola.

**Tabela 3.1 – Reconstituição da memória estatística da grande São Paulo –
Cidade de São Paulo**

Proporção dos escravos sobre a população da cidade de São Paulo
1765 – 1772 – 1798 – 1836 – 1886

ANO	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO ES CRAVA	PROPORÇÃO DE ES CRAVOS (em percentagem)
1765	20.873 ¹	5.988	28,3
1772	21.272	5.160	24,2
1798	21.304	6.075	28,5
1836	21.933	5.319	24,2
1886	47.697	493	1,0

Fonte dos dados básicos: MARCÍLIO, Maria Luiza. A estrutura da população. In: *A cidade de São Paulo: povoamento e população, 1750-1850*, São Paulo: Pioneira, 1974, p. 129.

¹ Estimativa.

**Tabela 3.2 – Reconstituição da memória estatística da grande São Paulo –
Cidade de São Paulo**

População absoluta
1765-1940

ANO	CIDADE	CAPITANIA ²	PERCENTUAL DA CIDADE NO TOTAL
1765	20.873 ¹	80.000 ¹	26,09
1772	21.272	100.537	21,15
1798	21.304	158.450 ¹	13,44
1803	24.311	188.379	12,90
1816	25.486	219.867	11,59
1836	21.933	326.902	6,70
1872	31.385	837.354	3,75
1890	64.934	1.384.753	4,69
1900	239.820	2.282.279	10,51
1920	579.033	4.592.188	12,61
1940	1.326.261	7.180.316	18,47

Fonte dos dados básicos: MARCÍLIO, Maria Luiza. *Op. cit.*, p. 99.

¹ Estimativa

² Província ou Estado

Antônio de Queiroz Telles, o visconde de Parnaíba, durante o período de ascensão da economia cafeeira, prevendo o iminente fim da escravidão e a necessidade de substituição do braço escravo pelo do imigrante, em 1878, eleito governador da Província de São Paulo, percorreu vários países da Europa. Sob sua presidência, a Sociedade Promotora de Imigração teve início em 1886, e a partir de então se deu, em larga escala, a entrada no Brasil, e em particular em São Paulo, de imigrantes oriundos da Europa, principalmente da Itália.

Segundo Farina (1981), em 1878 havia um número muito pequeno de médicos no interior do Estado de São Paulo, e muitas áreas inexploradas acessíveis apenas aos bandeirantes e outras em colonização com a chegada dos primeiros imigrantes. Nas fazendas longínquas, os moradores (senhores e escravos) ficavam à mercê da sorte, das benzedadeiras e das curiosas. Ainda em 1878, o *Almanaque Litterario*, publicado por José Maria Lisboa, trouxe um “Guia médico com indicações práticas” para servir de base aos fazendeiros, aos bandeirantes, e a quem tivesse dificuldade de acesso aos médicos e farmácias, apresentando uma lista de remédios usuais que se deveria ter nas fazendas. Iniciava-se o período dos almanaques de farmácia. Segundo o autor, em 1885 existiam na cidade de São Paulo apenas seis farmácias autorizadas pela Junta de Higiene Pública do governo imperial.

Como herança da colonização portuguesa, alguns traços culturais cuja origem remontam à vinda da família real para o Brasil, em 1808, penetraram na administração pública brasileira. Pode-se destacar, entre eles, a burocratização, o formalismo e a centralização administrativa.

A crítica à centralização da administração pública brasileira remonta ao período imperial, pois já em 1862 o Visconde do Uruguay observava tal situação:

A absorção da gerência de todos os interesses ainda secundários e locais pelo governo central mata a vida das localidades, nada lhes deixa fazer, perpetua nelas a indiferença e a ignorância de seus negócios, e fecha as portas da única escola em que a população pode aprender, habilitar-se praticamente para gerir os negócios públicos. (Apud MASCARENHAS, 1949, p. 29).

Em seu trabalho *História da saúde pública no estado de São Paulo*, Mascarenhas (1949) aponta que os serviços de saúde pública do Imperio passaram por três fases distintas:

- a. Centralização absoluta segundo a tradição colonial, até 1828;
- b. Descentralização quase que total, ficando a cargo das municipalidades de 1828 até 1850;

- c. Centralização a partir de 1850 com órgãos centrais, provinciais e municipais, sendo os últimos subordinados aos primeiros.

Segundo o mesmo autor (1949), no período de descentralização muito pouco foi realizado em termos sanitários, resultando em experiências localizadas em alguns poucos municípios que produziram regulamentos e normas sanitárias e efetuaram algumas ações relacionadas com a proteção do meio ambiente, lixo e água potável.

Com o golpe militar de 15 de novembro de 1889 que derrubou a Monarquia, os órgãos governamentais e as estruturas burocráticas construídas pelo *ancien regime*, progressivamente, com a consolidação da República (*res publica*), vão se mostrando inadequados e passam a não mais responder às necessidades da nova ordem emergente. Tal situação refere-se às funções legislativas, judiciárias, policiais, educacionais e também dos serviços sanitários. Era necessário construir um novo Estado nacional republicano, o que tem início com a instalação da Assembléia Nacional Constituinte e a promulgação da Constituição Republicana.

De mesmo modo que no plano federal, com a promulgação da Constituição Republicana de 1891 definindo as competências dos Estados, em São Paulo a Constituição Estadual de 1891 definiu as novas atribuições para os governos estadual e municipais na cidade de São Paulo e cidades do interior, e têm início os serviços estaduais de saúde pública.

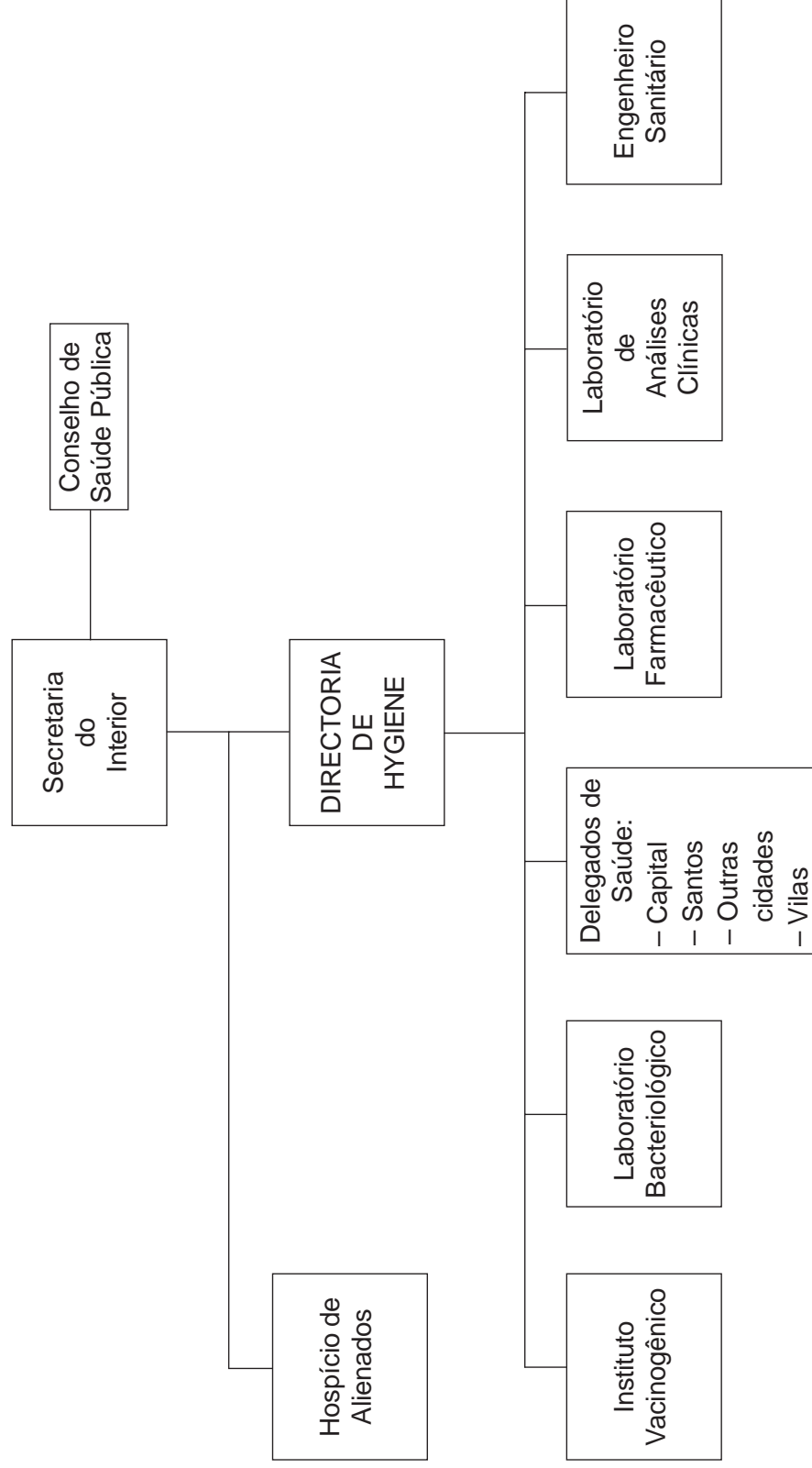
O Decreto Estadual n. 50, de 28 de abril de 1890, que “fixa a despesa e orça a receita do Estado de São Paulo para o exercício de 1890 e 1891”, autoriza em seu artigo 8º, § 4º, o governador do Estado a organizar uma repartição de higiene, expedindo regulamento e criando cargos, bem como autorizando a implantação de uma farmácia para o atendimento de quem dela necessitasse. Ainda em 1890, o governador do Estado, por meio do Regulamento n. 2, de 18 de julho, criou e regulamentou a Farmácia do Estado de São Paulo.

De acordo com as Disposições Transitórias da Constituição Republicana de 1891, o Decreto Federal n. 438, de 11 de julho de 1891, vem regular a transferência dos serviços locais de saúde para os Estados já constituídos, permanecendo como atribuição federal, entretanto, a polícia sanitária dos portos e fronteiras.

Pela Lei Estadual n. 12, de 28 de outubro de 1891, é criado o “Serviço Sanitário do Estado”, que será desempenhado por um “Conselho de Saúde Pública” e uma “Inspeção Geral de Higiene”, ligados à Secretaria do Interior do Estado de São Paulo, com o objetivo de absorver as funções das antigas repartições sanitárias imperiais (ver Quadro 3.1).

Quadro 3.1

**SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO
(1892)**



A vacinação e a revacinação antivariólicas obrigatórias no Estado de São Paulo são introduzidas pela Lei Estadual n. 13, de 7 de novembro de 1891, a qual estabelecia como punição aos infratores (faltosos à vacinação) multas e, nos casos de reincidência, até a pena de prisão.

O Decreto Federal n. 666, de 14 de novembro de 1891, declara desligada da administração federal a “Inspeção de Hygiene do Estado de São Paulo” (existente no Estado desde 1866), cujas estrutura e funções passam a integrar o recém-criado “Serviço Sanitário do Estado”.

A Lei Estadual n. 15, de 11 de novembro de 1891, que fixa o orçamento do Estado, determina em seu artigo 34 que o governo deverá reorganizar o Serviço Sanitário do Estado. E, por meio da Lei n. 43, de 18 de julho de 1892, regulamentada pelo Decreto n. 87, de 29 de julho de 1892, o Serviço Sanitário do Estado foi finalmente estruturado, bem como suas funções e atribuições foram definidas.

Destaca-se na Lei n. 43 a criação da função de engenheiro sanitário, conforme o § 3º do artigo 1º, que diz:

§ 3º De um Engenheiro Sanitário sob a direção do qual trabalharão as comissões necessárias ao estudo e organização de planos tendentes ao melhoramento do estado sanitário. Ficam a cargo desse engenheiro sanitário as observações metereológicas exactas, regulares e seguidas, fornecendo o mesmo funcionario, trimestralmente, um relatório que servirá de esboço a um trabalho sobre as vicissitudes climatéricas entre nós.

Nessa reformulação do Serviço Sanitário de 1892, Theodoro Sampaio,¹⁰ a convite do então secretário de Estado dos Negócios do Interior, Vicente de Carvalho, assumiu o cargo de engenheiro sanitário, incumbido de realizar as obras de saneamento da cidade, que ele mesmo havia projetado por iniciativa do Governo Provisório, logo depois da Proclamação da República em 1889. A partir de 1898 até o seu pedido de demissão em 1903, foi o engenheiro-chefe da Repartição de Águas e Esgotos de São Paulo (COSTA, 2002).

O Decreto n. 87, de 29 de julho de 1892, que regulamentava a Lei n. 43, de 18 de julho de 1892, denominava-se “Regulamento de Hygiene”, composto de 15 capítulos e

¹⁰ Theodoro Sampaio, um dos primeiros engenheiros negros do Brasil, destacou-se entre os engenheiros do País à sua época. Também era insigne tupinólogo e historiador.

78 artigos, contendo determinações e regulamentações que foram incorporadas ao primeiro Código Sanitário. Tal regulamento definia pela primeira vez as questões como descentralização e distritalização, quando dividia o Estado em quatro regiões de atuação, correspondentes às seções: 1. Capital, 2. Santos e Campinas, 3. Demais cidades e 4. Vilas.

Definia também as atribuições dos delegados de higiene da capital e do interior, referentes a:

1. Saneamento do meio ambiente e das habitações;
2. Controle de doenças endêmico-epidêmicas;
3. A organização, direção e distribuição dos socorros de assistência pública;
4. Fiscalização das profissões médicas, farmacêuticas, barbeiros, de obstetrícia e arte dentária;
5. Inspeção sanitária das escolas, oficinas, fábricas, hospitais, hospícios, prisões, quartéis, estabelecimentos de caridade e asilos;
6. Fiscalização das farmácias, drogarias e lojas de instrumentos de cirurgia;
7. Polícia sanitária sobre tudo que direta ou indiretamente pudesse influir na salubridade das cidades, vilas e povoações do Estado.

Pelo artigo 16 do Regulamento de Higiene, “a Polícia Sanitária será confiada às autoridades e terá por fim prevenir e reprimir os abusos que possam comprometer a saúde pública”.

Essa Lei, em todo o Capítulo VII, desde o artigo 25 até o 56, pela primeira vez em nível estadual sistematizava e regulamentava o “exercício *da medicina, da farmácia, da obstetrícia e da arte dentária*”, controlando o direito ao exercício dessas profissões, definindo e arbitrando inclusive relações interprofissionais, como se observa nos artigos:

Art. 26. Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas, deverão matricular-se apresentando os respectivos títulos ou licenças na Diretoria de Higiene, a fim de serem registrados.

Art. 41. É prohibido aos pharmacêuticos alterar fórmulas prescriptas ou substituir medicamentos, ficando-lhes salvo o direito de não aviarem a receita quando lhes parecer que o remédio prescripto pode ser perigoso ao doente.

Art. 42. Ao médico cuja receita não for aviada, assiste o direito de submettê-la ao exame da Directoria de Hygiene e do resultado se lavrará termo, cujo teor será dado por certidão a quem o requerer.

Art. 43. É absolutamente prohibida a venda de remédios secretos, sendo considerados taes os preparados officinaes de fórmulas não consignadas nas pharmacopéias e as não aprovadas pela Directoria de Hygiene.

Em 28 de fevereiro de 1893, pelo Decreto n. 159, é aprovado o Regulamento do Laboratório de Análises Químicas, cujo objetivo era “a análise e exames de alimentos, bebidas e drogas e de qualquer matéria cujo conhecimento pode ser de utilidade”. Importante destacar que esse regulamento já trazia alguns elementos e as primeiras definições de um código de alimentação pública.

Pelos dispositivos da Lei n. 240, de 4 de setembro de 1893, mais uma vez o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo foi reorganizado, tendo sido transferidas algumas de suas atribuições às municipalidades, conforme a seguir:

Art. 1º O Serviço Sanitário do Estado é municipal e geral.

Art. 2º São attribuições das municipalidades:

- a) O saneamento local do meio em todos os seus detalhes;
- b) A polícia sanitária das habitações particulares e colectivas dos estabelecimentos industriais e de tudo que directa ou indirectamente possa influir na salubridade do município;
- c) A fiscalização sanitária de todos os grandes estabelecimentos públicos e particulares, que mediata e immediatamente concorram para modificar as condições sanitárias do meio;
- d) A fiscalização da alimentação pública, do fabrico e consumo das bebidas nacionaes e estrangeiras, naturaes e artificiaes;
- e) A organização e direção dos serviços de assistência pública;
- f) A organização e direção do serviço de vaccinação e revaccinação.

Art. 3º O governo fará publicar o Código Sanitário e distribuirá a todas as municipalidades do Estado exemplares do mesmo, com o fito de difundir o conhecimento dos princípios geraes da higyene pública administrativa.

Art. 4º O serviço sanitário de competência das municipalidades correrá pelos respectivos cofres, podendo o Governo Estadual, pela verba de Auxílios de Municipalidades, subvencionar aquellas que demonstrem insufficiência de meios para as despesas desta natureza.

A Lei n. 240 também regulamentou as funções das diversas repartições do Serviço Sanitário do Estado (ver Quadro 3.2), as atribuições dos seus dirigentes e dos funcionários, bem como definiu as formas de contratação de pessoal nos períodos anormais, embora sem definir normalidade e anormalidade.

Art. 109. Em épocas anormaes e sob proposta do Director do Serviço Sanitário, poderá o Governo nomear em comissão ou auctorizar a contratar tantos funcçionários quantos sejam necessários às exigências do serviço.

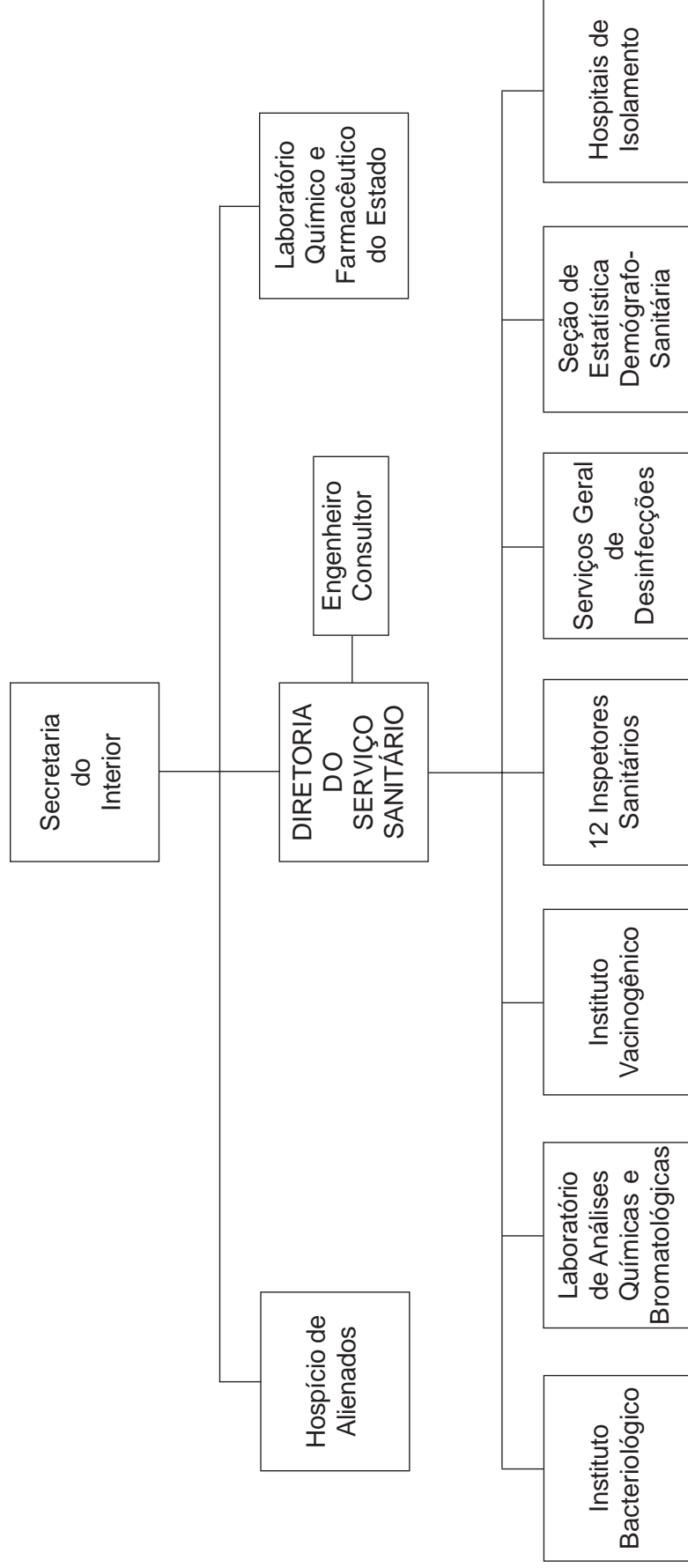
O Serviço Geral de Desinfecção teve seu regulamento aprovado pelo Decreto n. 219, de 30 de novembro de 1893. Estabelecia normas para: desinfecções domiciliares, desinfecções das estações, isolamento domiciliar de doentes com moléstias transmissíveis, condução de doentes e transportes de cadáveres. Estabelecia as escalas de prontidão dos desinfectadores e cocheiros, padronizava as fórmulas das soluções desinfectantes e definia também as regras de atuação do serviços de desinfecção (estaduais ou municipais).

O Decreto n. 233, de 2 de março de 1894, que estabelece o Código Sanitário, possuía 520 artigos, regulamentando os seguintes assuntos: Ruas e praças públicas; Das habitações em geral; Das habitações coletivas; Hotéis e casas de pensões; Das habitações insalubres; Fábricas e oficinas; Escolas, teatros; Alimentação pública; Padarias, botequins e restaurantes; Açougues, mercados e matadouros; Abastecimento de água; Cocheiras e estábulos; Casas de banho, barbeiros e cabeleireiros; Lavanderias públicas; Latrinas e mictórios públicos; Esgotos; Hospitais e maternidades; Acidentes na rua; Necrotérios, cemitérios e enterramentos; Precauções imediatas contra moléstias epidêmicas e transmissíveis; Vacinação e revacinação; Da notificação compulsória de doenças.

A cidade de São Paulo, que em 1872 registrava uma população de aproximadamente 26.000 habitantes (pouco acima da existente em 1850), passa em 1886 a ter 47.697 habitantes, chegando a 1900 com aproximadamente 240.000 habitantes. Ou seja, em pouco menos de 30 anos a população aumentou quase dez vezes. (ver Tabela 3.1 e 3.2)

Quadro 3.2

SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO (1893)



Esse aumento populacional verificado, de 1.000% no período anterior a 1900, não foi acompanhado de uma expansão compatível de moradias. A pouca flexibilidade das linhas do sistema de transporte coletivo (bondes) e a não-extensão das linhas para localidades suburbanas não facilitaram o surgimento de loteamentos populares na periferia. A moradia em vilas operárias localizadas próximas às linhas de transporte ferroviário era uma opção que alguns industriais ofereciam apenas aos empregados mais qualificados.

A grande demanda por habitações de aluguel, de baixo preço e com localização em áreas próximas ao centro faz surgir um mercado de locação bastante interessante como investimento para os especuladores: a *habitação coletiva de aluguel*, conhecida também como *cortiço* (PENTEADO, 1962).

Originalmente, surgiram nos bairros centrais: Sé, Santa Efigênia, Bexiga, Consolação, aparecendo posteriormente também em bairros operários como Brás, Belenzinho, Mooca e Barra Funda e, após a virada do século, nos bairros de elite como Campos Elíseos. Um único imóvel poderia ter seus vários cômodos alugados, e em cada um deles cabia uma família.

Visando coibir uma série de construções que surgiram voltadas para atender essa demanda, o Poder Público, mediante o Código Sanitário de 1894, preconizava nos seus artigos 138, 139, 141 e 142, o seguinte:

Art. 138. Deve ser terminantemente proibida a construção de cortiços, convindo que as municipalidades providenciem para que desapareçam os existentes.

Art. 139. Não devem ser toleradas as grandes casas subdivididas, que servem de domicílio a grande número de indivíduos.

Art. 141. As villas operárias deverão ser estabelecidas fora da aglomeração urbana.

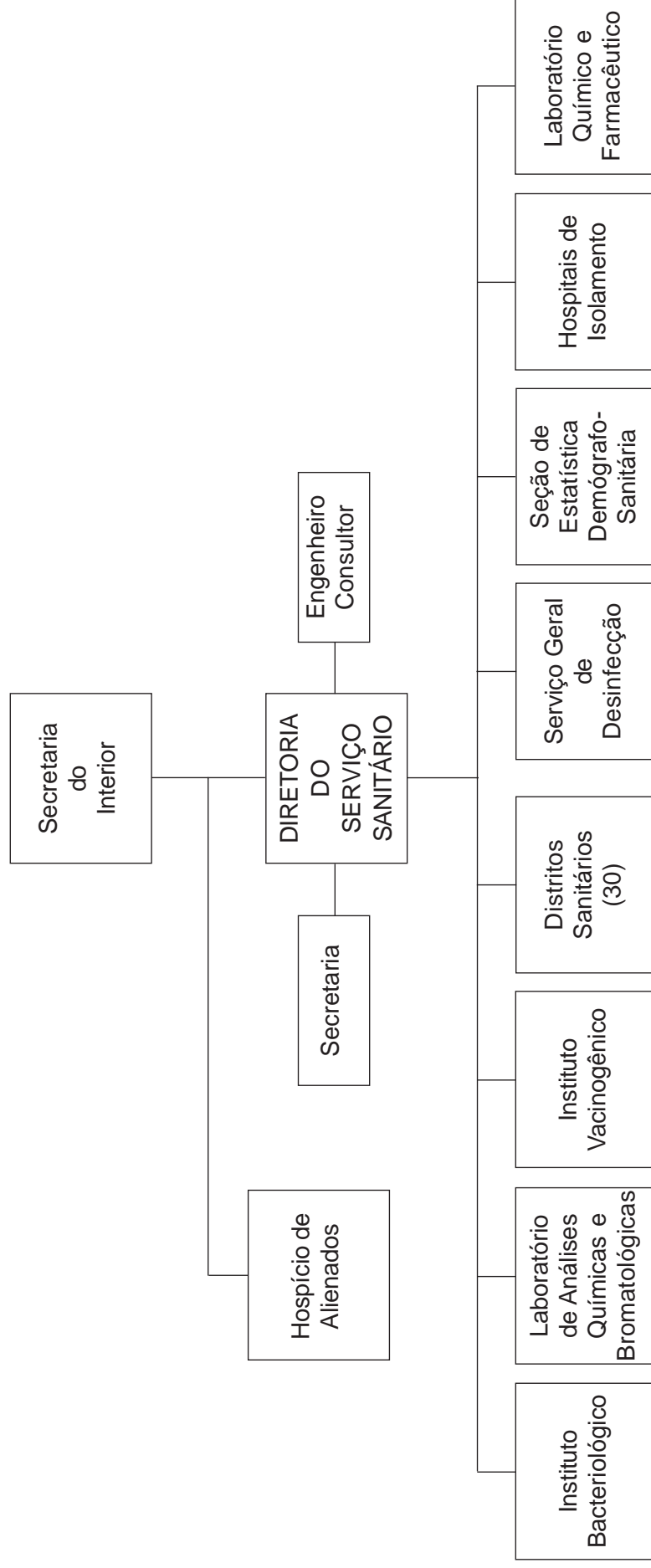
Art. 142. As casas para habitação das classes pobres deverão ser construídas em grupos de 4 a 6, no máximo.

O Decreto n. 266, de 31 de outubro de 1894, determinou o “Regulamento dos Hospitais de Isolamento”, e estabeleceu as normas para o funcionamento desses hospitais no Estado de São Paulo.

Em 1896, o Serviço Sanitário do Estado passa por novas modificações (ver Quadro 3.3), por meio da Lei n. 432, de 3 de agosto, que altera os seguintes pontos:

Quadro 3.3

**SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO
(1896)**



1. Autoriza o Governo do Estado a *intervir* nos serviços sanitários municipais;
2. Reafirma o Código Sanitário de 1894, e determina a difusão do mesmo para as municipalidades;
3. Reorganiza administrativamente o Serviço Sanitário;
4. Cria um posto quarentenário para a observação e desinfecção de imigrantes entre o porto de Santos e a capital;
5. Detalha as condições do exercício da medicina, farmácia, obstetrícia e arte dentária;
6. Regulamenta as drogarias e lojas de instrumentos cirúrgicos;
7. Regulamenta a “polícia sanitária”.

Conforme dispositivo desta lei:

Art. 113. A polícia sanitária é confiada aos inspectores sanitários e tem por fim prevenir e reprimir os abusos que possam comprometer a saúde pública.

A Lei que reorganiza o Serviço Sanitário do Estado está dividida em vários capítulos, abrangendo: Do diretor do serviço sanitário; Dos inspectores sanitários; Do oficial; amanuenses e contínuo; Do porteiro; Dos serventes; Do instituto bacteriológico; Do laboratório de análises clínicas; Do instituto vacinogênico; Do serviço geral de desinfecção; Da seção de estatística demógrafo-sanitária; Dos hospitais de isolamento; Do lazareto; Posto quarentenário e de observação; Das drogarias e lojas de instrumentos de cirurgia; Disposições gerais e tabella de vencimentos.

O Decreto n. 394, de 7 de outubro de 1896, aprova o regulamento do Serviço Sanitário e, entre outras coisas, define:

1. Atribuições do serviço sanitário geral;
2. Atribuições do serviço sanitário municipal;
3. As relações entre Estado e município;
4. A polícia sanitária;
5. A divisão do Estado em distritos sanitários;

6. A uniformização das ações sanitárias municipais;

7. Regulamenta novas repartições do serviço.

E define como atribuição do Serviço Sanitário do Estado:

Art. 3º A execução em todo o território do Estado de quaisquer providências de natureza defensiva, como as que tenham por fim a instituição de rigorosa **vigilância sanitária**, assistência hospitalar, isolamento e desinfecção.

A utilização da expressão “vigilância sanitária” pela primeira vez na legislação sanitária estadual merece a observação de que seu significado, naquela ocasião, era bastante restrito, ligado basicamente ao controle de moléstias de notificação ou internação compulsórias. As atividades da época que correspondem à vigilância sanitária atual eram: controle do exercício profissional em saúde, higiene das moradias e espaço urbano, fiscalização e polícia sanitária, e controle da alimentação pública.

O Capítulo VI desse Decreto descreve as atribuições e ações do serviço de polícia sanitária, conforme:

Art. 113. A polícia sanitária é confiada aos inspectores sanitários, e tem por fim prevenir e reprimir os abusos que possam comprometer a saúde pública.

Parágrafo único. O engenheiro sanitário será consultado e dará parecer sobre as questões atinentes à polícia sanitária, quando estas affectarem as construções e demais obras de carácter técnico.

O regulamento do Serviço Sanitário do Estado de 1896 inicia um movimento de centralização para o âmbito estadual, por meio da uniformização das ações municipais, do distritos sanitários e das novas relações entre os serviços municipais e o estadual, reduzindo a autonomia nas questões sanitárias que os municípios haviam adquirido em 1892 e 1893. A autorização para o governo do Estado intervir nos serviços sanitários municipais é um instrumento decisivo nesse sentido.

No plano federal, em 1897 é criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Em 1904, mediante o Decreto Federal n. 5.156, foram implantados o “Regulamento dos Serviços Sanitários da República” e o “Juízo dos Feitos da Saúde Pública”, este responsável pelo julgamento das questões, demandas, crimes e contravenções da saúde pública.

A virada do século assiste à consolidação das estruturas de governo de um novo regime – republicano – instalado durante uma madrugada pouco mais de dez anos antes, e a forte influência da doutrina positivista carregada pelos seus líderes vai influir decisivamente nessas múltiplas regulações médico-sanitárias ocorridas nos primeiros anos da República.

Nos últimos anos do século XIX e nos primeiros do século XX, o Estado de São Paulo enfrentou graves problemas de saúde pública, como a ocorrência de febre amarela, escarlatina, ancilostomíase, cólera, febre tifóide, varíola, lepra, malária, tracoma e tuberculose.

Com a proliferação de doenças e epidemias, os médicos passaram a se tornar sujeitos com grande poder de interferência sobre a questão urbana e até mesmo sobre as famílias. As descobertas da ciência – Koch em 1882 descrevendo o agente etiológico da tuberculose e Roux em 1903 com seus estudos a respeito da Sífilis – foram fundamentais. A preocupação dos pais, dos médicos e das autoridades governamentais com a disseminação da varíola, da tuberculose e da sífilis, moléstias já descritas na virada do século, somada às preocupações referentes ao aleitamento materno, leva o governo a regulamentar também o ofício das amas-de-leite.

No período colonial, nas tradicionais e aristocratas famílias rurais desse Brasil antigo, eram muito comuns as amas-de-leite, em geral escravas negras que, ao mesmo tempo em que criavam os seus filhos na senzala, alimentavam também os filhos dos fazendeiros na casa grande. Nos primeiros anos do século XX, essa atividade era bastante difundida, constituindo-se em uma das principais fontes de renda de escravas alforriadas nas décadas anteriores.

Em 19 de julho de 1905, por meio do Decreto n. 1.294, foi baixado o Regulamento do Serviço de Inspeção das Amas de Leite e o de Atendimento a lactentes filhos de indigentes.

A abolição da escravatura pouco mais de uma década antes, as imigrações européias maciças e o início do ciclo do café, com a abertura de novas áreas de colonização e fazendas, e ainda a implantação de ferrovias no interior do Estado, contribuíram para o agravamento do quadro sanitário até então existente.

Como resposta, o governo do Estado reformulou e reorganizou o Serviço Sanitário, tomando as seguintes medidas:

- Cria e regulamenta o Laboratório de Análises Químicas para análise dos gêneros alimentícios, substâncias químicas, farmacêuticas e medicamentos;
- Cria e regulamenta o Serviço Geral de Desinfecções;
- Cria e regulamenta o Instituto Vacinogênico;
- Regulamenta o Hospício dos Alienados, transferindo-o da Várzea do Carmo para as colinas do Juquery.

Em 27 de janeiro de 1906, o Decreto n.1.343 divide o Estado de São Paulo em 14 distritos sanitários, dispõe a respeito da polícia sanitária e amplia as atribuições do Serviço Sanitário do Estado (ver Quadro 3.4). Nesse ano, é criada, ainda, a Comissão de Profilaxia e Combate ao Tracoma.

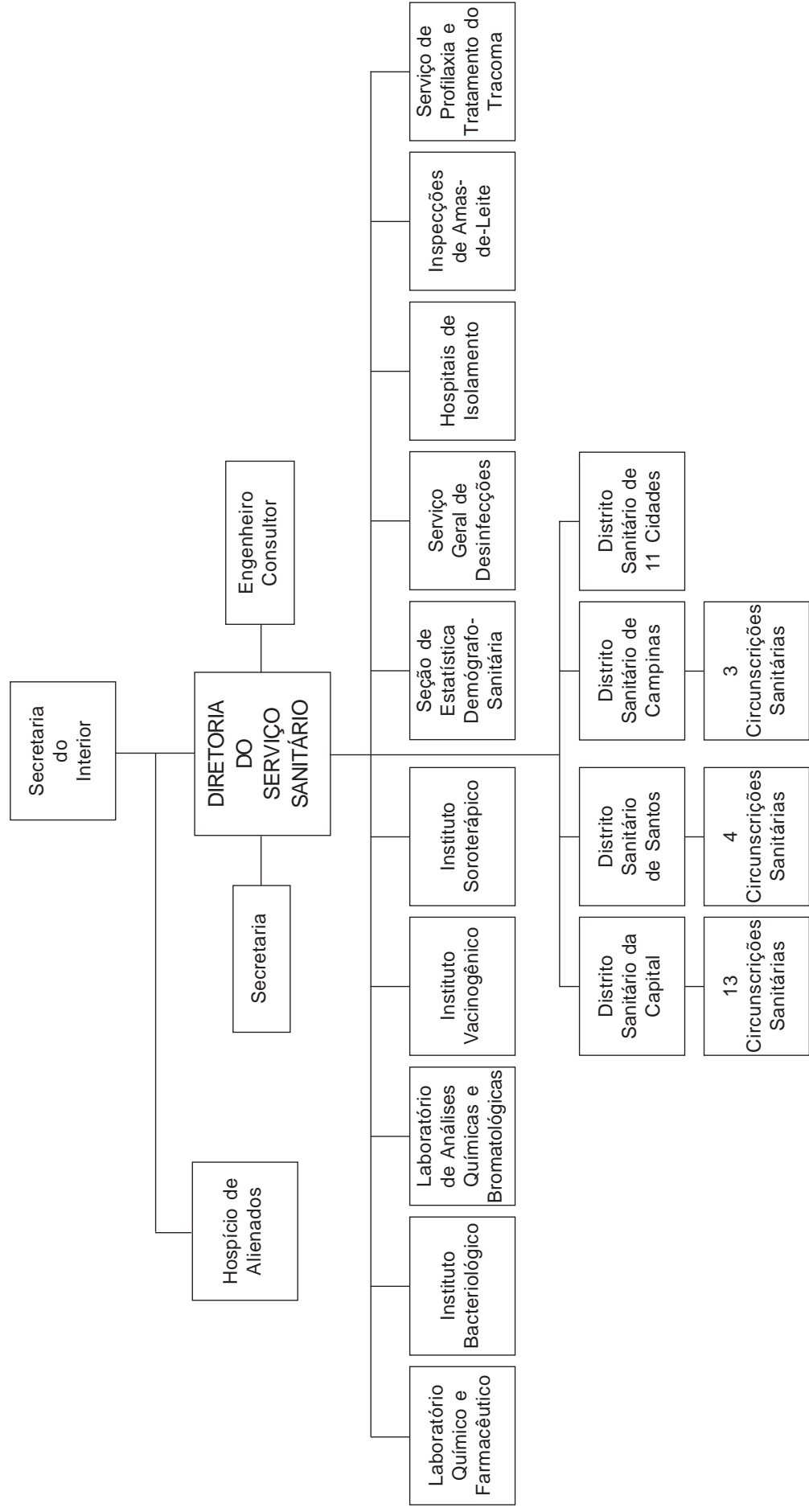
Nessa época, o Serviço Sanitário do Estado era dirigido pelo Dr. Emilio Marcondes Ribas, que esteve no cargo no período de 15/04/1898 até 11/04/1917, possivelmente a gestão de maior duração. Com relação a sua atuação frente a esse órgão público, nas palavras de Vital Brazil:

a passagem de Emilio Ribas pela administração pública de São Paulo revelou as qualidades de carácter, inteligência e bondade que exornavam sua personalidade de escol. Sua actuação na direcção do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo foi tão variada e eficiente que, pode-se dizer, não houve assumpto sanitário que não fosse por elle abordado com proveito. Cuidou com largueza de vistas do combate á tuberculose, á febre typhoide, á diphterie, ao paludismo, á ankylostomiase, ao trachoma, etc. Fundou o Instituto Butantã, a Secção de Protecção á Primeira Infância, a Inspectoria Sanitária Escolar, O Serviço de Prophylaxia e Tratamento do trachoma. Reorganizou o Serviço Sanitário, o Desinfectório Central, o Hospital de Isolamento, o Laboratório de Análises Chímicas e Bromatológicas, o Laboratório Pharmacêutico e a Secção de Engenharia Sanitária. (1936, p. 12).

Nos anos que se seguiram, ocorreram poucas alterações nas atribuições, na estrutura e no organograma do Serviço Sanitário do Estado, nos aspectos de interesse deste trabalho.

Quadro 3.4

SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO (1906)



Com o Decreto n. 2.141, de 14 de novembro de 1911, é reorganizado o Serviço Sanitário do Estado e aprovado o Regulamento do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.

Esse regulamento, que a rigor é o terceiro Código Sanitário do Estado, definia:

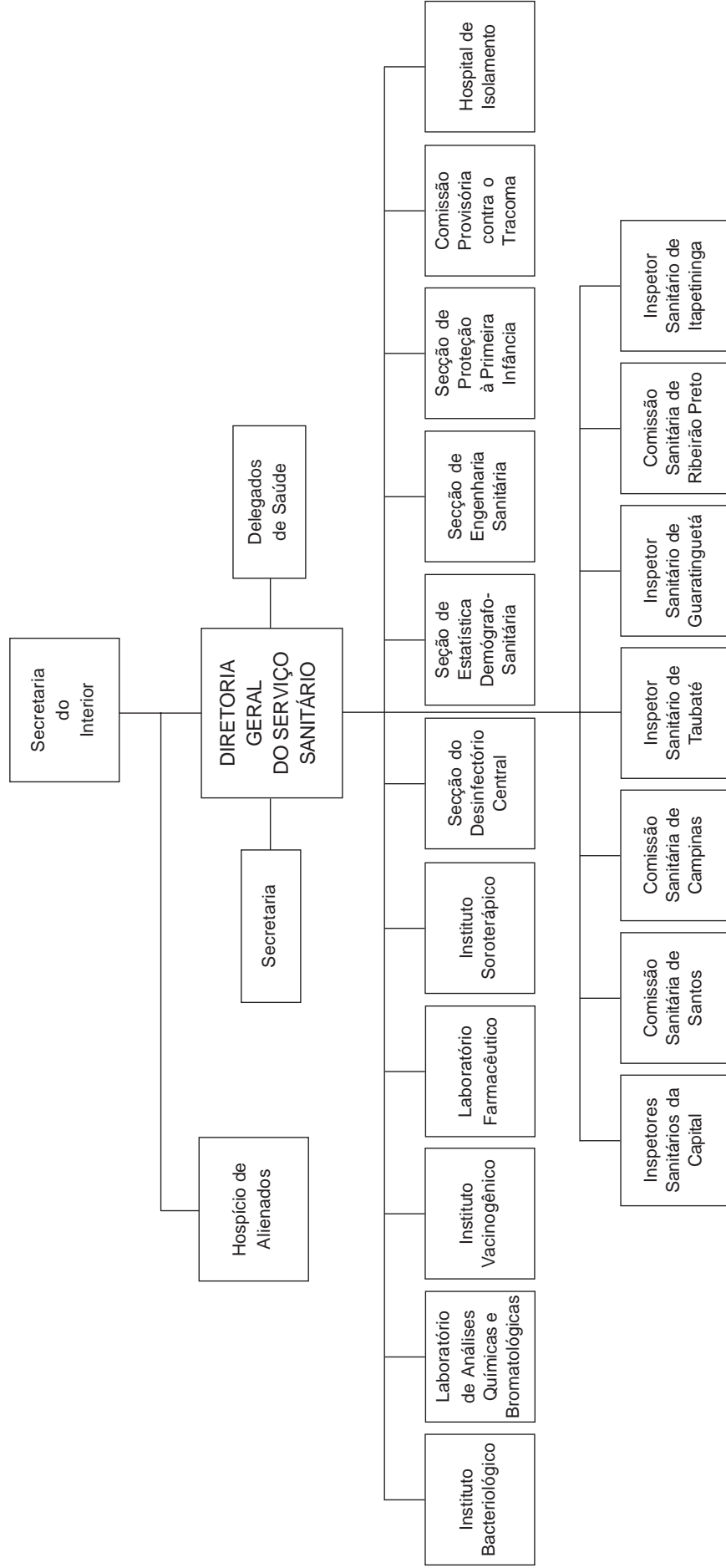
1. As divisões do Serviço Sanitário;
2. As relações dos serviços municipais com o serviço geral;
3. A organização do Serviço Sanitário do Estado;
4. As atribuições dos funcionários do Serviço Sanitário, que se constituiu na primeira repartição do Estado com o objetivo de atuar e intervir no espaço urbano sob a ótica da saúde coletiva (vide Quadro 3.5). Acrescente-se que, desde a criação do Serviço Sanitário do Estado, já existia o cargo de engenheiro sanitário com atribuições nessa área.

O Decreto n. 2.141/11 regulamentava, em 496 artigos, os seguintes assuntos: Inspeção médico-sanitária das escolas; Inspeção de farmácias, drogarias, laboratórios, fábricas de produtos químicos e farmacêuticos e casas de instrumentos cirúrgicos; Fiscalização dos gêneros alimentícios e das fábricas e oficinas em geral; e fiscalização: Da polícia sanitária; Do exercício da medicina, obstetrícia, da arte dentária e da arte farmacêutica; Das farmácias; Dos mercados, matadouros e açougues; Das fábricas de carnes preparadas e ensacadas, e produtos congêneres; Das padarias; Das fábricas de bebidas; Dos restaurantes, confeitarias, leiterias, cafés e botequins; Das quitandas e depósitos de frutas; Das habitações em geral; Dos hotéis e casas de pensão; Dos esgotos, latrinas e mictórios; Dos banheiros, pias e lavabos; Dos barbeiros, cabeleireiros e casas de banho; Dos hospitais, maternidades e casas de saúde; Dos teatros e casas de diversão ou de reuniões; Das lavanderias públicas; Dos estábulos e estrebarias; Dos necrocômios ou asilos mortuários, Dos necrotérios e cemitérios; Dos enterramentos, exumações e cremações; Do abastecimento de água das cidades; Da profilaxia geral das moléstias transmissíveis; Da profilaxia específica das moléstias transmissíveis; Das infrações, das multas e sua cobrança, dos recursos.

O Capítulo II do regulamento, que trata das relações do Serviço Sanitário do Estado com os serviços municipais, aprofunda a relação de subordinação que o governo estadual impõe aos municípios, quando as competências destes são devidamente

Quadro 3.5

SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO (1911)



delimitadas pelo Estado. Nesse sentido, os municípios são também obrigados a remeter, à diretoria geral do Serviço Sanitário do Estado, “boletins mensais dando conta exata do estado sanitário do município” (art. 4º, § 2º).

Essas modificações no Serviço Sanitário e no seu novo regulamento foram aprovadas (ratificadas) pela Lei n. 1.310, de 30 de dezembro de 1911. Tal regulamento, que podemos chamar de Código Sanitário de 1911, vem introduzir as primeiras restrições de ordem médico-sanitária às práticas profissionais.

Nesse sentido, observa-se:

Art. 89. Não será permitido o exercício da profissão à parteira affectada de tuberculose ou de outra qualquer moléstia infecciosa, contagiosa ou asquerosa, comprovada em exame perante a junta médica.

Art. 91. É prohibido o exercício da profissão ao dentista affectado de tuberculose aberta ou qualquer outra moléstia contagiosa.

Na regulamentação de matadouros e açougues, assim determinava:

Art. 229. As pessoas affectadas de moléstia contagiosa não poderão cortar nem vender carnes.

Interessante observar que, para a prática da medicina, não havia restrições de ordem médico-sanitárias expressamente definidas, ficando por conta da consciência do profissional o exercício ou não da profissão quando portador de alguma moléstia.

Em 17/11/1911, o Dr. Clemente Ferreira é nomeado para exercer a chefia da Inspetoria das Amas-de-Leite, do Serviço Sanitário do Estado. A atividade da amamentação de terceiros ainda era algo relevante na segunda década do século XX.

Em 1916 toma posse, como presidente eleito do Estado de São Paulo, o Dr. Altino Arantes Marques, bacharel pela Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, da vertente que se denominou política dos bacharéis e que, durante seu mandato (de 01/05/1916 a 01/05/1920), procedeu a ampla revisão do conjunto de leis estaduais então vigentes, muitas delas ainda do século XIX, procurando adequá-las aos novos tempos.

Em 1917 eclodia em São Paulo a maior de todas as greves do século XX até então, em adesão e em duração – foi quase uma greve geral por mais de um mês. O Largo de São Francisco foi transformado no ponto de encontro dos líderes operários, dos estudantes e dos acadêmicos que defendiam mudanças no sentido de maior

humanização nas relações de trabalho. A capital e várias cidades do interior ficaram paralisadas e a Força Pública procurava nos bairros operários pelas lideranças, que as autoridades e a imprensa local insistiam em qualificar como anarquistas estrangeiros, principalmente, imigrantes espanhóis e italianos. Por fim, os industriais fizeram algumas concessões no que se refere ao trabalho da mulher e dos menores, houve uma melhoria nos salários e a jornada de trabalho passou a ser de oito horas diárias e 48 horas semanais. Ao final do movimento paredista, em depoimento a rádios e jornais, o presidente do Estado, Dr. Altino Arantes, lamentava o ocorrido atribuindo o fato aos “costumeiros perturbadores da ordem, pois os verdadeiros trabalhadores eram estranhos a essa greve”. (PENTEADO, 1962, p. 157).

É importante destacar que, nessas duas décadas iniciais do século XX, havia no Brasil uma legislação muito incipiente no que se refere às relações de trabalho. Não existiam garantias de aposentadoria, seguro-saúde que remunerasse o trabalhador em caso de doença, nem licenças, férias ou repouso semanal remunerado, e o Código Sanitário era uma das poucas referências legais nessa área.

O governo do Estado de São Paulo, por meio da Lei n. 1.596, de 29 de dezembro de 1917, no que se refere à legislação sanitária, introduz as seguintes modificações:

1. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado;
2. Introduz o Código Sanitário Rural (dos artigos 258 a 345);
3. Reformula alguns dispositivos do Código Sanitário em vigor.

Embora os códigos sanitários anteriores tenham regulado o assunto, surge nesta lei redação inovadora, no que se refere ao controle da poluição do ar. Tal artigo foi mantido integralmente no Código Sanitário de 1918. Diz o texto da lei:

Art. 87. É proibida a produção de fumaça excessiva ou carregada de fulguras e cinzas, de tal modo que incomode os habitantes vizinhos, prejudique as suas habitações ou vicie a atmosfera urbana. Tais inconvenientes, deverão ser corrigidos pelo levantamento das chaminés, no mínimo, dois metros acima da cumieira mais alta, em uma circunferência de raio de 50 metros; pelo melhoramento da combustão, e pelo emprego de dispositivos fumíferos.

O artigo 354 dessa Lei diz:

Art. 354. Continuam em vigor todas as disposições do Regulamento n. 2141, de 14 de novembro de 1911, e mais Leis referentes ao Serviço Sanitário que não forem explícita ou implicitamente contrárias a esta Lei.

O artigo 355 diz:

Art. 355. O governo consolidará todas as disposições relativas ao Serviço Sanitário e as publicará com a denominação de Código Sanitário.

Em 9 de abril de 1918, por intermédio do Decreto n. 2.918, o governo estadual baixa o quarto Código Sanitário, com 800 artigos. No corpo do referido decreto constava a reorganização do Serviço Sanitário do Estado (vide Quadro 3.6), mantendo-se as competências do Estado e dos municípios nos mesmos níveis de 1911.

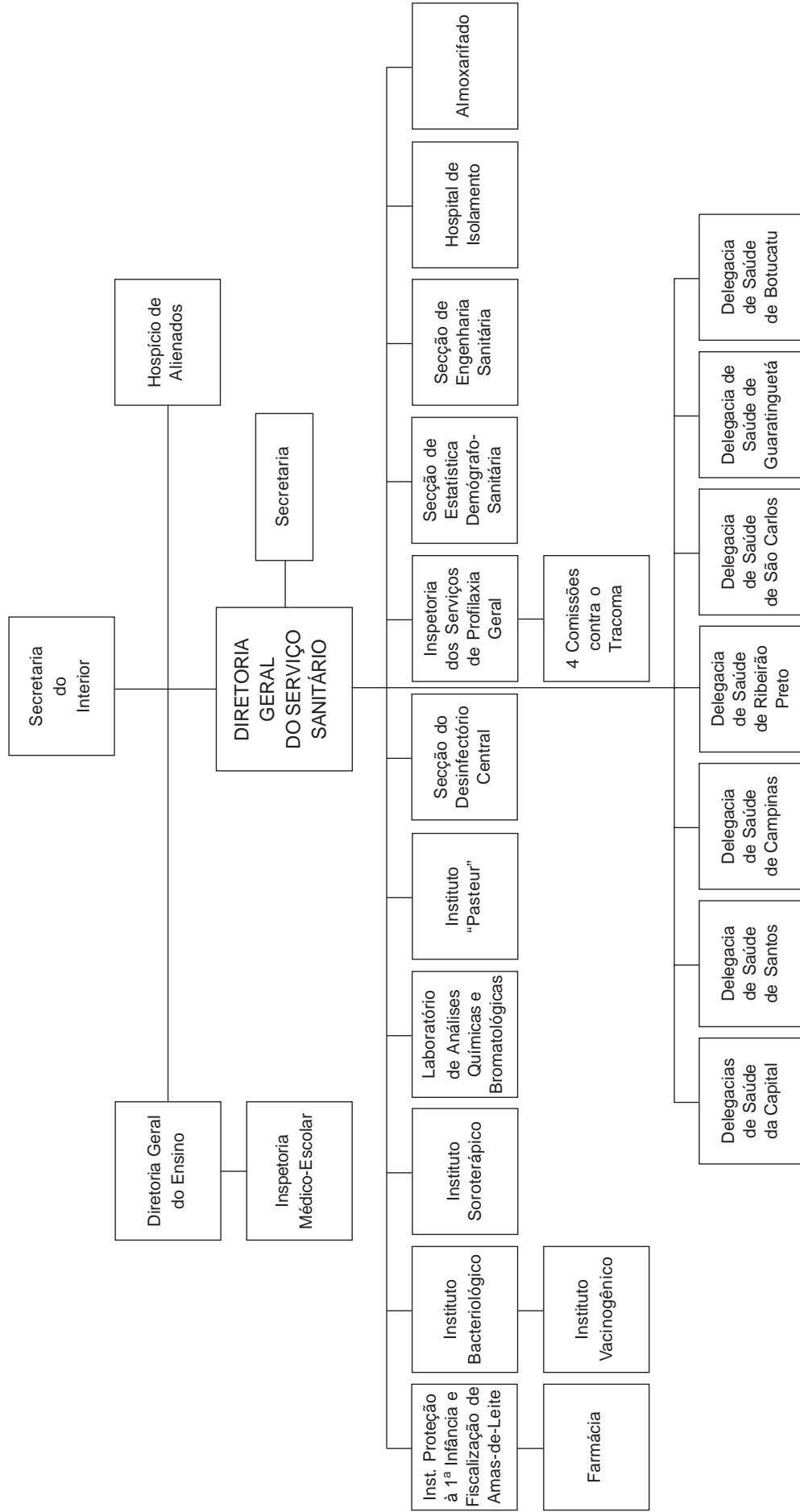
O Decreto n. 2.918/18 regulamentava os seguintes assuntos: Polícia sanitária; Exercício da medicina; Exercício da obstetrícia; Exercício da arte dentária; Exercício da arte farmacêutica; Das farmácias; Das drogarias e casas de instrumentos cirúrgicos; Das escolas; Das fábricas e oficinas em geral, sua fiscalização; Das garagens e oficinas de automóveis; Dos gêneros alimentícios, sua fiscalização; Dos mercados; Dos matadouros; Das triparias; Dos açougues; Das fábricas de carnes preparadas, salsicharias e estabelecimentos congêneres; Das fábricas de massas, de doces e conservas; Refinações de açúcar, torrefações de café e estabelecimentos congêneres; Das fábricas de bebidas; Dos restaurantes, confeitarias, leiterias, cafés e botequins; Das quitandas e depósitos de frutas, do comércio do leite e laticínios, sua fiscalização; Das habitações em geral, dos hotéis e casas de pensão; Dos esgotos domiciliares, das latrinas e mictórios, dos banheiros, pias e lavabos; Dos hospitais, maternidades e casas de saúde; Das casas de barbeiros e cabeleireiros; Das casas de banho, dos teatros e casas de diversões ou de reuniões; Das lavanderias públicas, dos estábulos e estrebarias; Dos necrocômios e necrotérios; Dos cemitérios, dos enterramentos, exumações e cremações; Dos esgotos e abastecimento de água das cidades; Da profilaxia geral das doenças transmissíveis; Da notificação, do isolamento; Da desinfecção; Da vigilância médica; Da profilaxia específica; Das doenças transmissíveis (da varíola, da escarlatina e febres eruptivas, da peste, da cólera, da febre amarela, da difteria); Das febres tifóides e paratíficas; Da tuberculose; Da lepra; Do impaludismo; Da ancilostomose; Da oftalmia granulosa (tracoma) e da conjuntivite purulenta; Das disenterias bacilar e amebiana); Da meningite cérebro-espinhal epidêmica; Da paralisia infantil ou doença de Heine Medin; Da coqueluche e das parotidites; Das epizootias que se transmitem ao homem.

O Título III – DA POLÍCIA SANITÁRIA – constitui mais da metade dos ordenamentos desse Código, indo do artigo 88 até o artigo 553.

Art. 88. A polícia sanitária tem por fim a observância das leis sanitárias relativamente à prevenção e repressão de tudo quanto possa comprometer a saúde pública.

Quadro 3.6

**SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO
(1918)**



Parágrafo único. Esta polícia será exercida pela auctoridade sanitária que terá sempre livre ingresso em todas as habitações particulares e collectivas, estabelecimentos de qualquer espécie, terrenos cultivados ou não, logares e logradouros públicos onde, além de attender ás suas condições hygiênicas, asseio, conservação e estado de saúde dos moradores, verificará mais o estado dos reservatórios de agua potável e seu abastecimento, a integridade e funcionamento das installações sanitárias, banheiros, tanques, lagos, ex-gottos e boeiros, etc., e, bem assim, o asseio, conservação e condição hygiênicas das áreas, quintaes, pateos, cocheiras, estábulos, gallinheiros, observando sempre as leis federaes, estaduaes e municipaes.

Os artigos 89 a 167 dedicavam-se à regulação do exercício profissional das profissões de saúde; do artigo 168 ao 192, regulavam-se as escolas; do artigo 193 ao 218, regulavam-se as fábricas, oficinas e condições de trabalho; do artigo 219 ao 231, a alimentação pública; os artigos 232 ao 297 regulamentavam açougues, matadouros, mercados, triparias, fábricas de carnes preparadas e salsicharias etc.; os artigos 298 ao 341 regulamentavam bares e restaurantes, leiterias, padarias, confeitarias e fábricas de bebidas e de doces e biscoitos; do artigo 342 ao artigo 451, cuidava-se das habitações, do parcelamento do solo, dos hotéis e casas de pensão, dos domiciliares, das latrinas e mictórios, dos banheiros, pias e lavabos; do artigo 452 ao artigo 553, regulamentavam-se hospitais, maternidades e casas de saúde; casas de barbeiros e cabeleireiros, casas de banho, teatros e casas de diversões; lavanderias públicas, estábulos e estrebarias, necrotérios e cemitérios, enterramentos, exumações e cremações e, finalmente, dos esgotos e abastecimento de água das cidades.

Pelo que se depreende, ainda nesse Código persistiam as áreas básicas de atuação da vigilância sanitária: produtos, alimentos, saúde do trabalhador, meio ambiente, serviços de saúde e exercício profissional ligado à saúde.

Em seu Título IV – DA PROPHILAXIA GERAL DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS –, nos artigos 554 a 613, detalhava e sistematizava as ações de profilaxia geral das doenças transmissíveis, como: a notificação, o isolamento, a desinfecção e a vigilância médica.

Da notificação

Art. 555. Occorrendo um caso de doença transmissível, será o facto levado immediatamente ao conhecimento da auctoridade sanitária ou do Prefeito Municipal, sendo obrigado a fazer esta notificação: a) o responsável pela casa, b) o proprietário da habitação coletiva, c) o médico que prestou cuidados à pessoa acometida.

Art. 562. São consideradas doenças de notificação compulsória: a varíola, a escarlatina e as febres eruptivas; a peste; a cólera; a febre amarela; a difteria; a febre typhóide e as doenças paratyphicas; a tuberculose aberta; a lepra; o impaludismo; a ancylostomose; a ophtalmia granulosa (trachoma) e a conjuntivite purulenta; as dysenterias; a paralisia infantil ou Doença de Heine Medin; a meningite cérebro-espinhal epidêmica; a coqueluche e a parotidite nos collégios, asylos e habitações collectivas; e, as epizotias que se transmitem ao homem.

Do isolamento

Art. 569. É obrigatório o isolamento do enfermo de qualquer das doenças compreendidas no artigo 562 com excepção da ancylostomose, dysenteria e trachoma.

Da desinfecção

Art. 588. Ordenada a desinfecção pela auctoridade sanitária, ninguém poderá della se eximir, nem embaraçar, perturbar ou impedir sua execução, sob pena de multa de duzentos réis, podendo a auctoridade sanitária requisitar auxílio da polícia para que se execute a operação sanitária.

Da vigilância médica

Art. 604. As pessoas sujeitas à vigilância médica poderão retirar-se do prédio ou localidade em que se acharem desde que indiquem à auctoridade sanitária o seu ponto de destino e obtenham a necessária auctorização.

O Código Sanitário de 1918 foi o mais abrangente, detalhista e prescritivo de todos os instrumentos legais à disposição dos órgãos de fiscalização e controle das atividades relacionadas à saúde observado neste período de estudo. Foi também o que esteve em vigência por um maior período de tempo, depositário das melhores intenções e do mais avançado conhecimento da prática médico-sanitária disponível à época. Apesar disso, não conseguiu passar incólume durante uma calamidade.

No período de outubro a dezembro de 1918, o País assistiu a uma epidemia de gripe, denominada gripe espanhola, devido ao foco inicial ter sido na Espanha. Mas o que é relevante extrair dos acontecimentos derivados dessa epidemia para este trabalho é a total desorganização que ela causou na sociedade paulista de então, levando de roldão costumes, hábitos e leis, inclusive o Código Sanitário vigente.

A medicina acadêmica tradicional e a estrutura e organização do Serviço Sanitário de então mostraram-se incapazes de responder à altura o desafio epidêmico, e o agente etiológico (um vírus) só foi esclarecido no início dos anos 1930, dado o estágio da ciência à época.

Como a epidemia gerou uma brutal necessidade de médicos e profissionais para cuidar dos enfermos (muitas vezes ocorria de toda uma família estar simultaneamente enferma), as regulamentações referentes ao exercício das profissões de saúde, rigorosamente seguidas desde a origem do Serviço Sanitário, foram temporariamente esquecidas e, desse modo, o aparecimento de curandeiros, charlatães, práticos e benzedeiros não só foi tolerado, como tacitamente eles passaram a ser bem-vindos, principalmente para o atendimento dos mais pobres, pois o corpo médico da cidade e a estrutura sanitária oficial não estavam mais dando conta da demanda.

As normas referentes ao funcionamento de leitos hospitalares de isolamento e as regras para instalação e funcionamento de hospitais, foram abandonados momentaneamente. Dada a urgente necessidade de leitos, o Clube Paulistano, o Clube Germânia, o Clube Palestra Itália, o Mosteiro de São Bento, o Ginásio do Carmo, o Liceu Coração de Jesus, o Colégio Jesuíta São Luiz, o Colégio N^a. Sr^a. de Sion, o Colégio Mackenzie, o Grupo Escolar da Barra Funda, o Grupo Escolar do Ypiranga e o Grupo Escolar da Penha, entre outros, foram transformados da noite para o dia em “hospitais de isolamento”, aproximadamente 30 em toda a cidade, com seus funcionários e professores não atingidos pela doença, e grupos de voluntários, passando a auxiliar no cuidado dos enfermos. De modo similar, a Hospedaria dos Imigrantes, no Brás, tornou-se um grande hospital.

Com relação ao controle das farmácias e de medicamentos, dadas as divergências sobre a etiologia da doença, a situação foi mais grave. Inicialmente, ocorreram acaloradas discussões entre os médicos homeopatas e alopatas. Nas áreas da medicina acadêmica, tanto em São Paulo como na capital federal Rio de Janeiro, os decanos da medicina e da ciência não chegavam a um acordo sobre a etiologia e muito menos sobre as melhores ou possíveis terapêuticas, possibilitando as mais variadas especulações sobre o tratamento. Diante disso, multiplicaram-se as receitas, muitas sérias e algumas milagrosas, proliferaram tônicos e fórmulas especiais para a cura e prevenção da gripe espanhola, divulgados inclusive pela imprensa leiga, os quais eram preparados em laboratórios improvisados, boticas e até em residências, apesar de expressamente proibidos. Conforme o artigo 161 do Código Sanitário de 1918:

Art. 161. Nenhum droguista poderá anunciar a venda de preparados officinais que não tenham sido aprovados pela Diretoria Geral do Serviço Sanitário, nem lhes será permitido ter na drogaria, pharmácia ou no consultório médico.

Bertolli Filho (2003) destaca dois aspectos muito importantes durante a epidemia de gripe espanhola: o primeiro é a negação do fenômeno por parte das autoridades sanitárias nos dias iniciais de sua eclosão; e o segundo é a contradição entre os vários núme-

ros referentes aos mortos e atingidos pela epidemia. Segundo o mesmo autor, a Repartição de Estatística Demógrafo-Sanitária, sentindo-se incapaz de atuar com seus poucos funcionários, durante a crise de 1918 apelou para o trabalho voluntário de jovens afiliados à Associação dos Escoteiros do Brasil para a coleta de dados de morbidade e mortalidade gripal. Destaque-se que até hoje persistem dúvidas sobre o real número de mortos da epidemia de gripe espanhola em São Paulo nos vários estudos sobre o assunto.

Segundo memorialistas da época, os controles da alimentação pública e do abastecimento de gêneros alimentícios entraram em colapso. Os poucos que existiam anteriormente deixaram de ser executados, e os alimentos simplesmente não eram controlados. A produção e o transporte estavam absolutamente caóticos durante os meses da epidemia, caracterizando uma crise no abastecimento dos gêneros alimentícios, principalmente com a falta de alho, cebola, canela, cravo e limão e de alguns outros produtos tidos pela população como terapêuticos. A especulação surgiu e alguns comerciantes aproveitaram para subir os preços de seus produtos, escassos devido a essa desorganização na produção e na distribuição. Não havia cocheiros em número suficiente para distribuição dos gêneros, uma vez que as carroças estavam removendo cadáveres e muitos carroceiros estavam gripados. Muitas lojas e armazéns fecharam por causa da doença e até óbito dos seus empregados e proprietários (PENTEADO, 1962).

Passada a crise sanitária ocasionada pela epidemia de gripe espanhola e a cidade lentamente retornando à sua vida normal, por resolução do diretor geral do Serviço Sanitário, publicada em 19 de março de 1919, o artigo 562 do Código Sanitário, que trata das doenças de notificação compulsória, foi alterado com a inclusão da “Influenza” como uma das moléstias de notificação compulsória.

Apesar de a gripe espanhola ter posto em cheque o Código Sanitário de 1918, ele se consolidou com o correr dos anos e muitas novidades no campo da saúde pública foram introduzidas, entre elas a obrigatoriedade da presença médica noturna nos hospitais, inclusive esboçando a figura e o papel do doutorando estagiário e do médico residente.

Art. 453. Os hospitaes terão um médico ou estudante de medicina do quinto ou sexto anno, residente no edifício, de modo que possa acudir a qualquer accidente.

Regulamentava a dedicação às atividades do Serviço Sanitário, prevista no regulamento de 1917, no seu artigo 784,

Art. 784. Durante o expediente não poderão os funcionários do Serviço Sanitário exercer a clínica ou qualquer função que de algum modo possa prejudicar o serviço público.

O último artigo, de número 800, talvez refletindo ainda os clamores da greve de 1917, assim definia a avaliação médica para o trabalho do menor:

Art. 800. Aos menores que actualmente trabalham em fábricas, officinas e quaesquer outros estabelecimentos industriaes e que tiverem idade entre 14 e 15 annos, poderá ser concedida, mediante attestado do inspector de hygiene, licença para o trabalho normal, em serviços que não lhe prejudiquem a saúde.

Com relação ao trabalho do menor, apresentou benefícios quando comparado com os códigos anteriores. O Código Sanitário de 1894 estabelecia em 12 horas (com intervalos para refeições) a jornada diária de trabalho e proibia aos menores de 15 anos o trabalho além das 21 horas. E acrescentava:

Art. 180. As crianças menores de 12 anos não deverão ser admitidas aos trabalhos comuns das fábricas e oficinas. As autoridades competentes poderão entretanto determinar certa ordem de trabalho acessível às crianças de 10 a 12 anos.

O Código Sanitário de 1918, em relação ao trabalho do menor, proibia o trabalho em locais perigosos e insalubres, limitava em 12 anos a idade mínima para o trabalho, proibia o trabalho noturno aos menores de 18 anos, e procurava criar condições especiais de trabalho para o menor de 12 a 15 anos.

Conforme a legislação:

Art. 211. Entre 12 e 15 anos, pode o menor, mediante consentimento de seus representantes legais, ser admitido a trabalhar por tempo que não exceda de cinco horas por dia, em serviços moderados que não lhe prejudiquem a saúde ou embarcem a instrução escolar.

Esse mesmo Código foi o primeiro a introduzir regulamentações para as cidades (zona urbana) e para as zonas rurais; entretanto, a conceituação legal de cidade, bem como dos subúrbios (zona suburbana), dificultou a sua implementação.

Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em substituição ao antigo DGPS e, posteriormente, pelo Decreto Federal de 31 de dezembro de 1923, foi instituído o Código Sanitário Brasileiro. Segundo Costa e Rozenfeld (2000) alguns estados já dispunham de seu próprio Código Sanitário em razão do modelo federativo vigente, situação essa que iria mudar a partir dos anos 1930 com o Estado Novo e sua prática centralizadora.

Já no Primeiro Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene,¹¹ em 1923, surgiam propostas no sentido da municipalização dos serviços de saúde, que deveriam funcionar como um serviço integral de saúde pública, do abandono da prática “campanhista”,¹² até então vigente, bem como da atuação para criar uma consciência sanitária nos indivíduos.

Entre os 20 temas discutidos no referido Congresso, nada menos que sete relacionavam-se a questões essencialmente sanitárias. Conforme observado nos Anais desse Congresso, esses temas foram:

1. A ventilação dos edifícios;
2. Como melhorar os esgotos do Rio de Janeiro;
3. Indicações higiênicas para remodelação das cidades;
4. Princípios essenciais da fiscalização sanitária dos gêneros alimentícios;
5. Abastecimento higiênico do leite;
6. Tipos de latrinas rurais;
7. Organização sanitária dos municípios do Brasil.

São Paulo, a capital, crescia vertiginosamente com a chegada de mais imigrantes. O interior crescia com a abertura de estradas de ferro e a expansão do cultivo do café. Os filhos dos imigrantes da virada do século atingiam a idade adulta.

Consolidado o modelo higienista derivado do paradigma pasteuriano (cada doença associada a um microorganismo), o higienismo-sanitarismo tornou-se o modelo hegemônico da ação estatal em saúde, o que “permitiu aos médicos expandir o controle sobre as famílias, normatizando os corpos e os procedimentos, disciplinando a sociedade, ordenando o sexo e os prazeres”. (MATOS, 2003).

¹¹ Cf. Primeiro Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene. Rio de Janeiro, 1º a 7 de outubro de 1923. *Anais*. Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas da Inspetoria de Dermatologia Sanitária, 1927.

¹² Campanhista é o modelo de atuação frente a problemas médico-sanitários baseado em medidas de caráter pontual ou eventual, por exemplo, campanhas de vacinação, mutirão da catarata etc.

A implantação na Faculdade de Medicina da cadeira de higiene, tendo como primeiro titular o professor Samuel Taylor Darling, lançou as bases do ensino de higiene no Brasil. Em 1922, assumiu a direção da cadeira o professor Geraldo H. de Paula Souza, que se diplomara pela primeira turma da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins (1919-1920) e, em 1924, o governo do Estado assumiu todos os encargos do Departamento de Higiene, oficializando-o por meio da Lei n. 2.018, de 26 de dezembro de 1924. E essa mesma Lei determinava que os diplomados pelo Instituto de Higiene tinham preferência por ocasião do preenchimento de cargos técnicos do Serviço Sanitário do Estado.

A partir de 1925, o Departamento adquiriu autonomia, deixando de ser dependência direta da Faculdade de Medicina e passando a denominar-se Instituto de Higiene de São Paulo.

Em 1925, o Serviço Sanitário do Estado passou por profunda modificação durante a gestão do professor Geraldo H. de Paula Souza. Conforme Mascarenhas, “com ela saímos da fase de polícia sanitária para entrar na de educação sanitária”. (1949, p. 88).

Sua atuação à frente do Serviço Sanitário do Estado representa um divisor das águas da ação governamental na saúde coletiva, tendo a educação como base. Conforme Novaes,

se não diminuiu em termos absolutos as atividades de polícia médica dos serviços sanitários, em termos relativos seu peso diminuiu bastante, através da ênfase que passa a ser dada às atividades educativas e de promoção da saúde, consubstancializadas na criação dos Centro de Saúde. (1979, p. 89).

Diante disso, os médicos, principalmente os higienistas, passaram a apresentar-se não somente como os conhecedores da arte e prática médica, mas também como “detentores do monopólio do conhecimento racional e científico” (MATOS, 2003), cabendo a eles indicar como e quando agir, como sanar e como interceder.

A educação sanitária no sentido amplo e a puericultura em particular buscavam impor modelos higiênicos-dietéticos às famílias, tendo, como principal agente difusor desse modelo mais saudável, a mulher. Essa educação sanitária feminina ligada às questões da gestação, de higiene do recém-nascido, amamentação e alimentação infantil, da importância das vacinas e das rotinas de puericultura, elegia a criança como o foco das atenções médico-sanitárias, com a gestante ou puérpera constituindo-se o seu principal veículo.

Ainda na ausência de uma melhor compreensão da causalidade das doenças e principalmente da elevada mortalidade infantil existente na época, e sob forte influência do modelo higienista, a puericultura e a educação sanitária valorizavam a ignorância e a falta de conhecimento dos princípios higiênicos-dietéticos e de noções de cuidados de crianças por parte das gestantes e puérperas como os principais elementos causadores de doenças.

Fundamentada nesses princípios, nova reforma administrativa ocorreu mediante o Decreto n. 3.876, de 11 de julho de 1925, que entre outras medidas criou:

1. A Inspetoria de Higiene do Trabalho, que tinha como missão exercer a polícia sanitária do trabalho, na Capital e nas cidades do interior do Estado;
2. A Inspetoria de Educação Sanitária e dos Centros de Saúde;
3. A Inspetoria de Higiene dos Municípios, com o objetivo de:
 - a: Examinar a situação de saúde pública dos municípios que pretendessem do Estado a criação de serviços de saúde;
 - b: Colher dados epidemiológicos nos municípios;
 - c: Dirigir, no interior do Estado, serviços contra epidemias;
 - d: Executar outros serviços especiais que fossem designados pelo diretor geral do Serviço Sanitário;

Esse novo modelo de atuação do Serviço Sanitário do Estado introduziu o centro de saúde como unidade descentralizada polivalente e de ação permanente, inicialmente com ênfase na área materno-infantil. A essa nova unidade, foram incorporados o posto de atendimento ao tracoma, à malária, e outros, tornando-se o centro responsável pelo atendimento médico-sanitário da localidade. Indiretamente, esses centros de saúde do Serviço Sanitário do Estado contribuíram para a centralização desses serviços no âmbito estadual, absorvendo as poucas experiências locais existentes.

O Decreto n. 3.876, de 11 de julho de 1925, modificou a fiscalização sanitária dos gêneros alimentícios com as seguintes medidas:

- Estabeleceu a obrigatoriedade de ficha médica individual para os empregados dos estabelecimentos de gêneros alimentícios;

- Tornou obrigatória a imunização contra a varíola e a febre tifóide desses empregados;
- Estabeleceu a obrigatoriedade do uso de carros frigoríficos nas estradas de ferro para o transporte de leite, carnes, peixes, frutas e outros produtos perecíveis.

É importante destacar que a década de 1920 constituiu-se um dos momentos mais ricos de mudanças na sociedade brasileira do século passado. Nesse período, as manifestações artísticas e culturais, cujo ápice foi a Semana de Arte Moderna de 1922, bem como os movimentos sociais e políticos, principalmente ligados aos trabalhadores, encontravam-se em ascensão. Politicamente é um momento agitado, uma década de transformações. É desse período a conquista do direito de voto pelas mulheres, bem como o início das leis previdenciárias, com a Lei Eloy Chaves de 1923.¹³

Nesse período surge também a Inspetoria de Higiene do Trabalho, com a finalidade de exercer o controle sanitário das fábricas e oficinas, e também da saúde do trabalhador.

A Lei n. 2.169, de 27 de dezembro de 1926, regulamenta a profilaxia da hanseníase, tornando obrigatório e compulsório o isolamento de doentes nas colônias e asilos (lazaretos), e regulamenta esses estabelecimentos. Cria também uma Seção de Vigilância Sanitária

dotada de pessoal suficiente e idôneo, tendo por fim a descoberta de novos doentes no Estado ou vindos de fora e de focos ocultos, como mudanças e deslocamentos de leprosos de um para outro ponto, bem como de isolamento em suas diferentes formas. A organização da Vigilância Sanitária será feita *ad referendum* do Conselho Legislativo do Estado.

A Lei n. 2.259, de 31 de dezembro de 1927, modificou as disposições do Código Sanitário Estadual com referência às normas de construção e localização de hospitais, asilos e casas de saúde.

Em 1929, por meio da Lei n. 2.362, de 14 de janeiro, são organizadas as Prefeituras Sanitárias de Campos do Jordão e Guarujá, com o estabelecimento de normas e padrões construtivos para a instalação de sanatórios e hospitais.

¹³ A Lei Eloy Chaves, de 24 de janeiro de 1923, instituiu o primeiro sistema previdenciário no Brasil, com a concessão de aposentadorias por invalidez e tempo de serviço, pensão por morte e assistência médica, aos trabalhadores ferroviários.

3.1 O PERÍODO DO ESTADO NOVO

Na década de 1930, a organização do Serviço Sanitário passa a apresentar modificações no sentido do regime autoritário que se instalara no País. Nesse sentido, foram extintos os centros de saúde criados na década anterior e reintroduzido o padrão de “polícia sanitária” como forma de atuação dos serviços públicos de saúde na década.

Na área assistencial, voltam os dispensários de tuberculose, de hanseníase, os postos de puericultura, os postos de combate ao tracoma, sem nenhuma integração. Nesse período, surgem as diversas inspetorias, verticalizando a ação do Serviço Sanitário, tais como:

- Inspetoria de Sífilis e Doenças Venéreas;
- Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância;
- Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública;
- Inspetoria de Profilaxia de Moléstias Infecciosas;
- Inspetoria de Fiscalização do Leite e Laticínios;
- Inspetoria de Profilaxia da Sífilis e Doenças Venéreas.

Por meio do Decreto n. 4.849, de 21 de Janeiro de 1931, o governo estadual determinou uma contribuição compulsória dos municípios com base na renda mensal, a ser recolhida na Secretaria da Fazenda, para ajudar nas despesas do serviço policial e de assistência sanitária e profilática.

Pelo Decreto n. 4.967, de 13 de abril de 1931, foi criado o Serviço de Verificação de Óbitos, e nenhum sepultamento poderia ser feito em todo o Estado (inicialmente só na capital) sem autorização sanitária.

O Decreto n. 5.275, de 3 de dezembro de 1931, que regulamentou o comércio de leite, laticínios, carnes e pescados, alterou as relações entre o Estado e os municípios que exerciam a fiscalização de alimentos.

Nesse mesmo período, são criados os serviços de inspeção federal para os alimentos industrializados, carnes e leite, reduzindo o papel dos serviços estaduais.

Os funcionários das prefeituras municipais de São Paulo e de Santos que exerciam funções na área passaram para a Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública do Serviço Sanitário do Estado.

O Decreto n. 5.423, de 5 de março de 1932, alterou as disposições da legislação sanitária referente a leite e laticínios, determinando que:

1. O inspetor do leite não necessitava ser médico;
2. Era permitido o uso de carros-tanque para a venda do leite.

Em 1933, o governo do Estado baixa o “Código de Educação do Estado de São Paulo”, no qual constam dispositivos para o controle médico-sanitário das escolas e dos escolares, por meio de um Serviço de Higiene e Educação Sanitária. Em 1934, para evitar a duplicidade de serviços, ele foi incorporado ao Serviço Sanitário. Nesse mesmo ano, é criada a Inspetoria de Fiscalização do Leite e Laticínios, órgão diretamente subordinado ao diretor geral do Serviço Sanitário, e mediante o Decreto n. 6.603, de 11 de agosto desse mesmo ano, é aprovado o “Regulamento da Fiscalização Sanitária do Leite e Derivados”.

Em 1935, o Decreto n. 7.077, de 6 de abril, cria a Comissão de Assistência Hospitalar. Ainda nesse ano é criado e instalado o Posto de Inspeção Sanitária de Vinhos em Jundiaí, com o objetivo de “exercer o policiamento sanitário da produção, comércio e consumo de vinhos, dentro das respectivas zonas de inspeção, fornecendo certificados dos vinhos examinados que forem julgados bons”.

Em 1936, com a Lei n. 2.580, são fixadas novas medidas de higiene a serem observadas pelas barbearias e pelos institutos de beleza. Observa-se que a preocupação com esse tipo de prestação de serviço vem desde o primeiro Código Sanitário (1894), entretanto, passados mais de 100 anos, o cumprimento dessas medidas, basicamente ligadas à higienização do instrumental, não é efetivamente controlado.

Em 1937, pela Lei n. 2.874, de 11 de janeiro, é criada a Inspetoria de Fiscalização do Exercício Profissional com as seguintes atribuições:

1. Fiscalização do exercício profissional dos médicos, farmacêuticos, dentistas, parteiras, optometristas, enfermeiras e massagistas;
2. Fiscalização das farmácias, drogarias e ervarias;

3. Fiscalização dos laboratórios clínicos e dos de produtos químicos, farmacêuticos e biológicos;
4. Fiscalização do comércio de tóxicos e entorpecentes, de plantas medicinais, de produtos anti-sépticos e artigos de toucador;
5. Fiscalização dos estabelecimentos de artigos de odontologia, de ortopedia, optometria, fisioterapia, manicure, pedicure e congêneres;
6. Fiscalização do licenciamento, no território estadual, dos preparados oficinais e especialidades farmacêuticas.

Com o Decreto n. 9.247, de 17 de junho de 1938, é criado o Departamento de Saúde do Estado, sendo o Serviço Sanitário desligado da Secretaria do Interior e ficando diretamente subordinado à Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública (vide Quadro 3.7).

Entre os artigos do referido Decreto, constava:

Art. 19. Dentro de 120 dias a Secretaria de Estado fará publicar o Código Sanitário do Estado.

Ainda em junho de 1938, é criado o Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, no Departamento de Saúde do Estado, mantendo as atribuições previstas na legislação anterior.

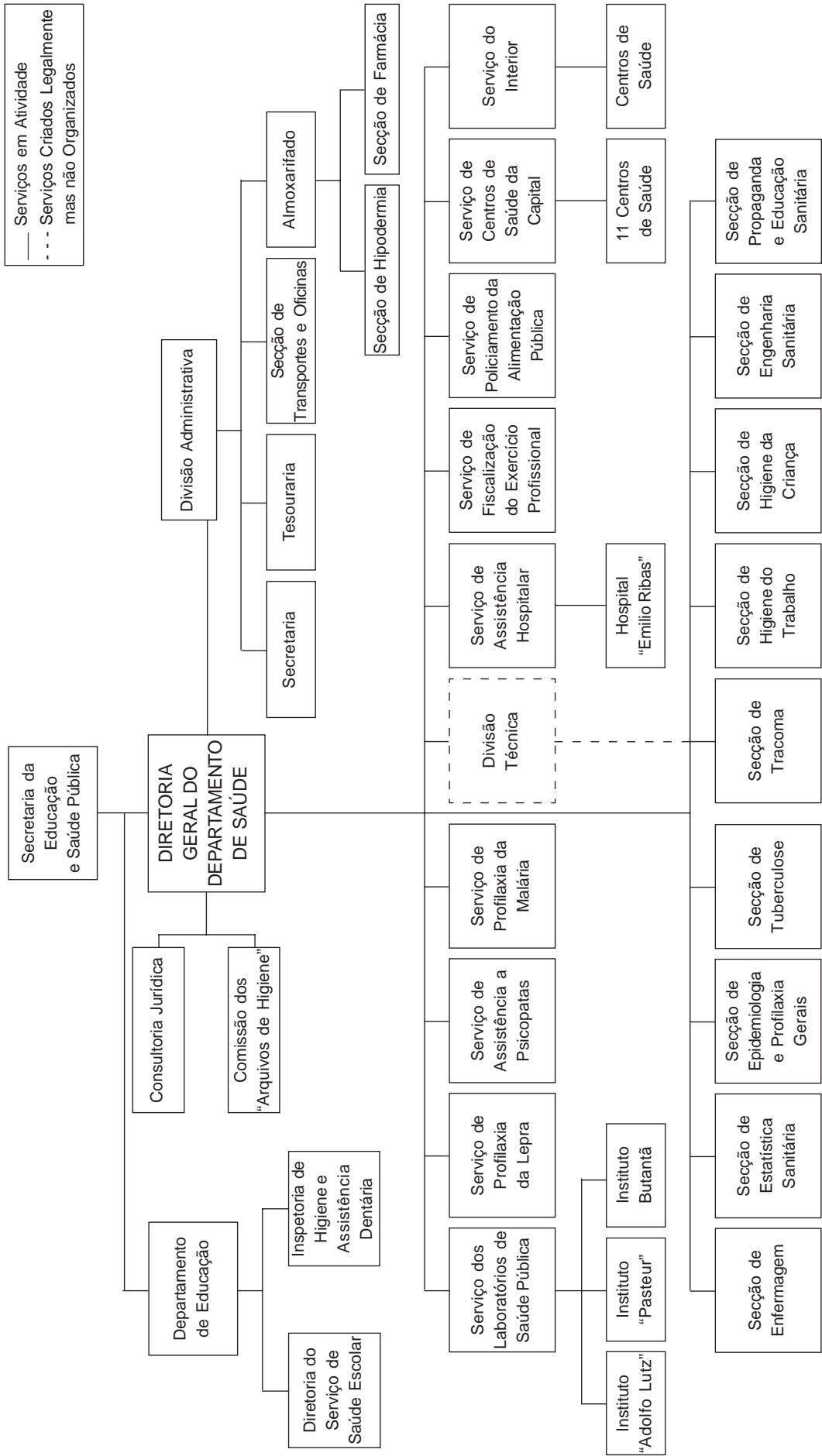
O prazo para a expedição do Código Sanitário do Estado foi prorrogado, por tempo indeterminado, pelo Decreto n. 9.646, de 18 de outubro de 1938, sob a justificativa de ser competência do Governo da União legislar sobre normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da criança; bem como o novo Código Sanitário do Estado deve moldar-se naqueles preceitos e que, portanto, não poderá ser expedido antes de estatuídas aquelas normas.

Segundo Mascarenhas (1949), devido à extrema centralização de atividades dos serviços públicos nas mãos do Governo Federal, pouco pode ser feito. O Código Sanitário do Estado de 1918, continuava em vigor completamente obsoleto, modificado parcialmente por vários atos legislativos.

Conforme o mesmo autor, foram criadas, anexas ao Almoxarifado da Divisão Administrativa do Departamento de Saúde, uma Seção de Farmácia e outra de Hipodermia, pelo Decreto n. 9.691-A de 29 de outubro de 1938. Essas atividades já

Quadro 3.7

SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (1938)



Fonte: Mascarenhas, 1949.

existiam, mas foram esquecidas no Decreto que organizou a Divisão Administrativa do Departamento de Saúde.

Em 1938 é organizado o Serviço de Assistência Hospitalar, tendo como objetivo, entre outros, a fiscalização das instituições de assistência a doentes, de caráter privado, que recebam ou não subvenção oficial.

Pelo Decreto n. 9.866, de 27 de dezembro de 1938, o governo do Estado, estabelece o “Policiamento da Alimentação Pública”, regulamenta os locais de venda e estabelecimento, ainda, os requisitos para registros dos produtos, e cria a “Taxa de Fiscalização Bromatológica”. E pelo Decreto n. 9.868, dessa mesma data, estabeleceu as taxas de registro profissional e de fiscalização de drogas e medicamentos, pelas ações executadas pelo Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional.

O controle médico-sanitário para ingresso ao funcionalismo público estadual e municipal foi determinado pelo Decreto n. 11.182, de 24 de junho de 1940, que assim definia:

Todos os funcionários públicos devem se submeter a exame de saúde antes da posse, para que possam provar não sofrer de doenças infecto-contagiosas ou defeito incompatível com o cargo ou função.

A carteira de saúde que os trabalhadores deviam ter, conforme o Código Sanitário de 1918, foi regulamentada pelo Decreto n. 12.217, de 07/10/1941, tendo sido criada uma escala de avaliação das condições de saúde, robustez e capacidade para o trabalho, e introduzida a obrigatoriedade do exame radiológico dos pulmões.

Em 3 de dezembro de 1942, o Dr. Samuel Barnsley Pessoa, professor catedrático de parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, assume a diretoria geral do Departamento de Saúde do Estado cargo diretivo que vai ocupar até 4 de fevereiro de 1944. Destaque-se, na sua gestão, a reorganização dos serviços de saúde no interior, em uma tentativa de descentralização das atividades. Mediante o Decreto-Lei n. 13.439 de 30 de junho de 1943, que reorganizou o Serviço Sanitário, notadamente a Divisão de Serviços do Interior, foram criadas 11 delegacias de saúde.

Importante papel desempenhou o professor Pessoa no sentido de aproximar as ações dos dois departamentos (Educação e Saúde) da então Secretaria da Educação e Saúde Pública. Pelo Decreto n. 13.444, de 2 de julho de 1943, as ações do Serviço de Saúde Escolar do Estado foram estendidas às escolas primárias do interior do Estado,

determinando uma integração das ações das educadoras sanitárias da delegacia de ensino com os médicos sanitaristas do centro de saúde local.

O Decreto n. 13.614, de 15 de outubro de 1943, aprovou o Regulamento do Serviço de Saúde Escolar do Interior, definindo funções e regrando as relações dos departamentos de Educação e Saúde. Segundo o decreto, o educador sanitário encarregado das ações de higiene escolar no interior do Estado ficava subordinado tecnicamente ao médico do centro de saúde e administrativamente ao delegado de ensino, encerrando provável polêmica sobre “quem manda em quem”.

Pelo Decreto n. 11.522, de 26 de outubro de 1940, foi criado o Instituto Adolfo Lutz, como Laboratório Central de Saúde Pública, e retaguarda bromatológica do Serviço de Policiamento da Alimentação Pública. Pelo mesmo Decreto, eram extintos os antigos organismos de apoio laboratorial, integrando-se ao Instituto recém-criado.

Habitualmente, o presidente aproveitava o 1º de maio para anunciar alguma medida de proteção ao trabalhador. Em 1943, naquele dia, Getúlio Vargas baixou o Decreto-lei n. 5.452, que aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A CLT não só reuniu, sistematicamente, a legislação trabalhista da época, como também a alterou em alguns pontos, tornando competência federal ações de vigilância da saúde do trabalhador. Isso foi possível porque estava em vigência a Constituição de 1937, que autorizava o Executivo a expedir decretos-leis enquanto o Congresso Nacional não fosse instalado.

Durante o Estado Novo getulista,¹⁴ o Departamento de Informações e Propaganda (DIP), órgão federal, possuía seu congênere estadual, o Departamento Estadual de Informações.

O Decreto-lei n. 16.328, de 18 de novembro de 1946, dispõe sobre a reorganização do Departamento Estadual de Informações. Por tal Lei, “o Serviço de Censura e Publicidade Sanitária do Departamento Estadual de Informações ficou transferido para o Departamento de Saúde da Secretaria de Educação e Saúde Pública, com os corres-

¹⁴ Corresponde ao período de governo, no Brasil, de 1937 a 1945. A Constituição de 1937, que criou o **Estado Novo** getulista tinha caráter centralizador e autoritário, suprimiu a liberdade partidária, a independência entre os três poderes e o federalismo. Os prefeitos passaram a ser nomeados pelos governadores, e esses, por sua vez, pelo presidente. Foi criado o DIP (Departamento de Imprensa e Propaganda), com o intuito de projetar Vargas como o “Pai dos Pobres” e o “Salvador da Pátria”.

pondentes arquivos e fichários”. Tais funções passaram a ser exercidas pelo Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, órgão que em 1986 iria compor o CVS.

O Código Sanitário de 1918, com as múltiplas alterações que os vários governos promoveram, ainda vigorava, com aplicação não-uniforme por todo o Estado, o que levou o Governo, por meio do Decreto-lei n. 15.579, de 25 de janeiro de 1946, a “estabelecer normas para a aplicação das leis sanitárias”.

O Decreto-lei n. 16.401, de 3 de dezembro de 1946, dispõe sobre a criação da Secretaria do Trabalho, Indústria e Comércio, sendo transferidas para essa nova Secretaria as atribuições referentes à fiscalização e ao controle de higiene do trabalho e saúde do trabalhador.

Durante algumas décadas, as mudanças na legislação sanitária, principalmente quando voltada à área de proteção da saúde, deram-se principalmente na área de alimentos e de exercício profissional. Desde o início da década de 1940, as questões referentes a normatização e regulação das condições de trabalho (jornadas de trabalho, trabalho do menor, trabalho em ambiente insalubre) já haviam sido absorvidas pela legislação e pelas normas emitidas pelo governo federal.

O Decreto-lei n. 17.339, de 28 de junho de 1947, que criou a Secretaria de Estado da Saúde, estabelecia o prazo de três meses para a reestruturação da nova Secretaria, bem como para a elaboração de seus regulamentos, entre eles o Regulamento Sanitário (vide Quadros 3.8 e 3.9).

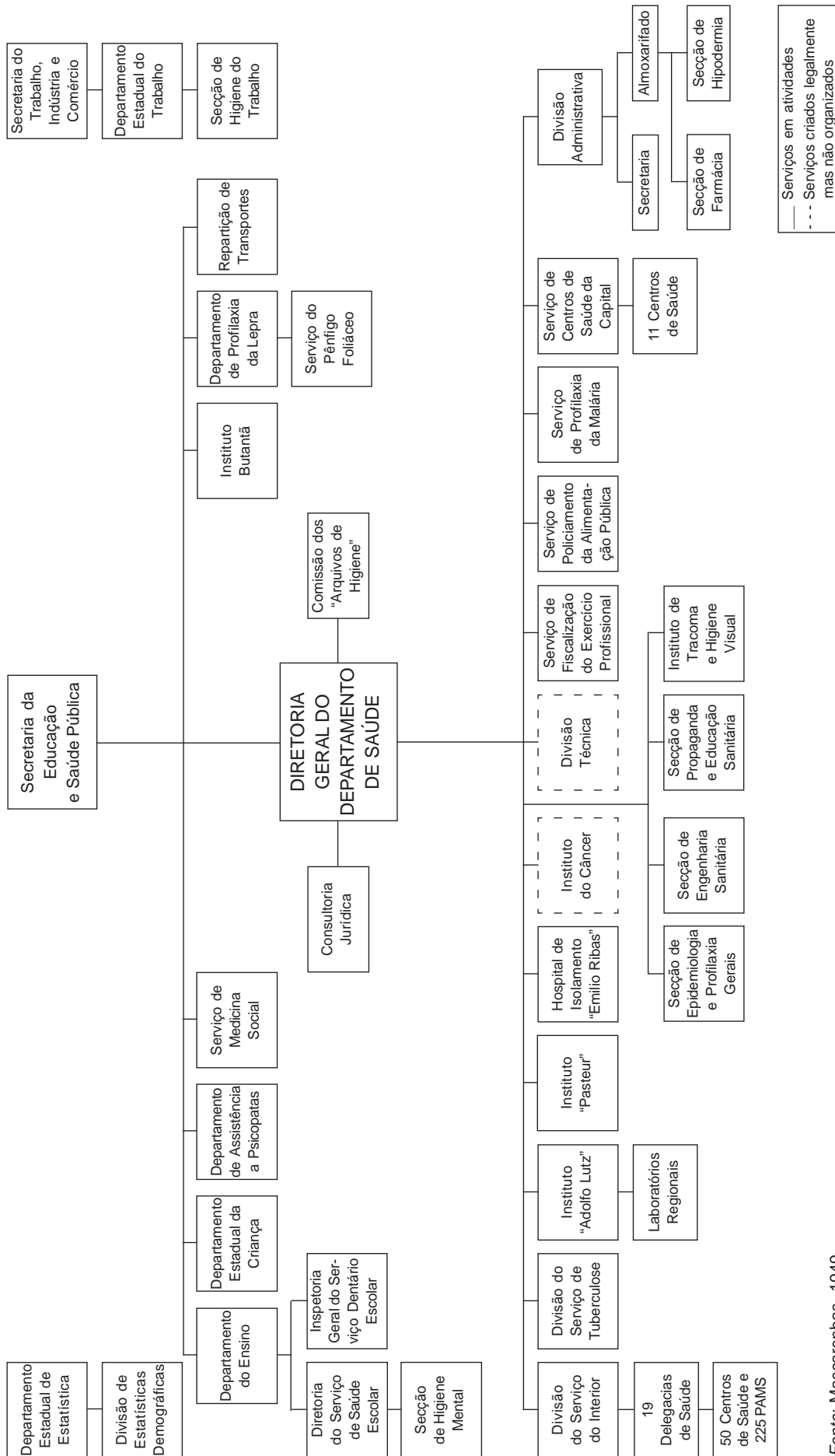
Desde 1947, quando foi desmembrada da Secretaria de Educação e Saúde Pública, até meados da década de 60, a Secretaria de Estado da Saúde permaneceu com a sua estrutura organizacional praticamente inalterada. Nesse período ocorreu a consolidação do modelo previdenciário baseado nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) cobrindo categorias profissionais definidas (bancários, marítimos, comerciários, industriários etc.), cujos institutos, em maior ou menor grau, passaram a oferecer algumas ou muitas ações de assistência médica-odontológica aos seus associados.

3.2 O REGIME MILITAR

Conforme Costa e Rozenfeld (2000), nos anos 1960 consolidou-se o conceito de vigilância no controle de moléstias infecto-contagiosas, bem como o conjunto de ações ligadas aos controles de portos, aeroportos e fronteiras. Com a instalação do regime militar a partir de 1964, houve um aumento da abrangência do campo de ação da vigilância, com a incorporação de outros setores ligados à produção e ao consumo de produtos e serviços de interesse da saúde.

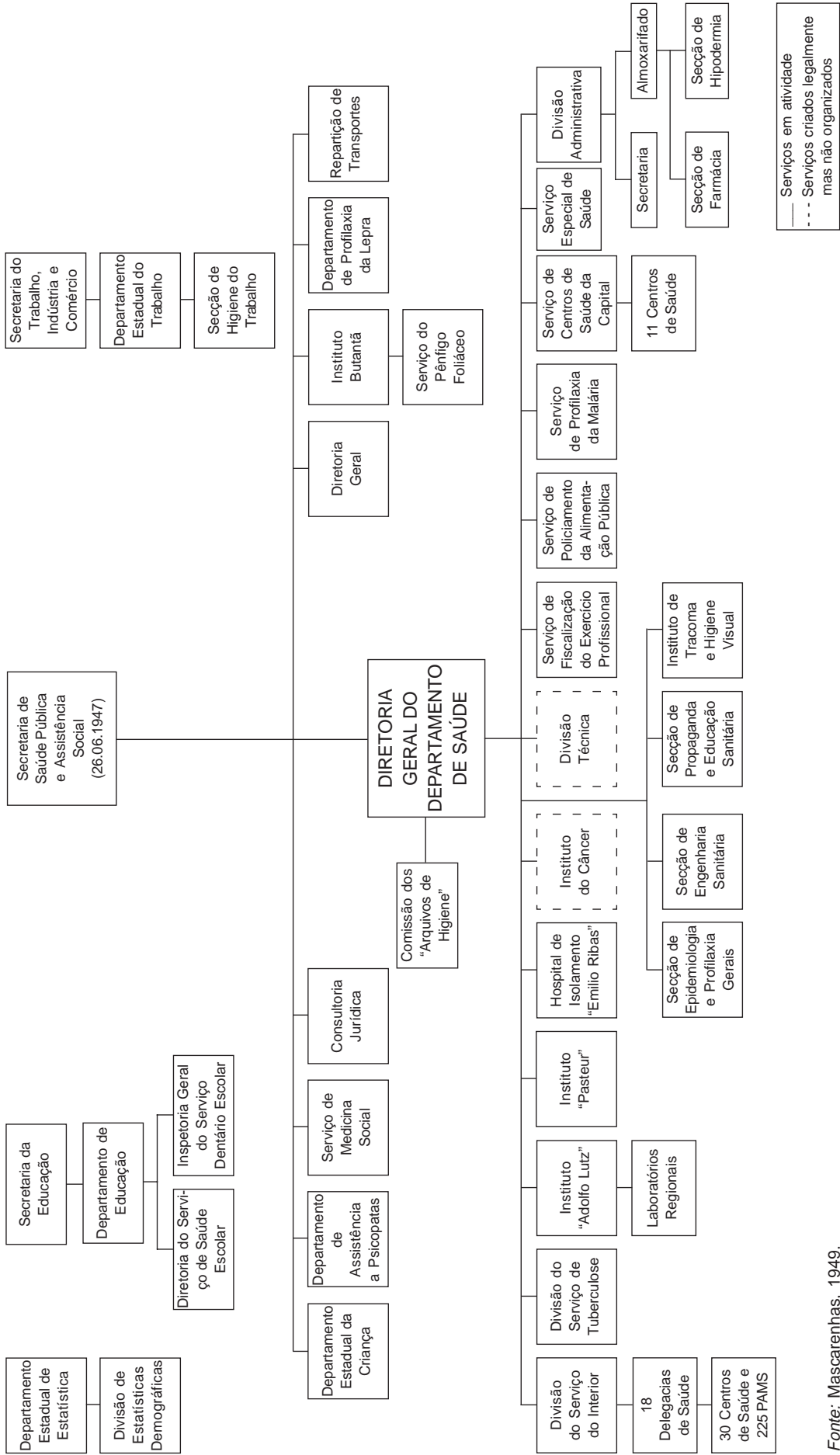
Quadro 3.8

SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (1947)



Quadro 3.9

SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO (1948)



Fonte: Mascarenhas, 1949.

As mudanças na legislação sanitária estadual nesse período, que vai da redemocratização do pós-guerra até meados da década de 1960, foram de pouco significado, sendo que em 1965 o então Secretário de Saúde, Dr. Mário Machado de Lemos, escrevia:

Toda a legislação sanitária do Estado, básica e complementar, encontra-se desatualizada, em completo desacordo com a problemática e com a evolução surpreendente da Saúde Pública nos últimos anos. O Código Sanitário do Estado data de 1918, e o anteprojeto de lei para sua reformulação, submetido a exame da Assembléia Legislativa, pela mensagem governamental n. 209, de 07 de agosto de 1963, foi arquivado com parecer contrário da Comissão de Saúde e Higiene. (1967, p. 35).

Os três meses previstos para a reestruturação da nova secretaria não foram observados; a sua organização verticalizada por meio dos departamentos especializados contribuiu na formação de fato de uma confederação de subsecretarias.

Existiam, nessa ocasião (1965), cerca de 20 departamentos, técnica e administrativamente autônomos, com regionalizações segundo critérios próprios, sem nenhuma coincidência geográfica intencional. As Delegacias de Profilaxia da Lepra, os Serviços Regionais de Fiscalização do Exercício Profissional, os postos de puericultura e os dispensários de tuberculose, priorizavam, em uma dada região, até municípios diferentes, obedecendo a múltiplos critérios (técnicos, políticos etc...).

No Quadro 3.10, apresenta-se o modelo organizacional do Departamento Estadual da Criança, cujo poder decisório estava na capital; o mesmo modelo centralizador era praticado pelos outros 19 departamentos.

Nos municípios, muitas vezes duas ou três repartições da Secretaria, de departamentos diferentes, ocupavam áreas físicas contíguas ou comuns, sem nenhuma integração técnica ou administrativa.

Tal situação gerava uma descoordenação muito grande e situações até pitorescas, como a descrita por Machado de Lemos:

Há poucos dias, em visita à unidade sanitária integrada do Bosque da Saúde, no Bairro do Jabaquara, nesta Capital, verificamos que as dependências do Centro de Saúde, cujo servente entrara em férias, estavam sujas, porque os outros serviços do Dispensário de Lepra e de Tuberculose, ambos localizados em salas de mesmo prédio, não eram obrigados, por lei, a efetuar a limpeza, uma vez que se tratava de Repartições diferentes.

Quadro 3.10

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

713 Postos de Puericultura existentes em 1965



Fonte: Departamento Estadual da Criança
LE MOS, Mário M. Op. cit., p. 36.

Também para exemplificar, merecem registro as atribuições, muitas vezes conflitantes, dos fiscais sanitários da Secretaria, ainda sem polivalência funcional, todos lotados em Repartições afins, porém com os encargos específicos dos órgãos a que pertencem (SCSC, SEPG, SES, etc.), sem a menor racionalização administrativa. Justifica-se aqui a narração de episódio pitoresco gerado por uma denúncia, que a Secretaria recebeu, sobre a existência de uma pocilga no Bairro de Santo Amaro. Como todos sabem, a legislação vigente proíbe a criação de porcos no perímetro urbano. A rigor, essa fiscalização repressiva, se os animais estiverem soltos, compete à Secção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais, mas, se estiverem presos, deve ser exercida pelo Serviço de Centros de Saúde da Capital.

No caso em exame, funcionários das duas Repartições foram designados para averiguar a procedência da queixa, em momentos diferentes, de acordo com as referidas circunstâncias legais. Porém, quando o fiscal do Centro de Saúde comparecia, os porcos eram libertados pelo proprietário. Então, de acordo com a rotina administrativa, encaminhava-se um memorando à Secção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais, para uma visita de inspeção, em se tratando de ocorrência sob a sua responsabilidade legal. Desta vez, antes de permitirem a entrada de novo fiscal, os animais eram, às pressas, introduzidos no chiqueiro, a salvo de penalidades imediatas.

Esta nova inspeção motivava outro memorando, agora em sentido inverso, da Secção de Epidemiologia ao Serviço de Centros de Saúde da Capital, para as providências cabíveis. E assim, com esses artifícios e expedientes, os responsáveis acobertavam-se de qualquer providência repressiva. Passaram-se alguns meses e quando os dois serviços, reconhecendo a ineficácia dos métodos e a inutilidade da correspondência trocada, resolveram efetuar a fiscalização em conjunto, o proprietário já vendera os porcos e desfizera as pocilgas, favorecido pelas incoerências da legislação em vigor. (1967, p. 38-39).

O Decreto n. 50.192, de 13 de agosto de 1968, que dispõe sobre medidas para a reforma administrativa da Secretaria de Estado de Negócios de Saúde Pública, promove profunda reformulação na máquina administrativa, baseada na regionalização, na centralização normativa e descentralização executiva, na demolição das estruturas verticalizadas e na criação de quatro grandes coordenadorias.

A reforma administrativa de 1968 extinguiu os 20 departamentos e unificou as redes de atendimento por patologias (hanseníase, tuberculose e tracoma) ou por grupos etários (materno-infantil e adulto), reintroduzindo o centro de saúde como unidade de atendimento polivalente, voltada à assistência médica, aos cuidados preventivos (entre eles a vacinação e a suplementação alimentar aos grupos de risco), e ao meio ambiente por meio dos fiscais e agentes das equipes de saneamento.

Com essa reforma administrativa, cada um dos municípios do Estado passou a contar com um centro de saúde pelo menos, e nesses locais competia à equipe de saneamento zelar pelo cumprimento da legislação sanitária. Restaram dois municípios (São Paulo e Campinas) que, por delegação, exerciam parcialmente algumas funções de vigilância sanitária, basicamente ligadas à alimentação pública e a edificações.

A nova estrutura da Secretaria de Estado da Saúde era constituída basicamente de quatro coordenadorias, sendo que pelo menos três delas mantinham atribuições ou executavam tarefas ou funções ligadas à vigilância sanitária.

Pelo Decreto n. 52.182, de 16 de julho de 1969, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências, (vide Quadro 3.11), as funções que se entendem como de vigilância sanitária foram colocadas nas seguintes coordenadorias:

1. Na Coordenadoria de Saúde da Comunidade:

- Departamento de Saneamento;
- Divisão do Exercício Profissional;
- Divisão de Alimentação Pública;

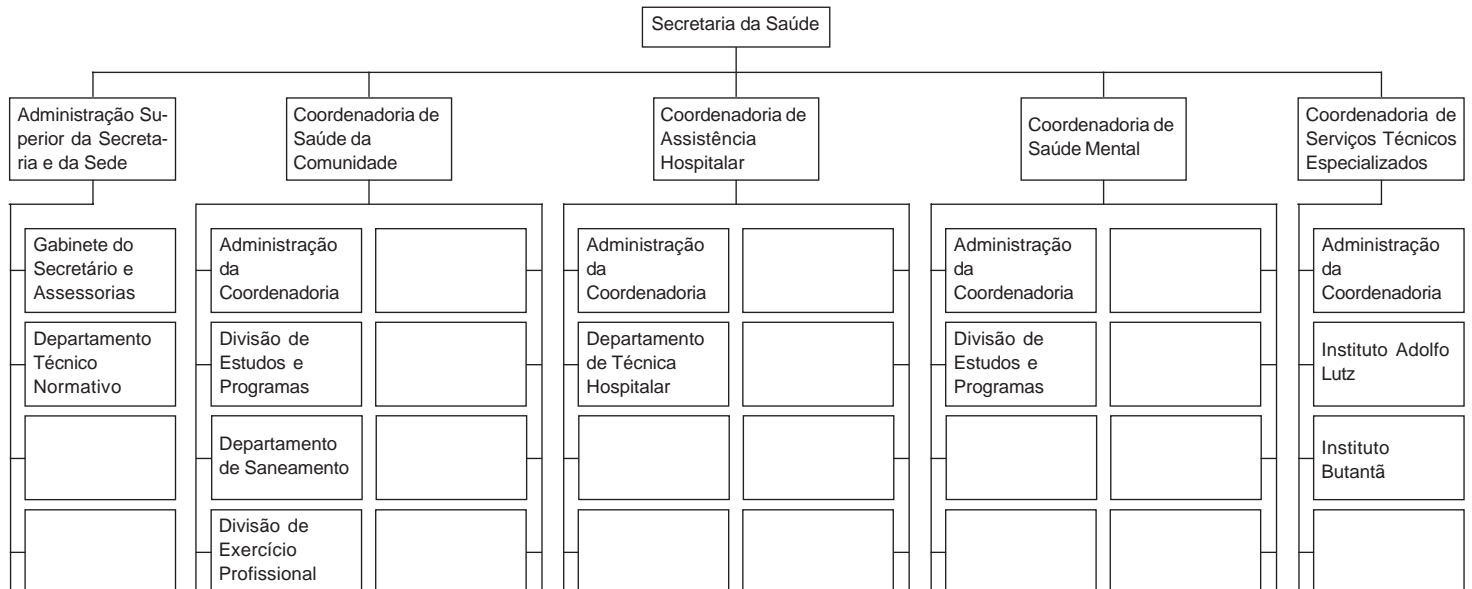
2. Na Coordenadoria de Assistência Hospitalar:

- Divisão de Fiscalização Hospitalar.

Na Coordenadoria de Serviços Técnicos e Especializados encontrava-se o Instituto Adolfo Lutz, cuja atuação constitui a retaguarda laboratorial das ações de vigilância sanitária. Por ser um laboratório estatal e de fé pública, os laudos emitidos em suas análises têm caráter arbitral. Interditava-se um lote de bebidas, suspende-se a utilização de um medicamento ou fecha-se uma indústria de alimentos com base nos laudos desse Instituto.

Em 21 de julho de 1970, com o Decreto n. 52.497, é aprovado o regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-Lei n. 211, de 30 de março de 1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado de Saúde. Era o quinto Código Sanitário do Estado.

Quadro 3.11

ESTRUTURA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (1969)

Tal regulamento, composto de 623 artigos, era dividido em “partes” e “livros”, abrangendo os seguintes setores: saneamento; saneamento ambiental e organização territorial; saneamento básico; saneamento das zonas rurais; normas básicas de proteção contra a radiação e riscos elétricos; controle da poluição do meio ambiente, água, ar e solo; controle de artrópodes e moluscos; controle dos roedores; inseticidas e raticidas; condições de funcionamento dos estabelecimentos sob responsabilidade de médicos, dentistas, farmacêuticos, químicos e outros titulares de profissões afins; alimentos; promoção da saúde; maternidade, infância e adolescência; saúde pública; preservação de saúde; notificação compulsória; doenças transmissíveis; doenças transmissíveis e saneamento do meio; doenças não-transmissíveis e acidentes pessoais; inumações, exumações, transladações e cremações; recuperação da saúde; assistência médico-hospitalar; atividades técnicas complementares; estatística; educação em saúde pública; preparação de pessoal técnico; das infrações, das penalidades e dos procedimentos administrativos.

Este Código já não contemplava as medidas referentes a doenças profissionais e saúde do trabalhador, pois a partir da CLT, os controles referentes à saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho passaram a ser competência do governo federal.

O regulamento estadual de 1970 foi o mais completo instrumento para a ação em vigilância sanitária, principalmente nas áreas de alimentação pública, serviços – inclusive os denominados de saúde – e meio ambiente. Enquanto suporte legal e apoio normativo às ações de vigilância sanitária, era um instrumento adequado. Entretanto, as competências estavam situadas em coordenadorias distintas e a execução em níveis diferentes. Assim é que as ações referentes à alimentação pública e ao meio ambiente eram executadas pelos centros de saúde, as ações referentes ao exercício profissional e serviços de saúde, pelos departamentos regionais de saúde da capital (cinco) e interior (onze), enquanto a fiscalização dos hospitais era centralizada em um órgão situado na capital do Estado.

Com o Decreto n. 12.342, de 27 de setembro de 1978, é baixado o 6º Código Sanitário, denominado “Regulamento da Promoção, Preservação e Recuperação no Campo da Competência da Secretaria de Estado da Saúde”, que contém 596 artigos, dividido em partes, capítulos e seções, conforme se segue:

Primeira parte – saneamento: saneamento ambiental e organização territorial; saneamento básico; saneamento das edificações; saneamento das zonas rurais; normas básicas de proteção contra a radiação e riscos elétricos; controle da poluição do meio ambiente – água, ar e solo; controle de artrópodes e moluscos; controle dos roedores; Inseticidas e raticidas; condições de funcionamento dos estabelecimentos sob responsabilidade de médicos, dentistas, farmacêuticos, químicos e outros titulares de profissões afins; alimentos.

Segunda parte – promoção da saúde: maternidade, infância e adolescência; saúde mental.

Terceira parte – preservação da saúde: ação de vigilância epidemiológica; notificação compulsória de doenças; investigação epidemiológica; medidas de profilaxia das doenças transmissíveis; medidas em caso de epidemia; vacinação de caráter obrigatório; estatísticas de saúde; atestado de óbito; doenças transmissíveis e transfusões de sangue; doenças transmissíveis e saneamento do meio; doenças transmissíveis e acidentes pessoais; inumações, exumações, transladações e cremações.

Quarta parte – recuperação da saúde: Livro único – assistência médico-hospitalar.

Quinta parte – repressão às infrações de natureza sanitária: Livro único – título 1: competência; título 2: infrações e penalidades; título 3: procedimento administrativo das infrações de natureza sanitária.

Embora mais bem estruturado em relação ao regulamento anterior, ele teve sua competência reduzida quanto ao “Controle da Poluição do Meio Ambiente – Água, Ar e Solo” pois, conforme o artigo 342, o controle da poluição do meio ambiente, água, ar e solo é exercido pela Companhia Estadual de Tecnologia e Saneamento Básico e de Defesa do Meio Ambiente (Cetesb), órgão delegado da Secretaria de Obras e Meio Ambiente. Quando a poluição do meio ambiente – água, ar e solo – oferecer risco à saúde, a autoridade sanitária alertará a Cetesb para as providências cabíveis.

Na Quarta parte, Livro único, no que se refere ao controle da assistência médico-hospitalar, o texto também reduziu atribuições, e do mesmo modo na Primeira, na parte normativa referente às ações de saneamento, remete às normas da ABNT. Importante observar que, dos 596 artigos que compõem esse Código, 478 ou 78% aproximadamente referem-se às questões de saneamento.

Conforme se observa neste breve histórico, os vários códigos sanitários e regulamentos sempre foram decretados após mudanças estruturais ou organizacionais efetuadas nos órgãos responsáveis pela sua aplicação.

O Código (Regulamento) Sanitário de 1978 foi decretado mantendo-se a mesma estrutura da Secretaria de Estado da Saúde; entretanto, em 1975 e 1976 foi criada e regulamentada a Cetesb, companhia estadual que passou a executar parte das atribuições do antigo Departamento de Saneamento da Secretaria Estadual da Saúde, gerando, em algumas ocasiões, duplicidade de atuação ou conflito de competências.

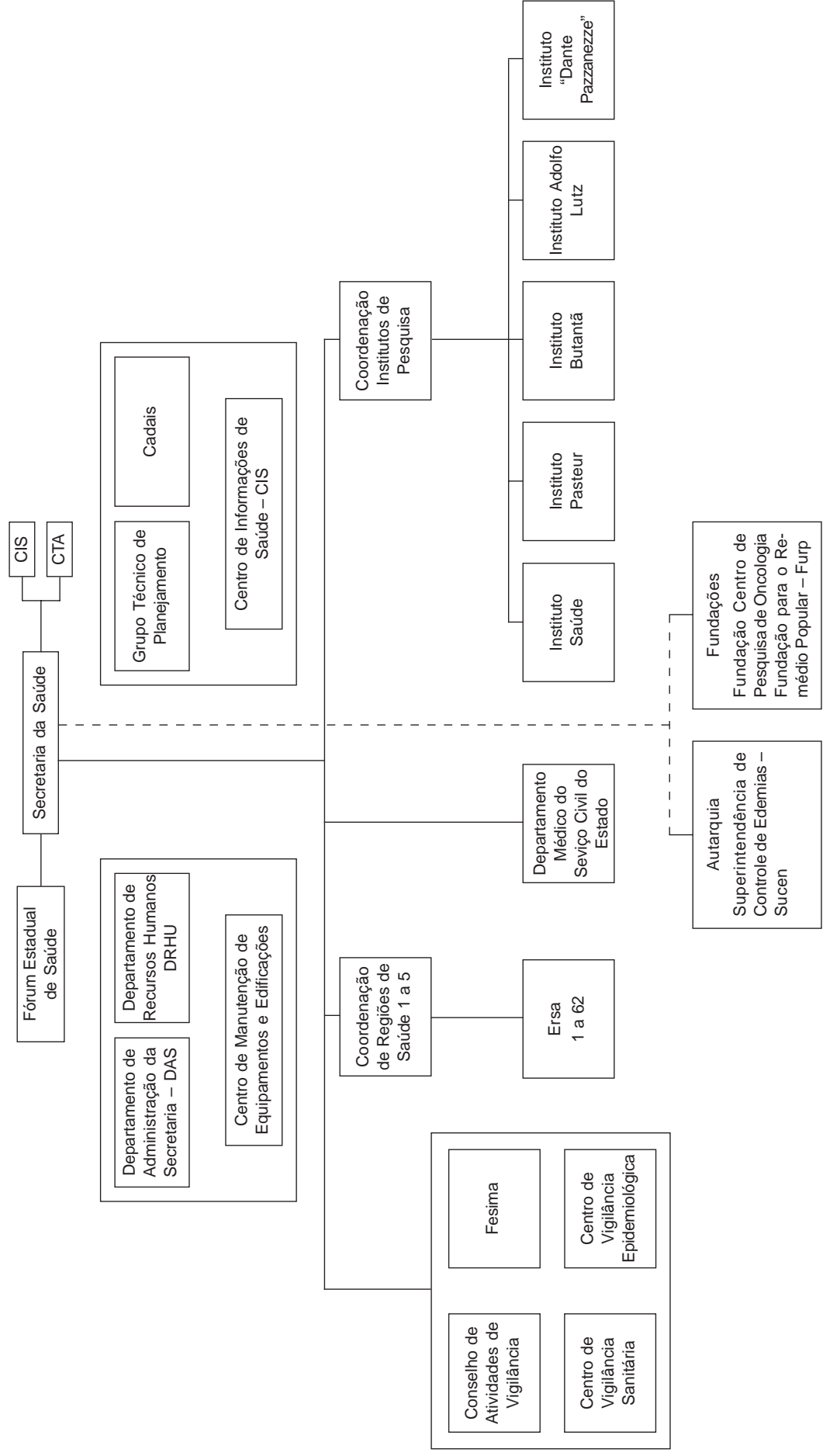
Comparado aos códigos sanitários que o antecederam, principalmente os cinco primeiros, o Código de 1978 tem menos competências e menor abrangência, principalmente nas áreas de saúde do trabalhador e assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo em que centraliza, no âmbito estadual, as ações de vigilância sanitária.

Ao final de 1986, a Secretaria de Estado da Saúde passou por profunda reformulação, coordenada pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap). Com essa reforma administrativa, rompe-se com a estruturação por coordenadorias e instala-se a gestão regionalizada dos recursos de saúde (vide Quadro 3.12).

Conforme o relatório da Fundap, com a reestruturação, na área de interesse deste trabalho, buscou-se:

Quadro 3.12

ESTRUTURA BÁSICA EM 1986 DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fonte: Decreto n. 25.519 de 17 de julho de 1986.

Integração entre as ações de saúde pública e assistência médica. As atividades de vigilância epidemiológica e sanitária passam a integrar-se às ações de assistência médica, de modo que os aspectos de colaboração e orientação se sobreponham às ações meramente de fiscalização, desligadas de seu conteúdo técnico e quase sempre com características cartoriais. (1986, p. VIII).

Continua o relatório:

As áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, antes dispersas, passam a ser integradas em dois Centros, com ações coordenadas por um Conselho de Vigilâncias. As ações de vigilância, em seus aspectos de normatização, planejamento, avaliação e controle, partem do CVS/CVE e permeiam toda a estrutura de prestação de serviços, através dos ERSAs (Escritórios Regionais de Saúde). (1986, p. VIII).

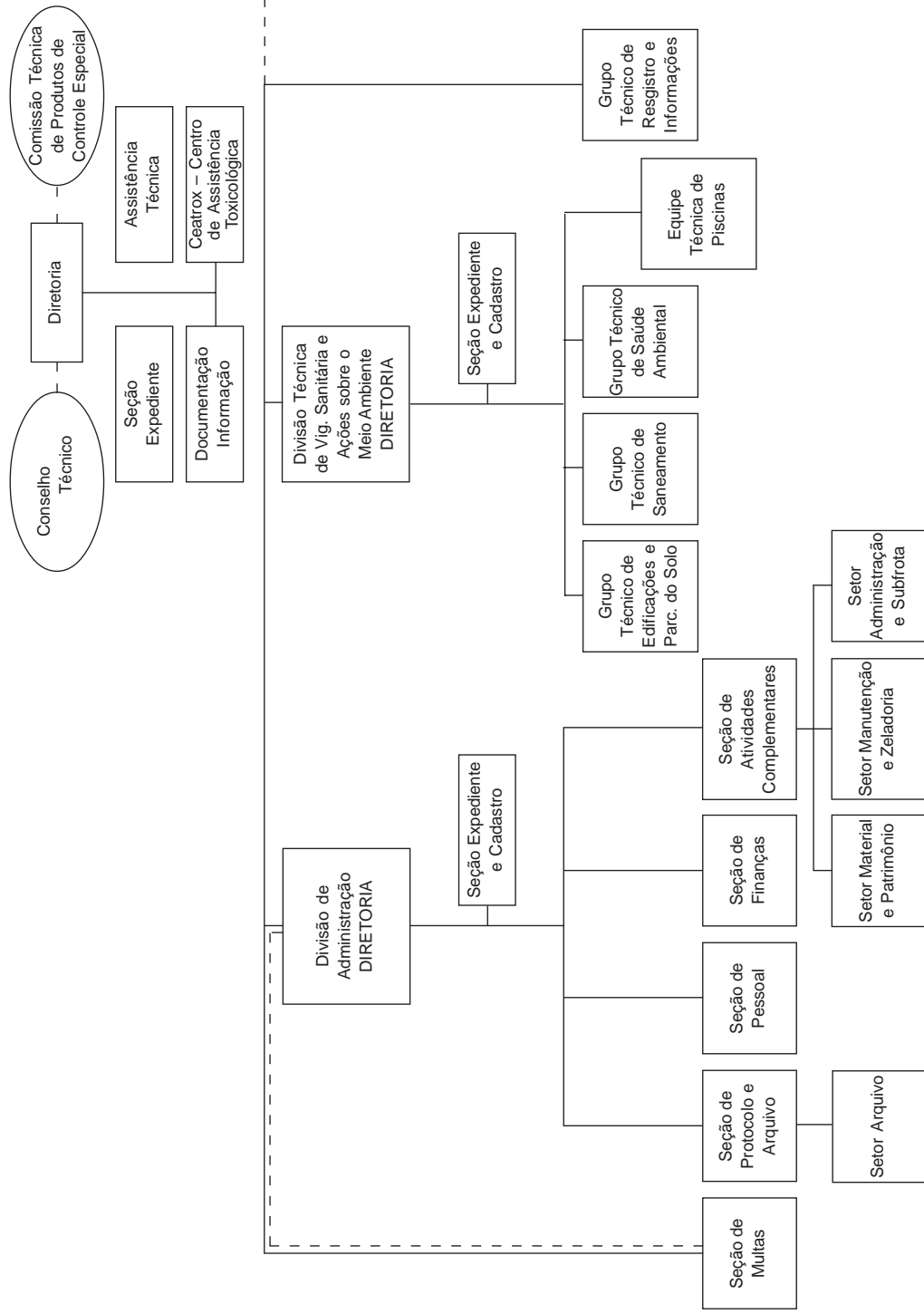
Nessa reforma são criadas as Equipes Regionais de Vigilância Sanitária, e no nível central da Secretaria de Estado da Saúde, junto ao gabinete do secretário, nos termos do Decreto n. 26.048, de 15 de outubro de 1986, o Centro de Vigilância Sanitária (vide Quadro 3.13).

Seguindo a mesma dinâmica e dentro da lógica observada na evolução histórica do serviço sanitário, essa reforma administrativa profunda por que passou a Secretaria de Estado de Saúde deveria ser acompanhada de uma reformulação no Código Sanitário em vigor, ou a promulgação de um novo, possibilitando a incorporação de novos conceitos, como: monitoração de situações e fatores de risco, comunicação social, abordagem sistêmica dos assuntos de vigilância, entre outros.

As urnas de novembro de 1986 legitimaram um Congresso Nacional com poderes de Assembléia Nacional Constituinte, o que, se por um lado acabou adiando as iniciativas estaduais e municipais voltadas para a reformulação da Legislação Sanitária, por outro, abriu novas perspectivas a esses atores, principalmente aos municípios.

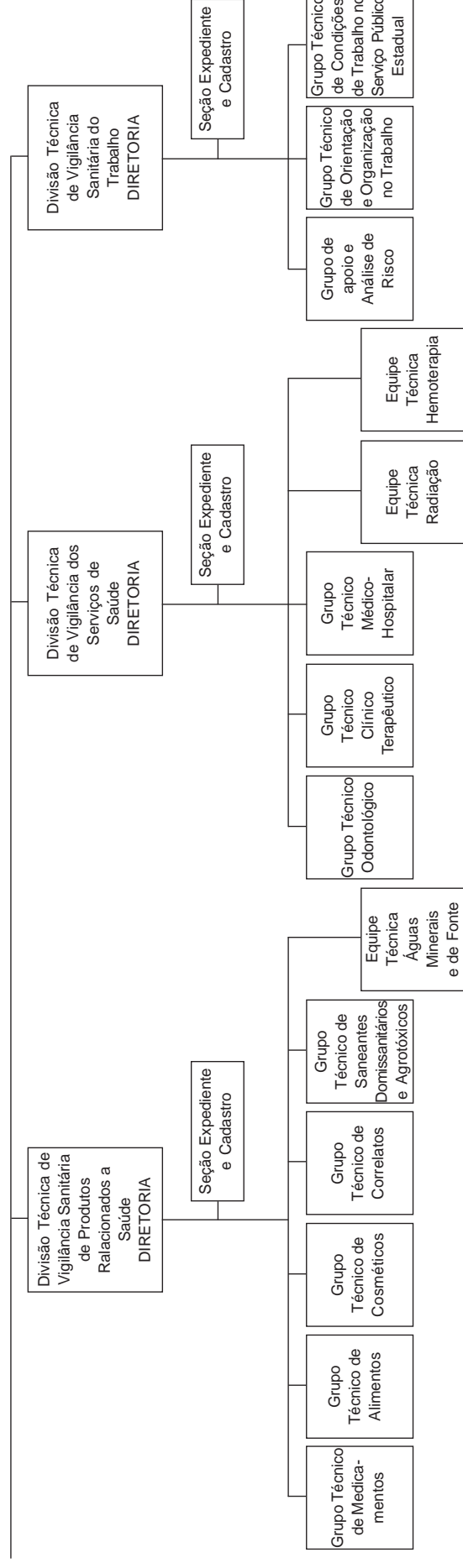
Em 1988, promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil, o País adotou os princípios de direito à saúde e da causalidade social das doenças, tal e qual a Declaração dos Direitos Humanos de 1948 e a definição de saúde da OMS já preconizavam. É criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde passa a ser um direito social independente de quaisquer outras condições ou critérios, determinando-se o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde do sistema.

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



Continua
na página 83

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



A. Decreto n. 26.048, de 15 de outubro de 1986.

B. Atualizado pelo Decreto n. 30.517 de 2 de outubro de 1989.

Fonte: Núcleo de documentação e informação – CVS/SP.

Conforme Mendes,

o SUS entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim o SUS nem começou ontem e nem termina hoje. Reformas sociais, em ambiente democrático, são por natureza lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários. (1996, p. 57).

O artigo 196 da nova Constituição define a abrangência e as competências dentro do Sistema Único de Saúde. A competência executiva passa a ser compartilhada pelas três esferas de governos, federal, estadual e municipal, com direção única em cada nível de governo. O artigo 198 aponta as várias diretrizes do SUS: descentralização, integralidade do atendimento e participação da comunidade. E o artigo 200 define as competências do SUS, com destaque ao seu § 2º, no qual consta: “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”. Tais atribuições, diretrizes e competências do SUS foram regulamentadas pelas Leis Federais ns. 8.080 e 8.142.

A operacionalização desse sistema, por sua vez, foi rotinizada e detalhada mediante as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), esta editada em 2001. A NOB-SUS-93 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, criando um espaço de ajustes e um fórum de negociação permanente entre as três instâncias federativas. Além disso, impulsionou a municipalização dos serviços de saúde, incentivando a participação municipal mediante a instituição de três formas de gestão, denominadas incipiente, parcial e semiplena, que representavam graus de complexidade crescente do atendimento, mas que não serão objeto de análise neste texto. Saliente-se que as questões afetas à vigilância sanitária tiveram pouco destaque nessa NOB, o que vem a ocorrer com maior ênfase na NOAS-2001.

Dentro da montagem do arcabouço jurídico institucional e organizacional do SUS, a atividade de vigilância sanitária também se estruturou de modo semelhante. Articulou-se a montagem de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, inicialmente encabeçado pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, e a partir de 1999, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criou-se o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Fazem parte desse Sistema a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacio-

nal de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), os Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais (Visas), os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacens), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e os conselhos estaduais e municipais de saúde, nas atribuições que lhes competem em relação às ações de vigilância sanitária.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi criada pela Lei Federal n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, como uma *autarquia sob regime especial*, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira, nos moldes da reforma de Estado preconizada por Bresser Pereira. (BRASIL, 1997).

Observa Dallari (2004) que, apesar dessa independência e autonomia da Anvisa, a lei não a exime da obrigação de submeter-se aos princípios, normas e diretrizes estabelecidas para todo o SUS.

No Estado de São Paulo, por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, em texto bastante discutido e trabalhado na Comissão de Saúde da Casa, a Assembléia Legislativa do Estado aprova, em 1998, após 20 anos de tramitação, um novo Código Sanitário, o sétimo.

A *Lei Estadual n. 10.083* de 23 de setembro de 1998, que dispõe sobre o novo Código Sanitário do Estado, passa a observar os princípios expressos na Constituição Federal e na Estadual e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal ns. 8.080/90 e 8.124/90).

Em seu artigo 2º, fica delimitado o novo campo de ação da vigilância sanitária no Estado, como sendo;

Art. 2º Os princípios expressos neste Código disporão sobre proteção, promoção e preservação da saúde, no que se refere às atividades de interesse à saúde e meio ambiente, nele incluído o do trabalho, e têm os seguintes objetivos:

I – assegurar condições adequadas à saúde, à educação, à moradia, ao transporte, ao lazer e ao trabalho;

II – promover a melhoria da qualidade do meio ambiente, nele incluído o do trabalho, garantindo condições de saúde, segurança e bem-estar público;

III – assegurar condições adequadas de qualidade na produção, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse à saúde, incluídos procedimentos, métodos e técnicas que as afetem;

- IV – assegurar condições adequadas para prestação de serviços de saúde;
- V – promover ações visando o controle de doenças, agravos ou fatores de risco de interesse à saúde; e
- VI – assegurar e promover a participação da comunidade nas ações de saúde.

O sétimo Código Sanitário conta com 146 artigos, dos quais dez de princípios gerais, 75 versando sobre promoção, proteção e preservação da saúde, 53 sobre procedimentos burocráticos e administrativos e 8 artigos de disposições finais.

Importante passo desse novo Código é a criação de um sistema de informações em vigilância à saúde como base de atuação e definição de prioridades do setor.

Art. 7º Em consonância com o Sistema Estadual de Informação em Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde deverá organizar, em articulação com os Municípios, o Sistema de Informações em Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Esse novo Código Sanitário representa um avanço em relação ao quinto e ao sexto, propondo a integração das áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, direcionando-se segundo uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional para a vigilância à saúde. Além disso, está totalmente integrado às diretrizes do SUS, principalmente no que se refere à descentralização e à municipalização, bem como aberto à participação social.

4

DISCUSSÃO

A proteção da saúde desde os primórdios da humanidade tem sido uma das preocupações dos homens, presente nas mais variadas formas de organização social que já existiram. Tal fato pode ser observado nos textos mais antigos como a Torah¹⁵ e o Código de Hamurabi, os quais já continham informações e instruções relevantes para a proteção da saúde e a prevenção de doenças.

Foucault, analisando a medicina social francesa e a medicina inglesa, bem como Rosen analisando a polícia médica alemã do século XVIII, apontam para ações governamentais voltadas para o monitoramento e controle de um grande conjunto de atividades relacionadas direta ou indiretamente à saúde dos indivíduos e da comunidade. Tais controles abrangiam um amplo conjunto de atividades relacionadas que sinteticamente podem ser classificadas nos seguintes itens:

1. Controle das localidades, das habitações, da ocupação e do parcelamento do solo;
2. Controle do meio ambiente, da poluição do ar e das águas;
3. Fiscalização da alimentação pública, do fabrico e consumo das bebidas e dos alimentos;
4. Controle do exercício profissional de atividades diretamente ligadas à saúde;
5. Normalização do funcionamento de serviços de assistência a saúde e conexos;
6. Controle de formulações terapêuticas e medicamentos;
7. Controle de produtos ligados à saúde e conexos;
8. Saneamento das fábricas, oficinas, e saúde do trabalhador;
9. Notificação e supervisão de doenças infecto-contagiosas;
10. Ações de educação em saúde.

¹⁵ Livro sagrado judaico que corresponde ao Velho Testamento da Bíblia cristã.

No Brasil, com a chegada da família real portuguesa em 1808 e com a designação do cirurgião-mor e do físico-mor do reino, tais controles passam a ser incrementados e difundidos em nosso meio. A necessidade de tornar mais salubre a cidade do Rio de Janeiro e o aumento na circulação de mercadorias, de pessoas e de escravos, e também a intensificação do comércio, principalmente de alimentos, e ainda da atividade portuária, tudo isso fez com que D. João VI incrementasse os controles sanitários. A atividade regulatória já existia anteriormente à chegada da família Real. Entretanto, como se mostrou anteriormente, era bastante fragmentada e limitada, em face dos conhecimentos e recursos da época.

No Estado de São Paulo, desde a Proclamação da República, quando começa efetivamente a se estruturar o Serviço Sanitário do Estado, até o final do século XX, período de estudo desta dissertação, foram promulgadas várias leis e decretos e outros diplomas legais que a cada época convencionou-se chamar de códigos sanitários.

No quadro 4.1 a seguir, apresentam-se os vários “Códigos Sanitários” e a sua respectiva abrangência, conforme a listagem das atribuições apresentadas na página anterior.

Quadro 4.1

	Diplomas Legais	ABRANGÊNCIA
1º Código Sanitário	1890 – Regulamento da Farmácia 1891 – Lei n. 13, 07 de novembro de 1891 1891 – Lei Estadual n. 15, 11 de novembro de 1891 1892 – Decreto n. 87, 29 de julho de 1892 1893 – Regulamento do Laboratório de Análises Clínicas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
2º Código Sanitário	1893 – Lei n. 240 1894 – Código Sanitário, Lei n. 233 Decreto n. 266 – Regulamento dos Hospitais de Isolamento Decreto n. 394, de 07 de outubro de 1896	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 9, 10
3º Código Sanitário	Decreto n. 2.141, de 14 de novembro de 1911 Lei n. 1.310, de 30 de dezembro de 1911 Lei n. 1.596, de 29 de dezembro de 1917 (Código Sanitário Rural)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 9, 10
4º Código Sanitário	Decreto n. 2.918, de 9 de abril de 1918 Decreto n. 3.876, de 11 de julho de 1925 Decreto n. 5.275, de 03 de dezembro de 1931 Lei n. 2.874, de 11 de janeiro de 1937 Decreto n. 9.866, de 27 de dezembro de 1938	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 9, 10
5º Código Sanitário	Decreto-lei n. 211, de 30 de março de 1970 Decreto n. 52.497, de 21 de julho de 1970	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10
6º Código Sanitário	Decreto n. 12.342, de 27 de setembro de 1978	1, 3, 5, 9, 10
7º Código Sanitário	Lei Estadual n. 10.083, de 23 de setembro de 1998	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10

Conforme apresentado, o primeiro e o segundo Códigos Sanitários correspondem a um período histórico em que a concepção dominante nas questões afetas à proteção da saúde era a repressiva. Nesses códigos, apesar de conterem elementos informativos e educativos e detalharem algumas rotinas burocráticas, observam-se, ao longo de seus artigos, características de um modelo denominado “polícia sanitária”, situação que permaneceu inalterada no terceiro Código Sanitário.

O quarto Código Sanitário, decretado em 1918 e que, apesar das múltiplas emendas e sucessivas alterações, esteve em vigor até 1970 – embora sem abandonar boa parte das concepções anteriores –, era portador de um novo paradigma, caracterizado pelo modelo burocrático, privilegiando rotinas cartoriais e todo um formalismo de registros, licenças e alvarás. Com as sucessivas mudanças no Serviço Sanitário do Estado, em 1925 a educação sanitária foi incorporada como atividade de rotina.

Os Códigos Sanitários de 1970 e 1978, quinto e sexto respectivamente, tiveram sua abrangência e competência reduzidas, conforme características políticas da década, devido à centralização no nível federal de funções anteriormente atribuídas aos governos estaduais e municipais. Tais códigos introduziram o conceito de “controle de qualidade” por meio dos mecanismos de “análise fiscal” e “análise de orientação”, embora tenham mantido ainda missões e procedimentos burocráticos e até policiais característicos dos códigos anteriores.

Nessa sucessão de códigos sanitários, pode-se observar que, ao contrário do que se poderia esperar, a incorporação de novas missões não se deu com o abandono de missões anteriores, já consolidadas e rotinizadas. Novas missões derivadas de novos paradigmas foram agregando-se às anteriores e se adaptando ao longo do século XX, de tal modo que, nesse início de milênio pode-se observar, na ação do Centro de Vigilância do Estado de São Paulo, a convivência de vários modelos de vigilância (vide Quadro 4.2).

Nas décadas de 1960 e 1970, ações de vigilância sanitária, ainda que sob a ótica burocrática-cartorial, vão se consolidando, principalmente atendendo à pressão das indústrias farmacêuticas, de alimentos e de material médico-hospitalar. Assim, a vigilância sanitária, enquanto atividade estruturada, surge no Brasil, na década de 1970, com a reforma administrativa do Ministério da Saúde, quando as ações executivas de policiamento da alimentação pública e de saneamento do meio foram incorporadas na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, criada pelo Decreto Federal n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976.

Quadro 4.2

MODELOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ideologia \ Modelo	Missão Concepção	Ações	Instrumentos
Repressiva	Polícia Sanitária	Fiscalizar Coibir Normatizar	Auto de Infração Multa Interdição
Burocrática	Cartorial	Controlar Regular Normatizar	Taxas Registros Alvarás
Defesa do Consumidor	Controle de Qualidade	Monitorar	Supervisão Treinamento Análise fiscal
Participação	Ampliação da Consciência Sanitária da População	Difundir e Popularizar Conhecimento da Área	Divulgação de Informação Educação Sanitária Comunicação Social

Fonte: DUARTE, I. G. 1990.

A vigilância sanitária passa a adquirir importância enquanto atividade de proteção à saúde conceitualmente estruturada somente nas últimas décadas, inclusive com sua inserção no texto constitucional de 1988, como uma das tarefas inerentes ao Estado e como componente fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda nesse sentido, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, em novembro de 1989, propõe o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, envolvendo os níveis federal, estaduais e municipais.

Segundo essa proposta, “entende-se como sendo missão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária proteger a saúde pública através da identificação e do controle permanentes de fatores de risco”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1980, p. 4).

Fala-se, a partir de William Farr, em “vigilância da saúde pública”, o que, segundo essa concepção, corresponde à monitoração de informações sobre fatores e situações de risco e possibilidades de agravos à saúde. Conforme Langmuir, a vigilância em saúde pública, como proposta de monitoração dos riscos à saúde, bem como o estudo de agravos à saúde coletiva, surgiu em meados da década de 1950, inicialmente em Atlanta, nos Estados Unidos, e quase simultaneamente em Praga, na Tchecoslováquia. (LANGMUIR, 1976).

A estruturação das ações de vigilância varia conforme o país e a cultura. Na maioria dos países, existem iniciativas de vigilância nas fronteiras geográficas pelo me-

nos. Em alguns, observa-se a organização de serviços de vigilância por programas específicos, por exemplo, vigilância das doenças de notificação compulsória, ou vigilância das doenças preveníveis por vacinação; ou ainda organização por grupos etários, como vigilância do grupo materno-infantil; ou também por patologias, vigilância do câncer, das moléstias cardiovasculares etc. (TEUTSCH; CHURCHILL, 2000).

Embora o termo vigilância sanitária seja exclusividade do Brasil (SOUTO, 2004, p. 40), essa função, voltada para a proteção da saúde individual e coletiva, apresenta-se fragmentada em várias vigilâncias: epidemiológica; em saúde; ambiental; de morte materna; de riscos ocupacionais; nutricional; em saúde pública; farmacovigilância e outras, ora complementares, ora concorrentes, e muitas vezes sobrepostas.

Dentro dessa perspectiva, projeta-se como futuro da vigilância, no Estado de São Paulo, uma ação cada vez mais integrada por meio da incorporação do método epidemiológico, visando a monitoração de informação sobre situações de risco e possibilidades de agravos à saúde, bem como o estudo de agravos inusitados à saúde. Nesse sentido, merecem destaque a construção do SNVS e em consequência as relações ambientais da vigilância sanitária, o que será visto adiante.

Na construção do SNVS, observa Vecina Neto, a sociedade tem dado um respaldo muito grande através de suas organizações, bem como pelos órgãos das várias esferas de governo em especial as Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, as Universidades e ainda o Ministério Público. Conforme o ex-presidente da Anvisa, a integração desses vários setores é fundamental na construção de uma nova concepção de vigilância, que ele denomina de “segurança sanitária”.

4.1 O AMBIENTE INTERNO – ESTRUTURAS E ROTINAS

A Lei n. 240, de 4 de setembro de 1893, estabeleceu pela primeira vez no Estado de São Paulo as regras, as rotinas burocráticas e os procedimentos administrativos a serem seguidos pelos agentes da vigilância sanitária, bem como pelos produtores de bens e serviços sob vigilância.

Desde então, conforme citado anteriormente, a base legal desses procedimentos, bem como os parâmetros a serem observados, constam de um Código Sanitário e das normas e legislação complementares. Tal legislação define também as competências e seus níveis, dentro do aparelho de Estado.

A rotina burocrática inicia-se pelas licenças ou autorização ou, ainda, pelo cadastramento compulsório de serviços, produtos ou profissões. Nesse grupo incluem-se o registro de profissões, a aprovação de plantas e projetos, a autorização de funcionamento de estabelecimentos, o registro de produtos e alimentos, entre outros.

Toda licença só é concedida após análise de uma documentação básica exigida e da vistoria do local e/ou da análise do produto, e costumeiramente tem validade limitada, em geral pelo período de um ano. As licenças são instrumentadas pelos respectivos alvarás, que discriminam sua abrangência e duração, natureza do estabelecimento, responsabilidade técnica etc.

Outro procedimento de rotina é a fiscalização, periódica ou eventual, nos estabelecimentos considerados sob vigilância. Nesta ocasião, afere-se a utilização dada à área física, as condições gerais de higiene, o atendimento prestado, bem como se o serviço observado está dentro dos parâmetros definidos pela legislação. É o momento da polícia sanitária, por excelência; é, entretanto, a rotina que envolve o maior grau de subjetividade em sua execução, pela multiplicidade de estabelecimentos, o número variado de situações não-previstas na legislação sanitária, bem como os diversos níveis de formação e capacitação dos agentes de vigilância sanitária.

O ato da fiscalização atende a pelo menos dois objetivos distintos, quais sejam:

- a) o *educativo*, quando o agente de vigilância sanitária procura orientar o produtor, muitas vezes desavisado das *boas práticas* de fabricação ou distribuição do produto, sendo que o mesmo procedimento se aplica quando da vigilância dos serviços e do meio ambiente;
- b) o *repressivo*, quando observadas infrações ao Código Sanitário e legislação corrente.

Os instrumentos de repressão às infrações de natureza sanitária são aplicados de acordo com a gravidade dessa infração, e são os seguintes:

- a. Advertência por escrito;
- b. Multa;
- c. Apreensão de produtos;
- d. Inutilização de produtos;
- e. Suspensão ou interdição temporária ou definitiva;

- f. Cassação ou cancelamento do registro ou licença;
- g. Intervenção.

Uma outra forma utilizada é a interdição cautelar de um produto ou estabelecimento, que vem a ser uma interdição temporária que pode evoluir para definitiva ou para liberação, dependendo da avaliação final do produto ou serviço.

Nos últimos anos, com a introdução de novos conceitos, como monitoração dos fatores de risco e controle de qualidade, os agentes de vigilância sanitária no Estado de São Paulo vêm desenvolvendo programas de aferição periódica de alguns serviços sob vigilância.

Esse controle de qualidade, cujos resultados mostram-se promissores, tem-se dado principalmente nas áreas de produtos farmacêuticos, nos serviços de saúde, na esterilização de correlatos, na industrialização de alimentos, resíduos químicos em alimentos – por exemplo, o cromo nas gelatinas e resíduos de mercúrio nas batatas –, sorologia dos bancos de sangue e controle da potabilidade da água para consumo humano, utilizando como retaguarda laboratorial o Instituto Adolfo Lutz e os laboratórios das universidades públicas do Estado.

Em estudo sobre qualidade em saúde (MALIK, 2005, p. 361), aponta que dentre os fatores que facilitam a discussão da qualidade nos serviços de saúde está o crescimento da importância da vigilância sanitária no sentido de reduzir os riscos para o usuário.

No Estado de São Paulo essas ações, executadas pelos serviços de saúde estadual e alguns serviços municipais, envolvem as seguintes cinco grandes áreas de atuação da vigilância sanitária:

1. Meio ambiente;
2. Serviços de saúde e assemelhados;
3. Alimentos e bebidas;
4. Medicamentos, material médico-hospitalar, produtos correlatos etc.;
5. Ambiente de trabalho e saúde do trabalhador.

O padrão básico de atuação da vigilância sanitária tem sido o de monitorar e controlar os riscos à saúde da população, e de fiscalizar as relações entre produtor e

consumidor ou, ainda, entre empregador e trabalhador, nos aspectos que se referem à proteção da saúde.

A vigilância sanitária atua exercendo seu poder de polícia mediante as normas, padrões e regulamentos; autorização e alvarás; vistorias e fiscalizações, buscando garantir, ao cidadão ou à coletividade, o mais baixo nível de risco à sua saúde. Esse modelo de atuação é facilmente entendido quando tomamos como exemplo um alimento industrializado.

Os órgãos normativos de vigilância sanitária, atendendo às demandas do ambiente externo, estabelecem os padrões de sabor, cor, qualidade, acidez, resíduos, aditivos, embalagem, rotulagem, entre outros. Cabe aos órgãos de fiscalização das condições sanitárias dos alimentos fiscalizar a fabricação, a distribuição, a estocagem, as condições de transporte e conservação e a venda a varejo, garantindo ao consumidor final o menor risco possível à saúde.

Esse modelo, no qual a vigilância sanitária exerce o papel normativo e fiscalizador, entretanto, vai enfrentar grandes obstáculos quando aplicado à vigilância dos serviços de saúde. Nessa área, o modelo arbitral não se aplica, uma vez que o Estado exerce vários papéis, como normatizador, como fiscal (poder de polícia), como produtor importante de serviços de saúde e também como o “grande comprador” desses serviços, quando prestados por entidades filantrópicas ou privadas, conveniadas com a Secretaria de Estado da Saúde.

Embora as normas e os regulamentos sejam gerais, as ações de vigilância sanitária, costumeiramente, são assimétricas, pois quando se trata de controle das condições sanitárias de serviços de saúde próprios do Estado, em qualquer dos níveis-federal, estadual e municipal –, tais ações não se têm mostrado com o rigor que se exige dos prestadores privados de serviços de saúde.

Por outro lado, essa forma de atuação, por áreas específicas, determina dificuldades de integração intra e extra-institucionais. Tome-se, por exemplo, o problema sanitário do lixo hospitalar, e as diversas competências na sua abordagem. A normalização e a fiscalização, quando dentro do ambiente hospitalar, cabem à Secretaria de Estado da Saúde. Quando ultrapassam as divisas do estabelecimento, ou seja, quando o lixo está ensacado à espera da coleta, as normas do saco plástico são produzidas pela ABNT e a coleta realizada pela prefeitura municipal (no Município de São Paulo, a coleta é seletiva). O transporte do lixo hospitalar é regulado pelo Ministério dos Transportes, como

lixo perigoso, e a saúde do trabalhador em contato com ele, pelo Ministério do Trabalho. Caso seja depositado em lixão a céu aberto, ou incinerado, cabe à Cetesb o controle da poluição ambiental que ele gera.

No Estado de São Paulo, as ações de vigilância das moléstias infecto-contagiosas, dos acidentes de trabalho e, também, das intoxicações, devido à sua rotinização, basicamente derivada da “notificação compulsória das doenças transmissíveis”, ou da “comunicação dos acidentes de trabalho”, ambas determinadas pela legislação federal, e da “notificação das intoxicações”, constituem valioso acervo de informações à pesquisa epidemiológica para a identificação, análise e o controle dos fatores de risco existentes nessas áreas. Na vigilância da alimentação pública, das condições de trabalho, dos serviços (inclusive os de saúde), dos produtos, dos medicamentos e da farmacovigilância, do meio ambiente, depara-se com a falta de informações detalhadas, padronizadas e trabalhadas segundo uma metodologia adequada.

Não se pode afirmar que não se produzam informações. Os cadastros, os processos para obtenção de alvarás e os relatórios constituem volumoso conteúdo de dados, solicitados segundo padrões burocráticos e fiscais sem, entretanto, privilegiarem critérios de risco à saúde e, ainda, serem poucos trabalhados.

Analisando a monitoração dos riscos relacionados às condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde mais complexos (grandes hospitais, centros diagnósticos, unidades de radiologia e radioterapia, centros de hemodiálise, entre outros) locais onde se dá o emprego de tecnologia mais sofisticada e avançada, MENEZES et al. apontavam que

“as informações referentes à morbidade e à mortalidade não permitiam – e continuam não permitindo – às equipes de vigilância sanitária a eleição de indicadores para acompanhamento dos serviços de saúde. Isso porque tais informações não eram – e continuam não sendo – acessíveis aos órgãos de vigilância sanitária”. (2002, p. 21)

Ainda nessa análise estrutural, cabe mencionar a atual articulação dos órgãos de vigilância sanitária em São Paulo. Nesse Estado, as ações de vigilância sanitária ocorrem em três níveis:

- a. No nível central da Secretaria de Estado da Saúde está situado o Centro de Vigilância Sanitária, órgão que tem como objetivo planejar, coordenar, supervisionar, realizar estudos e propor normas e programas de vigilância sanitária

ria, no que concerne a prestação de serviços de saúde e congêneres; indústria e comércio de produtos relacionados à saúde; ações sobre o meio ambiente; e saúde do trabalhador e ambiente de trabalho.

Tal órgão público tende a converter-se no centro estadual da monitoração das situações de risco e possibilidades de agravos à saúde da população. Eventualmente, pode ter ação executiva ao nível da fiscalização. Projeta-se como o órgão responsável por um programa de comunicação social visando ampliar a consciência sanitária da população no sentido da proteção da saúde;

- b. No nível regional, junto às Diretorias Regionais de Saúde (Dirs), funcionam as equipes técnicas de vigilância sanitária, que são órgãos executivos na área de cadastramento, licenciamento e fiscalização. Poderão também contribuir nas etapas pertinentes da monitoração das situações de risco. Este nível, com a municipalização das ações de vigilância sanitária, vem perdendo seu papel executivo e passando a ter funções de treinamento e de coordenação intermunicipal.
- c. No nível local, as ações de fiscalização e supervisão são executadas pelas equipes técnicas da Dirs. Nos últimos anos, nota-se a crescente participação dos municípios, com a criação de serviços municipais de vigilância sanitária, ou a incorporação dessas atividades por órgãos municipais já existentes.

Esse modo de organização, ou seja, um órgão central com a missão de monitoração dos fatores de risco à saúde, desenvolvendo, a partir daí, normas, treinamento de agentes, supervisão às equipes de fiscalização, difusão de informações à comunidade – tendo como órgãos executores da fiscalização as municipalidades, ou até equipes sanitárias credenciadas – constituiu no ano de 1986 um primeiro esboço no sentido da construção de um sistema estadual de vigilância em São Paulo.

4.2 O AMBIENTE EXTERNO – ARTICULAÇÕES

Em 1948, a Assembléia Geral da ONU aprovava a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que, em um dos seus artigos, expressa:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais necessários, bem como direito à segurança em

caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice e outros tipos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias alheias à sua vontade.¹⁶

Tal artigo, além de ressaltar os determinantes socioeconômicos das doenças, é taxativo na exposição de que saúde é um direito do homem e de sua família.

No pós-guerra, com o acelerado desenvolvimento tecnológico, o incremento dos meios de comunicação de massa e o aumento dos grupos participativos na sociedade, a questão saúde ganhou um novo impulso, vindo do ambiente externo, e questionando os modelos de atuação e intervenção em vigor.

Assim é que os centros geradores de conhecimento, como universidades, centros de pesquisa, pesquisadores autônomos, bem como grupos situados fora dos limites da pesquisa biomédica, passaram a ter voz ativa nas questões de proteção da saúde.

As pesquisas nas áreas de agricultura e alimentos, por exemplo, conduzidas pela Embrapa, pelo Itai, pelo Instituto Agrônomo de Campinas, entre outros, colocam o Brasil em posição de destaque no setor de tecnologia e saneamento dos alimentos, o mesmo não acontecendo em outras áreas. Malik (2004) observa que, na área dos serviços de saúde, em nosso meio são publicados poucos trabalhos, revelando um certo desinteresse pela pesquisa aplicada a esses serviços. Sendo a autora, “os serviços de saúde não são, exceto em situações de serviços-escola, objeto familiar à maioria dos docentes, pesquisadores e, mais recentemente (inclusive em face das novas regras dos órgãos avaliadores da pós-graduação no país), dos ‘publicadores’ nacionais” (p. 161).

O relativo abandono do paradigma pasteuriano, com a adoção crescente da abordagem ecológica e/ou ambientalista nas questões de proteção da saúde, vem sendo conseguido graças aos movimentos ecológicos das várias matizes ideológicas. Hoje, não é possível pensar em prevenção do saturnismo sem antes pensar no modo de produção e nas tecnologias utilizadas na manipulação do chumbo, assim como no destino final dos resíduos de chumbo, entre outros aspectos. Cada vez mais, as organizações devem manter-se atentas ao que se passa no ambiente externo.

Segundo Nadler, uma organização, para ser efetiva, deve manter relações favoráveis com o ambiente onde atua. Tal ambiente inclui os vários grupos de interesse e as

¹⁶ Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas.

outras instituições com as quais a organização interage, e é nele que se determinam as *oportunidades*, as *demandas* e as *restrições* referentes à sua ação (1983).

No Brasil, e particularmente no Estado de São Paulo, os novos conhecimentos referentes aos riscos à saúde são produzidos, em sua grande maioria, no ambiente externo, principalmente nos centros de pesquisa e nas universidades do País e do exterior. Nesse sentido, torna-se emblemática a campanha mundial pela abolição do asbesto como matéria-prima para a produção de telhas, tubos e caixas d'água de amianto. De um lado, situam-se os centros de pesquisa biomédica apontando o nexo causal entre a asbestose e a mineração e a industrialização do mineral, afetando a saúde de mineiros e operários; de outro lado, os interesses das indústrias e dos governos preocupados com suas receitas e seus tributos.

Tomado, simplificado, o ambiente externo em dois compartimentos, um dito de “produção” e outro de “consumo”, pode-se situar a vigilância sanitária como instância de mediação desses compartimentos nos aspectos referentes à proteção da saúde.

Por isso, não se pode ignorar que as políticas de vigilância sanitária, tanto nacionais como as locais, resultam da interação ou do choque de partes com diversificados interesses pelo assunto. Conforme Souto (2004, p. 131), “a formulação dessas políticas é resultado da disputa entre diversos atores sociais no sentido de fazer representar seus projetos político-ideológicos na arena estatal”. Nesse sentido a representação dos interesses dos setores da produção e a representação dos interesses dos consumidores buscam inicialmente o convencimento ou a aliança com os setores da burocracia ou do corpo técnico da vigilância sanitária, tornando-a uma arena política.

Desse modo, procurou-se estabelecer, conforme o Quadro 4.3, as principais relações ambientais da vigilância sanitária:

- a. Bases Teóricas: Como é feita a gestão dos conhecimentos e das informações para a vigilância em saúde? Quais os critérios que determinam a escolha de uma atividade humana para submetê-la à vigilância sanitária? A vigilância sanitária como campo de atuação voltado para a proteção da saúde e prevenção dos fatores de risco, defronta em seu cotidiano com o surgimento de novos produtos, técnicas, serviços e conhecimentos que determinam uma ação permanente. Como exemplo dessa dinâmica temos o medicamento VIOXX,¹⁷ liberado em 1999 e 6 anos mais tarde proibido pela Vigilância Sanitária.

17 BUCHALLA, Anna Paula. Faz mal ao coração. *Revista Veja*, ano 37, n. 40, 1874, 06.10.2005, p. 88.

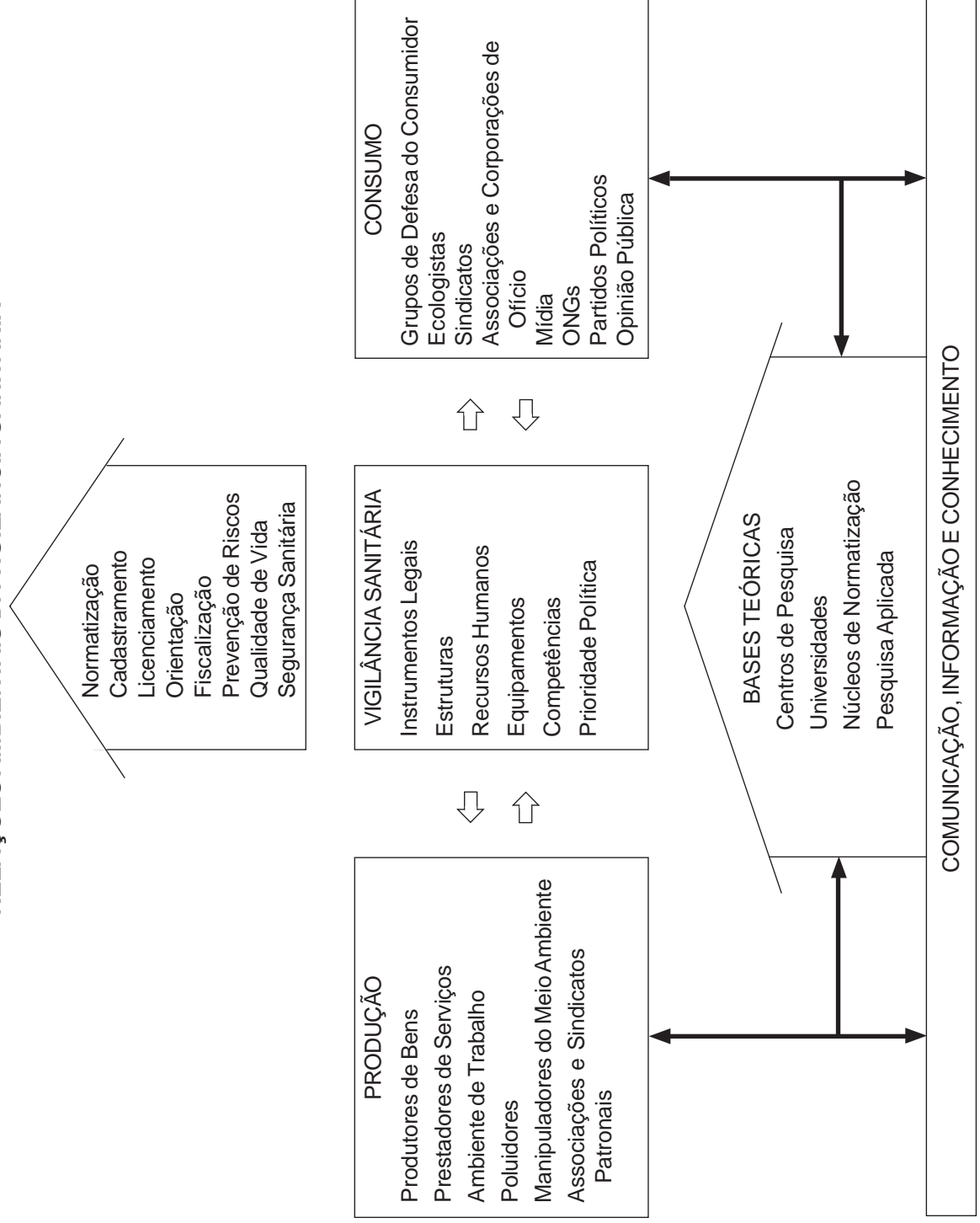
Os conhecimentos que definem as áreas de riscos à saúde, e que determinam o direcionamento das ações de vigilância, são gerados principalmente nos centros de pesquisa e universidades do Brasil e do exterior. O CDC de Atlanta (EUA) bem como o FDA (EUA), considerados como modelos de atuação em vigilância, têm servido como pólos geradores de informações e conhecimentos da área, e como “centros de referência” de um sistema mundial de vigilância em saúde.

Uma das características da Vigilância Sanitária, tanto nacional como no Estado de São Paulo, é a pequena produção de trabalhos científicos, estudos e conhecimentos sobre o tema. Tal fato é consequência do isolamento da atividade dentro do SUS e do pouco conhecimento sobre sua importância para a proteção da saúde (COSTA, SOUTO, 2001).

Em nosso meio, apenas recentemente (2005) foi publicada uma revista científica voltada aos temas de Vigilância Sanitária.

- b. **Área de Produção:** A vigilância sanitária relaciona-se com as empresas produtoras de bens e prestadoras de serviços sob vigilância, conforme definidos na legislação sanitária. É nesse espaço que estão situadas as mais poderosas partes interessadas, como a indústria farmacêutica, a indústria de assistência médico-hospitalar e odontológica e, ainda, a indústria de alimentos. Muitos desses ramos industriais são majoritariamente constituídos por grupos de empresas multinacionais cujos produtos devem cumprir padrões e requisitos mundialmente reconhecidos, como os padrões ISO 9000, entre outros. As principais relações ambientais geradas nessa área são: produtores de bens, produtores de serviços, poluidores, entidades patronais, loteadores, grupos políticos etc. Atua também em relação ao meio ambiente, e do trabalho, sob a ótica de proteção da saúde.
- c. **Área de Consumo:** Os bens e serviços produzidos são oferecidos à população. Tal fato envolve a forma de comercialização, o armazenamento e transporte, o local de consumo, os cuidados de conservação, a qualidade dos produtos e serviços sob vigilância, a embalagem e a rotulagem etc. Incluem-se nesta área as devastações do meio ambiente, o destino final dos resíduos, a aplicação de pesticidas e agrotóxicos etc. Os principais atores sociais presentes nesta área são: os próprios consumidores isolados ou representados pelos grupos de defesa do consumidor, ecologistas, sindicatos de trabalha-

RELAÇÕES AMBIENTAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA



dores, corporações profissionais, mídia, partidos políticos, opinião pública, entre outros. E também os produtores secundários e terciários que adquirem matérias-primas e produtos de outros produtores.

- d. Articulação Intra-Setorial: A implantação do SNVS melhora e produz certa racionalidade nessa articulação. Entretanto, não elimina questões referentes a descentralização, municipalização e competências concorrentes entre as três esferas de governo dentro do SUS. No setor saúde, faz-se necessária uma maior articulação da Vigilância Sanitária com os prestadores de atendimento médico-odontológico, com os setores produtores de equipamentos médico-hospitalar e odontológico, bem como outros setores de diagnóstico e tratamento, visando a troca de informações sem, contudo, abdicar de seus poderes normativos e fiscalizadores. Dessa forma, dentro das secretarias de saúde municipais e estadual torna-se necessária uma maior articulação das áreas de vigilância com as áreas prestadoras de assistência médico-odontológica e laboratorial das próprias secretarias.

No Estado de São Paulo, os diversos órgãos e serviços que ao longo do tempo tiveram atribuições no campo de vigilância sanitária, na maioria das vezes, mostraram-se pouco permeáveis às pressões do ambiente externo, nos aspectos referentes aos usuários e aos consumidores. As normas, rotinas, os alvarás periódicos e os próprios códigos sanitários associados aos períodos autoritários pelos quais o País passou deram aos órgãos de Vigilância Sanitária pouca margem de manobra, e eles se mantiveram na execução de funções rotineiras burocráticas e cartoriais.

Na construção do CVS a partir de Departamentos provenientes de 3 coordenadorias distintas, observou-se grande resistência dos profissionais dos diversos níveis hierárquicos em mudar da antiga concepção burocrática-cartorial, para uma ação mais integrada e multiprofissional voltada à monitorização dos fatores de risco.

Embora estruturada em sistemas rotineiros, manualizada e normalizada na grande maioria dos seus procedimentos, o que dá grande estabilidade e previsibilidade às ações de vigilância sanitária, é do ambiente externo que, atualmente, surgem as principais pressões e rumorosas demandas. Frequentemente a mídia, os poderes constituídos e os grupos de pressão da comunidade organizada exigem da vigilância sanitária respostas, ao que sua estrutura pouco ágil responde com alguma dificuldade. Há poucas ações pró-ativas, preferindo manter-se na estabilidade das rotinas e reagindo às solicitações do Ministério Público e dos noticiários.

Essa pressão vinda do ambiente externo vem aumentando principalmente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que expressamente define saúde como dever do Estado, a ser obtida mediante um conjunto de ações, dentre as quais a execução das ações de vigilância sanitária.¹⁸

O Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078 de 11 de setembro de 1990) e as associações de defesa do consumidor colocam novos atores sociais na discussão normativa. Com a criação da Anvisa e a promulgação do Código Sanitário de 1998 no Estado de São Paulo, e mais ainda com a estruturação do SNVS, a situação tende a mudar, e mudar para melhor.

Contudo, não se pode ignorar a grande quantidade de serviços não-cadastrados, produtos não-controlados, estabelecimentos não-fiscalizados, comércio informal de alimentos sem os mínimos padrões de higiene em uma distribuição e frequência que fazem supor ser a economia informal muito maior que os setores dentro da legalidade.

No limite da sobrevivência, camelôs vendem ervas, raízes, pomadas e xaropes, prometendo efeitos terapêuticos fantásticos. A venda de sanduíches caseiros, cachorros-quentes, churrasquinhos, sucos e pastéis nas esquinas, portas dos estádios de futebol e feiras livres convive com a fabricação artesanal de detergentes, água sanitária e, ainda, com a produção de perfumes e cosméticos de fundo de quintal.

Com o progresso material da humanidade, novos problemas se juntam a antigos ainda não-resolvidos à espera de solução. Doenças da opulência somam-se a doenças da pobreza, surgindo a obesidade como problema antes de a fome ter sido erradicada. Muitas vezes, a alternativa para o trabalho insalubre é o desemprego. As agressões ao meio ambiente e a poluição atmosférica, das águas, sonora e visual, são ameaças à saúde, e à própria existência de vida no planeta.

4.3 COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

Competem à Vigilância Sanitária o estudo e a definição de situações de risco à saúde individual e coletiva, a monitoração ambiental (inclusive do ambiente de trabalho), o controle de qualidade dos produtos, com o enfoque do risco à saúde, bem como a

¹⁸ Cf. Constituição da República Federativa do Brasil – Seção II – Da Saúde, artigos 196 a 200.

difusão de conhecimentos e informações sobre essas situações de risco, visando ampliar a consciência sanitária da população.

A difusão de conceitos à população e a apropriação dos conhecimentos referentes aos riscos à saúde, bem como de instrumentos de proteção da saúde por parte dessa população, exigem o uso de recursos e instrumentos de um patamar técnico mais bem elaborado que o desgastado modelo “campanhista” de educação sanitária.

Isso é fundamental e necessário, pois a articulação entre o ambiente interno e o ambiente externo se faz pelos fluxos de informações entre ambos. O que também não é novidade, pois a Lei n. 240, de 4 de setembro de 1893, que reorganizou o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, em seu artigo 3º, há mais de um século, já determinava:

Art. 3º O Governo fará publicar o Código Sanitário e distribuirá, a todas as municipalidades do Estado, exemplares do mesmo, com o fito de difundir o conhecimento dos princípios gerais de higiene pública administrativa.

Do mesmo modo que no final do século XIX, neste final de século XX, informação e conhecimento tornam-se palavras-chave quando se pensa em proteção da saúde. Tal importância foi levada em conta quando da criação do Centro de Vigilância Sanitária em 1986, pois entre as atribuições do órgão, constantes no decreto governamental, encontra-se:

Esclarecer a opinião pública sobre as atividades do Centro de Vigilância Sanitária e sobre os fatos referentes à proteção da saúde individual ou coletiva, dentro da sua área de atuação.

As transformações por que passou a sociedade, e principalmente o setor de assistência à saúde nas últimas décadas, foram responsáveis pelas mudanças na gestão dos recursos deste setor.

A administração desses serviços por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas com pouco ou nenhum conhecimento de técnicas administrativas, vem dando lugar ao administrador profissional. Em consequência, instrumentos gerenciais, como o planejamento, a administração financeira e campos de conhecimento administrativo, por exemplo o *marketing*, vão sendo incorporados ao setor saúde.

Na atual etapa do desenvolvimento do setor saúde em nosso meio, o *marketing* vem sendo utilizado pelas entidades lucrativas de assistência médica aparentemente com bons resultados; entretanto, nas áreas não-lucrativas, especialmente nas áreas governamentais, ainda é visto com desconfiança.

Segundo Mancini, o *marketing* geralmente possui conotação de um mecanismo que pressiona o consumo do supérfluo, do desnecessário, e “pode parecer algo indesejável, até mesmo aético ao setor saúde, cujas atividades parecem se revestir de um aspecto mais nobre, carregado de idealismo humanitário, através dos serviços prestados à comunidade”. (1983, p. 4).

Por outro lado, o instrumental empregado pelos profissionais de *marketing* apresenta muitos pontos em comum com o utilizado em saúde pública, principalmente no que se refere a planejamento de necessidades de saúde, dimensionamento de serviços de saúde e, ainda, em educação sanitária.

A educação sanitária pode ser também definida como uma forma de levar a população a agir de um modo positivo em relação à sua saúde e de toda a comunidade. Envolve questões de conhecimento do funcionamento do próprio corpo até a conscientização acerca de necessidades “não-sentidas”, como a necessidade de vacinar-se.

A expressão “educação sanitária” surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos em 1919, sendo introduzida no Serviço Sanitário do Estado de São Paulo em 1922 pelo Dr. Geraldo de Paula Souza. Trata-se de uma perspectiva de atuar sobre o indivíduo no sentido de introduzir novos hábitos higiênicos, entendidos como favoráveis à saúde. Tal concepção determinou o surgimento de um novo profissional à época, o educador sanitário, a quem competia transmitir à população conceitos e modos de vida saudáveis.

Conforme Scliar,

o conceito de educação sanitária, ou de educação para a saúde, goza de muito prestígio desde os trabalhos de Franz Anton Mai, elaborados em uma fase paternalista e autoritária da saúde pública. Atribuía-se ao processo educativo na área da saúde um alcance extraordinário: educadas, as pessoas adotariam medidas para evitar a doença e manter a saúde. (2002, p. 95).

Acrescenta o autor que, se por um lado, a morbimortalidade materna correlaciona-se inversamente com o grau de educação formal, independentemente das condições socioeconômicas, por outro lado, muitos tabagistas educados, informados e advertidos dos malefícios do fumo não abandonam ou não conseguem abandonar o hábito de fumar.

Atualmente, entende-se que educação em saúde é atribuição de todo trabalhador da área de saúde pública, cada qual atuando segundo nível educacional e especifi-

cidades de seu trabalho. Nesse sentido, espera-se que cada agente de vigilância sanitária em contato com o público externo exerça sempre esse papel educativo.

Retomando-se o conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo “o estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, observamos uma definição tão abrangente que possibilita a subjetividade do “sentir-se doente” derivada de antecedentes socioculturais e econômicos.

Assim, a demanda por serviços de saúde fica condicionada a dois grupos de necessidades: primeiro, as necessidades sentidas, resultantes da dor, limitação funcional, alterações nas funções e no desempenho orgânico; e por outro lado, as necessidades não-sentidas, como vacinação, controles periódicos (exames ginecológicos, testes etc.), ambiente salubre, bens e serviços sem riscos à saúde, dietas equilibradas etc.

Assim sendo, a demanda por vigilância sanitária enquadra-se entre as necessidades não-sentidas, basicamente pela falta de conhecimento, por parte do grande público, da existência das atribuições e competências dessa atividade governamental, bem como da sua importância na melhoria dos níveis de saúde da população.

Diante desse quadro – necessidades não-sentidas *versus* necessidades diferenciadas –, pode-se supor que estratégias de *marketing* voltadas para mudanças na predisposição de compra do consumidor podem ser utilizadas para se obter uma atitude ou modo de vida mais saudável, interferindo, dessa maneira, nos níveis de saúde de uma comunidade; ou, ainda, apresentar a Vigilância Sanitária. Torná-la conhecida dos usuários, do cidadão comum medianamente informado, o qual, segundo estudo sobre a “significação da saúde pública”, publicado por Lefèvre (1999), percebe essa ação governamental “quando os fiscais da prefeitura apreendem o pastel contaminado do chinês da esquina” (p. 101).

Para despertar no indivíduo, ou no grupo de indivíduos, a consciência de seus direitos de cidadão, e a preocupação com a qualidade dos alimentos e bebidas, dos medicamentos, dos produtos correlatos, dos serviços de saúde e congêneres, bem como do meio ambiente, pode-se utilizar dessas estratégias e instrumentos de *marketing*. Utilizar-se da mídia adequada para atingir os grupos mais vulneráveis aos riscos à saúde, por exemplo.

São bastante conhecidas as ações na área de educação sanitária como elemento de difusão de hábitos, precauções e modos de vida mais saudáveis, bem como

de conhecimentos científicos referentes a agravos à saúde ligados ou não às condições de vida e de trabalho do indivíduo.

Conforme Berlinguer (1978), nas sociedades estruturadas por classes sociais, os trabalhadores muitas vezes têm como patrimônio apenas o seu corpo e vestimentas, acrescidos de suas habilidades, e é vendendo sua força de trabalho que obtêm recursos para a sua sobrevivência. Nessa situação, a preservação de seu patrimônio – sua saúde – deveria constituir a maior preocupação desse indivíduo, embora o próprio trabalhador, muitas vezes, não tenha tal percepção de imediato.

Despertar a “consciência sanitária” é, nesse caso, transferir ao trabalhador conhecimentos sobre o seu corpo, sobre os riscos à saúde e os agentes patogênicos presentes no ambiente de trabalho, e sobre os modos de preservar suas funções orgânicas, prevenir doenças e proteger sua saúde.

Segundo o mesmo autor, “a socialização dos conhecimentos científicos sobre as causas das doenças hoje encontra obstáculos precisos, quer na política das instituições sanitárias, quer na organização da profissão médica”. (1978, p. 23).

No início da década de 1980, o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas de Osasco realizou campanha cujo *slogan* era “saúde não se troca por dinheiro”.¹⁹ Tal movimento objetivava combater a monetarização do risco à saúde, consubstanciada no adicional de insalubridade pago pelas empresas, segundo a CLT, e despertando nos trabalhadores a idéia de lutar por melhores condições ambientais de trabalho, por meio da efetiva participação nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS) ou do próprio Sindicato. O *slogan* era um proposta para que se trocasse o adicional de insalubridade por melhores condições de trabalho e mais saúde.

A palavra-chave ou conceito central em *marketing* é a troca. Ou, conforme Kotler,

através das trocas, várias unidades sociais – indivíduos, pequenos grupos, organizações, nações inteiras – obtêm os insumos que precisam. Pela desistência de alguma coisa, elas adquirem alguma outra coisa em seu lugar. Essa alguma coisa é normalmente mais valiosa do que aquilo de que se desistiu, o que explica a motivação da troca. (1978, p. 20).

¹⁹ Cf. RELATÓRIO da Comissão Responsável pela Campanha de Melhoria das Condições do Trabalho do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco-SP, mar. 1981 (Mimeo).

Utiliza-se do *marketing* para incentivar essas trocas, mediante o uso de instrumental específico cuidadosamente aplicado no sentido de permitir trocas voluntárias de valores, como resultado da ação planejada e não como resultante da casualidade. Assim sendo, pode-se afirmar que um dos resultados que se espera do *marketing* é a persuasão, levando o indivíduo à troca.

Nessa situação se enquadram a publicidade de bebidas e cigarros e as clássicas campanhas que visam desestimular a utilização de produtos como o álcool, tabaco e entorpecentes, bem como campanhas alertando sobre os perigos de dirigir alcoolizado e de transportar crianças no banco dianteiro do veículo, estímulo para o uso de preservativos etc. As informações sobre formas de proteção da saúde individual e coletiva, bem como o entendimento da relação causal entre trabalho insalubre e redução na expectativa de vida, contribuem no aumento da consciência sanitária.

Mais do que *marketing*, deve-se apontar para o acesso às informações, à difusão de conhecimentos e no limite, para a batalha pela conquista da opinião pública. Anteriormente apontou-se o corpo técnico da Vigilância Sanitária como arena de disputas políticas entre, pelo menos, os produtores e os consumidores na normatização dos produtos e serviços. Não menos importante é a batalha pela conquista da opinião pública para a questão que Vecina Neto chama de “segurança sanitária”. A maioria dos integrantes da teia de interesses apontados no Quadro 4.3, conta com assessoria de imprensa ou de comunicação social que procuram estabelecer vínculos com a comunidade, clientes reais ou potenciais, usuários e formadores de opinião pública em geral, com o objetivo de apresentar seus produtos, seus argumentos e suas propostas.

Não se pode esquecer da ação da imprensa na cidade do Rio de Janeiro em 1904, insuflando a população contra medida sanitária absolutamente necessária, a vacinação preconizada por Oswaldo Cruz. Tal episódio entrou para a história da saúde pública como a “revolta da vacina”.

Os serviços de saúde pública, entre eles a Vigilância Sanitária, somente serão eficazes quando a população beneficiária tiver informação e conhecimento, e adquirir níveis de consciência em relação aos agravos oriundos do meio ambiente, do modelo e do ambiente de trabalho, dos alimentos que ingere, dos produtos que utiliza, dos serviços que adquire (inclusive os serviços de saúde), das condições de salubridade de seu local de moradia, entre outros.

Para Lefevre (2004), um papel importante da Vigilância Sanitária é oferecer informação técnica, para uso leigo, que permita ao consumidor atuar como agente controlador

de seu consumo. Transferir ao consumidor conhecimentos técnicos sob o aspecto sanitário de seu cotidiano é fundamental.

O desenvolvimento social e o fortalecimento dos grupos organizados da comunidade, notadamente aqueles ligados às questões referentes ao consumo consciente, constituem elementos importantes para os passos futuros da Vigilância Sanitária.

Conforme Eduardo & Miranda,

a partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de vigilância sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população (EDUARDO, MIRANDA, 1998, p. 3).

Como observa Moura, “no Brasil, o exercício do direito à saúde precisa ser conquistado praticamente à revelia do poder público, cuja conduta em relação ao saneamento ambiental se caracterizou até agora por uma inércia intolerável”. (1989, p. 145).

A rigor, o que se espera é que cada indivíduo seja um fiscal sanitário, efetivamente interessado na proteção de sua saúde e da saúde dos seus semelhantes.

5

CONCLUSÕES

Apresentam-se neste capítulo as conclusões obtidas, segundo os objetivos apontados, de estudar aspectos relevantes na evolução da atividade denominada vigilância sanitária ao longo do século XX no Estado de São Paulo. Não caberia aqui, por repetitivo, indicar passo a passo ou ainda listar todas as conclusões obtidas, uma vez que, por opção de redação, no decorrer do texto algumas delas foram apontadas por serem necessárias para o entendimento, como também para a seqüência do trabalho.

Visando uma maior clareza e sistematização das conclusões finais, optou-se por dividi-las nos cinco grupos seguintes:

5.1 ABRANGÊNCIA

As atribuições previstas no primeiro Código Sanitário (1892) englobavam as cinco grandes áreas de atuação da Vigilância Sanitária: meio ambiente, medicamentos, produtos e alimentos, serviços relacionados à saúde e saúde do trabalhador. Tais áreas de abrangência foram mantidas no segundo Código Sanitário (1894) e ampliadas no terceiro Código (1911) com a inclusão de artigos referentes ao saneamento rural.

Em 1917 foi promulgado o Código Sanitário Rural, e em 1918, o quarto Código Sanitário. Este foi o mais abrangente, detalhista e prescritivo de todos os instrumentos legais à disposição dos órgãos de fiscalização e controle das atividades relacionadas à saúde. Foi também o que esteve em vigor durante o maior período de tempo (até 1970), depositário do mais avançado conhecimento da prática médico-sanitária disponível à época. Por várias vezes foi emendado e alterado, e no período entre 1930 e 1945 teve suas atribuições e competências progressivamente reduzidas, na medida em que parte delas tornava-se competência do Governo Federal, por conta do regime centralizador do Estado Novo. Como exemplo, tem-se a regulamentação pertinente à saúde do trabalhador encontrada desde o início da legislação sanitária paulista, mas que, após a decretação da CLT, passou progressivamente a constituir atribuição do governo federal.

O quinto Código Sanitário (1970) era muito detalhado, principalmente nas áreas de produtos, serviços e policiamento da alimentação pública, sendo bastante genérico em relação à saúde do trabalhador e às condições específicas de salubridade do ambiente de trabalho. Em relação aos serviços de atendimento à saúde, apresentava normas de caráter geral as quais deveriam ser complementadas por normas técnicas especiais, que, entretanto, nunca foram produzidas. Nesse Código, os procedimentos administrativos eram listados como “repressão às infrações de natureza sanitária”, o que, segundo Gouveia (2000), deixava explícito seu caráter mais geral, bem como o espírito da época.

O sexto Código Sanitário (1978) esteve em vigor durante 20 anos. Teve suas atribuições reduzidas em relação ao anterior na medida em que parte delas foi delegada à Companhia Estadual de Tecnologia e Saneamento Básico e Defesa do Meio Ambiente (Cetesb), entidade de economia mista, como as atribuições que dizem ao respeito controle sanitário do meio ambiente e ao controle da poluição ambiental. Com referência à vigilância sanitária da assistência médico-hospitalar, incorpora os padrões do Ministério da Saúde na maior parte das situações, por inexistirem normas específicas estaduais.

O sétimo Código Sanitário (1998), por sua vez, recupera grande parte das amplas atribuições do Código de 1918, com abrangência das áreas de competência da Vigilância Sanitária. É um código de poucos artigos, moderno, aberto às questões de sua época, e articulado com as demandas do SUS. É um texto contemporâneo e democrático, que recorre a padrões normativos que devem ser sempre mantidos atualizados à medida que a evolução tecno-científica assim o determine.

Especificamente em relação ao controle das profissões e das condições do exercício profissional na área da saúde, atribuições que se iniciaram no âmbito estadual com o “Regulamento de Higiene de 1892”, mantendo-se até a presente data e ampliando-se com o surgimento de novas profissões e campos de atividade. A regulamentação das profissões da área da saúde se deu pelo Decreto Federal n. 20.931 de 11 de janeiro de 1932, padronizando nacionalmente as condições e exigências para o exercício dessas profissões. Nas décadas de 50 e 60, surgiram os conselhos profissionais, órgãos autárquicos corporativos de regulação do exercício profissional, com atuação muitas vezes sobreposta à da Vigilância Sanitária, tendo, porém, atribuição exclusiva no que se refere às questões envolvendo o reconhecimento da diplomação e titulação do profissional e às questões de ética profissional.

5.2 MUNICIPALIZAÇÃO

Após um longo período de centralização das atribuições nos Serviços Sanitários durante o período imperial, seguiu-se uma época de grande descentralização no período após a Proclamação da Independência em 1822, acentuando-se com a promulgação da primeira Constituição Republicana.

Em 1892, uma parte importante das atribuições das atividades entendidas como de “vigilância sanitária” estava sob responsabilidade das municipalidades. Tal situação, bem observada na seqüência cronológica no Capítulo 3, foi-se alterando com as sucessivas reorganizações e modificações introduzidas no Serviço Sanitário do Estado, as quais determinaram, progressivamente, a centralização no nível estadual de atribuições anteriormente das municipalidades. Mesmo nos períodos em que o Serviço Sanitário criou seus órgãos ou delegacias regionais e algumas vezes locais, como aparente movimento de descentralização, era na verdade uma delegação executiva, na maioria das vezes mantendo-se a centralização normativa e decisória. Nos períodos de maior participação, pode-se observar a descentralização e a municipalização ocorrendo com maior ênfase. Entretanto, em um segundo momento, os mecanismos de supervisão e controles estaduais acabam contribuindo no sentido da centralização.

Tal tendência pode ser observada a partir da reorganização do Serviço Sanitário em 1896, e se torna bem característica em dois períodos da história republicana no século passado – no Estado Novo getulista entre 1930 e 1945 e no período do regime militar entre 1964 e 1985 –, havendo em ambos uma dinâmica centralizadora mais acentuada. Observou-se também nesses períodos que, enquanto as atribuições sanitárias estaduais eram avocadas para o nível federal, paralelamente muitas das ações e atribuições municipais acabaram centralizadas no âmbito estadual.

As várias mudanças ocorridas no quadro político nacional observadas no período analisado, principalmente as centralizações e descentralizações na execução das ações de proteção à saúde, tiveram como consequência retardar a construção de um modelo de atuação mais eficaz.

O Código Sanitário de 1998, atualmente em vigor, incorpora as diretrizes básicas do SUS e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no sentido da municipalização, da participação dos usuários e do controle social. Possibilita a participação da sociedade civil organizada, das entidades de classe, dos conselhos profissionais e das universidades na elaboração e na revisão das normas técnicas e na definição das boas práticas e dos padrões sanitários.

Com a consolidação de Anvisa, a implantação do SNVS e a municipalização das ações de vigilância sanitária, a Secretaria Estadual de Saúde deve repensar o papel de seu órgão de vigilância sanitária, reorganizando o CVS face ao novo desenho institucional.

5.3 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Desde a criação do Serviço Sanitário do Estado em 1891, as tarefas pertinentes à proteção da saúde da população nunca estiveram integradas e organizadas. No mais das vezes, sempre estiveram fragmentadas e constituindo-se na atribuição de vários órgãos e repartições públicos. Por outro lado, os objetivos e a disponibilidade de recursos dos órgãos responsáveis pela proteção à saúde da população sempre estiveram muito distantes das possibilidades e necessidades, respectivamente.

O episódio da epidemia de gripe espanhola em 1918 é ilustrativo da distância entre as atribuições e obrigatoriedades contidas na legislação sanitária e nas suas intenções e a realidade dos fatos. Entre o desejo e o possível.

Com a criação do Centro de Vigilância Sanitária (1986) e das Equipes Técnicas de Vigilância Sanitária nos Escritórios Regionais de Saúde (Ersa) nas várias regiões administrativas do Estado, as atribuições pertinentes à atividade de vigilância sanitária foram pela primeira vez integradas sob um comando técnico único. Mais ainda, com a incorporação das atribuições referentes à saúde do trabalhador com a criação da Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho (DVST) em 1989, devolvem-se ao Centro de Vigilância Sanitária atribuições presentes no Código Sanitário de 1894.

O Código Sanitário de 1998, por sua vez, alarga os horizontes organizacionais ao interligar como uma rede as Vigilâncias Sanitárias estadual e municipais, nos termos de seu artigo primeiro, que diz:

Art. 1º Este Código atenderá aos princípios expressos nas Constituições Federal e Estadual, nas Leis Orgânicas de Saúde, baseando-se nos seguintes preceitos:

I – descentralização, preconizada nas Constituições Federal e Estadual, de acordo com as seguintes diretrizes:

a) direção única no âmbito estadual e municipal;

b) municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde, estabelecendo-se em legislação específica os critérios de repasse de verbas das esferas federal e estadual;

c) integração das ações e serviços, com base na regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo, adequado às diversas realidades epidemiológicas; e

d) universalização da assistência com igual qualidade e acesso da população urbana e rural a todos os níveis dos serviços de saúde.

A isso somam-se a criação e instalação da Anvisa em 1999 e a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), seguindo os padrões do SUS.

5.4 FLUXO DE INFORMAÇÕES

As relações ambientais da vigilância sanitária e a forma como se estabeleceram e consolidaram-se ao longo do tempo acabaram gerando fluxos de dados e informações com pouca racionalidade. Os bancos de dados da Vigilância Sanitária foram construídos ao longo de décadas, pela coleta de informações e pelo preenchimento de guias e formulários, necessários para a emissão de alvarás, registros e autorizações, derivado de um modelo cartorial, burocrático e rotineiro. Entretanto, tais dados e informações foram muito pouco trabalhados, bem como pouco utilizados como fonte de pesquisas e estudos.

Periodicamente, a cada mudança de paradigma ou de até de governo, são realizados cadastramentos e recadastramentos, os quais tem sido longos e exaustivos, com baixo retorno das informações para quem as forneceu ou para a comunidade.

Assim, o sistema de informações rotineiras da Vigilância Sanitária mostrou-se, muitas vezes, inadequado e defasado ao longo do século XX. Muitos dos problemas de saúde pública da área de competência da Vigilância Sanitária chegaram e ainda chegam ao conhecimento das autoridades sanitárias ou da população usuária por meio da imprensa, que, muitas vezes, se antecipa à ação oficial.

Não se pode ignorar, também, a existência de uma grande quantidade de estabelecimentos e serviços não-cadastrados e o número enorme de produtores e prestadores de serviço clandestinos que tornam muito difícil uma ação mais efetiva da Vigilância Sanitária.

Um sistema de informações embasado por um cadastramento geral dos serviços e estabelecimentos sob controle, e focado na identificação das áreas de risco à saúde; mapeamento dos fatores de risco ou ainda pensando o gerenciamento de risco no sentido mais amplo, acoplado a um sistema de geoprocessamento que permita conectar as informações sobre agravos à saúde, principalmente mortalidade e morbidade, à sua territorialidade, proporcionarão aos órgãos de vigilância sanitária um poderoso instrumento para o planejamento, a definição de prioridades e para a ação.

No sentido inverso, qual seja, no retorno das informações à comunidade, ainda se observam grandes estrangulamentos. Não estão suficientemente divulgados os canais de acesso à população para queixas e reclamações, e é ainda pequena a parcela dessa população que tem acesso aos sítios da Internet.

A difusão sobre os conhecimentos de situações de risco e de possibilidades de agravos à saúde constitui hoje um dos principais insumos para a construção de um novo modelo de vigilância sanitária baseado na elevação dos níveis de consciência sanitária da população.

O ponto nevrálgico das questões referentes à proteção à saúde está na normatização, no regramento e na regulação. Entender como são estabelecidos os “padrões de qualidade” e definidas as “boas práticas de fabricação” é importante. Conhecer quais os fatores envolvidos na elaboração das regras e dos regulamentos é fundamental.

Nesse sentido, o atual Código Sanitário aponta em seu artigo 9º que as informações referentes às ações de vigilância deverão ser amplamente divulgadas para a população, em diferentes meios de comunicação.

Visando organizar a coleta e sistematização de dados e informações foi criado o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (Sivisa) no Estado de São Paulo, que trata das atribuições comuns das esferas de poder estadual e municipal na organização e coordenação do sistema e dá providências correlatas. Dentre os objetivos desse sistema está a padronização na coleta de dados e na divulgação de informações referentes às ações de vigilância sanitária no Estado de São Paulo, bem como a incorporação do método epidemiológico na formulação dessas ações.

5.5 MODELO DE ATUAÇÃO

O modelo de atuação dos serviços de proteção à saúde no Estado de São Paulo tem seguido, ao longo do tempo, o padrão de polícia médica sanitária semelhante ao

descrito por Rosen como o modelo alemão em 1779. Segundo esse modelo, gerado no absolutismo e no cameralismo alemão, a autoridade parte dos governantes em direção aos súditos, e as razões de Estado são suficientes para justificar medidas sanitárias, inclusive aquelas de proteção à saúde.

Nos três primeiros Códigos Sanitários, que abrangem o período compreendido entre a Proclamação da República e a virada do século XX observa-se claramente a preocupação dos legisladores com as questões referentes à mão-de-obra infantil, normalização dos cortiços e das vilas operárias, regulamentação da atividade exercida pelas amas-de-leite, e outras questões afetas aos imigrantes e à mão-de-obra recém-alforriada, como que construindo um cordão de isolamento semelhante ao observado por Foucault quando do estudo da medicina social inglesa.

Controlar famílias, águas, resíduos, alimentos, locais de trabalho e profissões, doentes contagiosos, loucos, lugares, casas e bairros. Esse padrão foi seguido ao longo do tempo pelo Serviço Sanitário no Estado de São Paulo, o que acabou gerando um modelo de atuação cartorial e burocrático que privilegia formalismos e rotinas em detrimento de uma ação mais efetiva baseada em critérios de riscos à saúde. Desde a criação do CVS em 1986, um novo modelo de atuação vem sendo perseguido, porém, é a partir da construção do SUS, principalmente da criação da Anvisa e da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) que uma nova postura e novo padrão de vigilância sanitária passa a ser implantado.

Os novos produtos industriais, as novas matérias-primas, os novos processos produtivos e seus impactos ambientais e a crescente industrialização dos alimentos passam a exigir uma ação mais eficaz por parte dos órgãos de vigilância sanitária. O incremento do comércio exterior exige um padrão mundial de excelência nos produtos, nos serviços e nos controles de portos, aeroportos e fronteiras. Do mesmo modo, os impactos ambientais e na potabilidade das águas devido à poluição, o controle dos medicamentos e a farmacovigilância passam a constituir prioridades nesse novo milênio.

De modo muito semelhante às modificações ocorridas no País após 1808, com a abertura geral dos portos determinada pelo rei D. João VI, a inserção do Brasil no chamado mercado global, a partir do Mercosul, determinará um novo padrão de atuação da Vigilância Sanitária. Pois, apesar de passados alguns séculos, a produção de fármacos, os novos tratamentos clínicos e cirúrgicos, os novos alimentos, a velha pirataria, a falsificação de alimentos e bebidas, o tráfico de drogas, as novas drogas e as novas adições químicas ainda serão enfrentadas ora com instrumentos de “polícia sanitária”, ora com estratégias de “educação em saúde”.

Acrescente-se que, no imaginário e na tradição ibero-lusitanos (DAMATTA, 2004), ainda se acredita que basta uma lei ou decreto bem-intencionados e as práticas sociais estabelecidas se modificam, criam-se novos hábitos, as práticas antigas desaparecem e os poucos recalcitrantes passam ao terreno da ilegalidade. No limite, difunde-se a ilusão de que basta a assinatura do poderoso de plantão decretando uma medida provisória que estarão desfeitos as redes, os laços e contratos até então vigentes, redefinindo a estrutura de poder no país.

Por derradeiro, entende-se que a construção desse novo modelo de atuação deve contemplar a participação efetiva de todas as partes interessadas no assunto – trabalhadores, empresários, técnicos da Vigilância Sanitária, pequenos produtores, prestadores de serviços potencialmente danosos à saúde, pesquisadores, consumidores, ONGs, organizações da sociedade civil, entre outros.

Será essa construção coletiva que ao longo do tempo irá garantir melhores condições de proteção à saúde das pessoas, respeitando o meio ambiente, os valores culturais e éticos, as famílias e os indivíduos e garantindo seu direito à privacidade. Assim poderemos falar em conscientização para uma vida saudável, baseada no controle do risco sanitário.

Pois ao contrário, com o geoprocessamento das informações médico-sanitárias associado ao conjunto de informações disponíveis nos vários bancos de dados, não só informações de saúde mas informações fiscais, cadastrais e até de hábitos de consumo, teremos o que Orwell previu para 1984 e a Vigilância Sanitária poderá vir a se tornar um dos braços do *Grande irmão que zela por ti*.

BIBLIOGRAFIA

ALTAVILA, Jayme de. *Origem dos direitos dos povos*. São Paulo: Melhoramentos, 1964.

BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e política*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978, 199p.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

———. *História da saúde pública no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1998.

BIER, Otto. *Bacteriologia e imunologia*. São Paulo: Melhoramentos, 1966.

BOBBIO, Norberto *et al.* *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1986.

———. *Teoria da norma jurídica*. Bauru/São Paulo: Edipro, 2001.

BOTAZZO, C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru/São Paulo: Edusc, 1999.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Agências executivas/Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: Mare, 1997.

BRAZIL, Vital. Emilio Ribas. *Archivos de Hygiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-121, jun. 1936.

BRESSER, PEREIRA, L. C. *Reforma administrativa do sistema de saúde*. Trabalho apresentado ao Colóquio técnico prévio à XXV. Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, Argentina, out. 1995.

BUCHALLA, Anna Paula. Faz mal ao coração. *Revista Veja*, ano 37, n. 40, 1874, 06.10.2005, p. 88.

CALDEIRA, Jorge. *A nação mercantilista*. São Paulo: Ed. 34, 1999, 416p.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1986, 447p.

CENNI, Franco. *Italianos no Brasil*. São Paulo: Livraria Martins, 1958, 164p.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Comissão avaliará radioatividade dos alimentos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 19, set./out. 1987.

CHAVES, Mario M. *Saúde e sistemas*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1980, 205p.

COLEÇÃO das Leis e Decretos do Estado de São Paulo – 1940. Tomo L, 2º trimestre, v. II, Imprensa Oficial do Estado, São Paulo, 1940.

COSTA, Ediná Alves; SOUTO, Ana Cristina. Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 25, p. 91-107, nov. 2001.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos históricos e conceituais. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos de vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-48, 2000.

COSTA, L. A. M. *O ideário urbano paulista na virada do século: o engenheiro Theodoro Sampaio*. São Paulo: Rima, 2002.

CRETELLA JUNIOR, J. Conceituação do poder de polícia. Temas de direito administrativo. *Revista do Advogado*, São Paulo, n. 17, p. 52-58, abr. 1985.

DALLARI, Dalmo A. *Elementos de teoria geral do estado*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1985.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito sanitário como campo fundamental para a vigilância sanitária. In: *Vigilância sanitária: textos e contextos*. São Paulo: Cecovisa, p. 7-22, 2004.

DAMATTA, Roberto. A desburocracia da burocracia no Brasil. *O Estado de S.Paulo*. Caderno 2, quinta-feira 08.07.2004 – D10.

DECRETOS e Resoluções do Governo Provisório do Estado de São Paulo de 18 de novembro de 1889 até 17 de outubro de 1892. Typographia do Diário Oficial, São Paulo, 1897.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – DESC. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi_bin/wxis1660.exe>. Acesso em: 31 jul. 2005.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

DUARTE, Ivomar Gomes. *Do serviço sanitário do Estado ao Centro de Vigilância Sanitária: contribuição para o estudo da vigilância sanitária no Estado de São Paulo*. 1990. 125 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; MIRANDA, Isaura Cristina S. de (Colab.). *Saúde & Cidadania – vigilância sanitária*. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP e Banco Itaú. São Paulo, 1998.

FARINA, Duilio Crispim. *Esculápios, boticas e misericórdias em Piratininga de outrora*. São Paulo: Artes Gráficas, 1992, 318p.

———. *Medicina no planalto de Piratininga*. São Paulo: Pannartz, 1981.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000a.

———. *Arqueologia do saber*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000b.

FRAZÃO, Lourdes Maria. *Gerente de consultoria e contencioso sanitário da Anvisa*. Disponível em: < www.anvisa.gov.br >. Acesso em: 20 maio 2004.

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo do Estado de São Paulo. *Relatório referente à reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde*. São Paulo, 1986.

GOUVEIA, Roberto. *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000.

GOVERNO do Estado de São Paulo. *Reforma administrativa do serviço público estadual*. São Paulo: Imesp, 1971, 259p. (Coletânea, 11).

HERSON, Bella. *Cristãos-novos e seus descendentes na medicina brasileira (1500-1850)*. São Paulo: Edusp, 1996.

KOTLER, Philip. *Marketing para organizações que não visam lucro*. São Paulo: Atlas, 1978, 430p.

LAURELL, Asa C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LANGMUIR, A. D. William Farr. Founder of modern concepts of surveillance. *Int Journal Epidemiology*, Londres 5(1), mar. 1976.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil/MEC, 1976, 744p.

LEFEVRE, Fernando. *Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem*. São Paulo: Edusp, 1999.

———. Vigilância sanitária e comunicação empoderadora. In: *Vigilância sanitária: textos e contextos*. São Paulo: Cecovisa, p. 39-40, 2004.

LE MOS, Mário M. *A secretaria da saúde e a realidade sanitária do Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria do Trabalho, 1967, 151p.

MALIK, Ana Maria. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: comentários em relação à pesquisa sobre serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, suppl. 2, p. 161-163, 2004.

———. Quem é o responsável pela qualidade na saúde? *RAP*, Rio de Janeiro. 39(2): 351-64, mar./abr. 2005.

MANCINI, Wilson R. *Contribuição para o estudo mercadológico da localização espacial de instituições de saúde em grandes centros urbanos: um estudo exploratório no município de São Paulo*. 1983. Dissertação – (Mestrado) EAESP/FGV, São Paulo.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A estrutura da população. In: *A cidade de São Paulo: povoamento e população (1750-1850)*. São Paulo: Pioneira, 1974.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. Os magos da botica. *Revista Nossa História*, ano 2, n. 21, p. 20-23, jul. 2005.

MASCARENHAS, Rodolfo S. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. 1949. Tese (Livre-docência) – Cadeira de Técnicas de Saúde Pública. Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

———. História da saúde pública no estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, n. 7, p. 433-446, 1973.

MATOS, Maria Izilda Santos. *Em nome do engrandecimento da nação: representações de gênero no discurso médico em São Paulo 1890-1930*. Departamento de História. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em <www.dhi.uem.br/publicacoesdhi/dialogos/volume01/vol04_atg2.htm>. Acesso em: 8 nov. 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

———. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENEZES, Ricardo Fernandes; SILVA, Zuleida Monteiro da; HORIE, Maria Helena Y. S. *Avanços e recuos: um caso de São Paulo*. In: *Casos e fatos da vigilância sanitária sobre a saúde da sociedade*. Maria Cristina Marques et all. SOBRAVIME/CVS, São Paulo, 2002, 496p. ISBN 85-88284-049.

MEHRY, Emerson Elias. *A saúde pública como política*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MELLO, Carlos G. de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1977.

MEYER, Carlos Luiz; TEIXEIRA, Joaquim Rabello. *A gripe epidêmica no Brasil*. Especialmente em São Paulo: dados e informações. Serviço Sanitário do Estado, São Paulo, 1920. Casa Duprat, Rua São Bento, 21.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hicitec/Abrasco, 1992.

MINISTÉRIO da Saúde. *O sistema nacional de vigilância sanitária*. Brasília: Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, 1980, 20p. Proposta (mimeo).

MINISTÉRIO da Saúde. *Terminologia básica em saúde*. Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, 1983.

MOURA, Demócrito. *Saúde não se dá: conquista-se*. São Paulo: Hucitec, 1989.

MOTT, Maria Lucia. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cadernos Pagu*, n. 13, p. 327-355, 1999.

NADLER, David A. et al. *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

NOGUEIRA, Yara. M. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*, 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.

NOVAES, H. Maria Dutilh. *A puericultura em questão*. 1979. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

NÚCLEO de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. *In: Antreprojeto da lei orgânica do sistema único de saúde*. Brasília (Mimeo), 1989.

NUNES, Pedro. *Dicionário de tecnologia jurídica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1974, v. II.

OLIVA, R. *et al. Vigilância sanitária e as ações básicas de saúde*. São Paulo: CVS/SS, 1986, 8p.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. *Documentos básicos*. 26. ed. Genebra: OMS, 1976.

ORWELL, George. 1984. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1966.

PENTEADO, Jacob. *Belenzinho 1910: retrato de uma época*. São Paulo: Martins, 1962.

PESSOA, Samuel B. *Ensaio médicos-sociais*. São Paulo: Hucitec, 1978.

PRIMEIRO CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIGIENE. Rio de Janeiro, 1º a 7 de outubro de 1923. *Anais*. Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas da Inspetoria de Dermatologia Sanitária, 1927.

RAS – *Revista de Administração em Saúde*, Entrevista Gonzalo Vecina Neto, São Paulo, n. 14, v. 4, p. 3, jan./mar. 2002.

RELATÓRIO da Comissão Responsável pela Campanha de Melhoria das Condições do Trabalho do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco-SP, mar. 1981 (mimeo).

REVISTA Brasileira de Vigilância Sanitária. Centro Colaborador em vigilância sanitária. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, Universidade de São Paulo, v. 1, n. 1, 2005.

RODBERG, L.; STEVENSON, G. A indústria de assistência à saúde no capitalismo avançado. *In: The review of radical political Economics/Union for radical political economics*. (URPE). Trad. PROAHSA, FGV-HC-FMUSP. New York, Spring, v. 9, 1977.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980, 401p.

ROZENFELD, Suely. *Fundamentos da vigilância sanitária*. São Paulo: Fiocruz, 2000.

RUIZ, M. A. O problema de leucopenia em Cubatão. *Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 1985, 7:171-2.

SANTOS FILHO, Lycurgo C. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec-Edusp, 1977.

SÃO PAULO (ESTADO). *Secretaria da Saúde*. Centro de Vigilância Sanitária. Comunicação Social. São Paulo, 1989, 30p., (mimeo).

SÃO PAULO (ESTADO). FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento. São Paulo, SS-FUNDAP, fev. 1987. 121p.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.

SERAFIM LEITE. A cidade de São Paulo e a companhia de Jesus. Fundação da São Paulo de Piratininga. *In. Ensaios paulistas*. São Paulo: Anhembi, 1958.

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

SOUTO, Ana Cristina. *Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994*. São Paulo, Sobravime, 2004.

SOUZA, Motaui Ciochetti. *Interesses difusos em espécie*. São Paulo: Saraiva, 2000.

TAUNAY, Afonso D'Escrognole. São Paulo, nos primeiros anos. (1554-1601). Tours, Imprensa de E. Arrault et Cie., 1920.

TEUTSCH, Steven M.; CHURCHILL, R. Elliott. *Principles and practice of public health surveillance*. New York: Oxford University, 2000, 406 p.

TORRES-FERNANDES, M. C. *Fundamentos de direito da saúde*, 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

UNIVERSIDADE de Brasília. *Núcleo de estudos de saúde pública*. Anteprojeto de Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1989, (mimeo).

VIANNA, Hélio. *História do Brasil*. São Paulo: Melhoramentos, 1961, t. 1, 384 p.

VITAL, Brazil. Emilio Ribas. *Archivos de Hygiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-12, jun. 1936.

ANEXO I

Fontes de Pesquisa:

- Acervo do Arquivo do Estado
- Biblioteca da Associação Paulista de Medicina
- Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública – USP
- Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- Biblioteca do Instituto Butantã
- Biblioteca Karl Boedecker – FGVSP
- Memorial do Imigrante de São Paulo
- Museu Emilio Ribas – Secretaria de Estado da Saúde
- Museu da Polícia Militar do Estado de São Paulo
- Núcleo de Documentação do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo.
- Acessos à Internet.
 - www.bibcir.fap.usp.br
 - www.fiocruz.br
 - www.scielo.org.br

ANEXO II

Para a elaboração deste trabalho foram consultados e analisados vários textos legais relacionados ao objeto da pesquisa, tanto em sua fonte original (Diário Oficial do Estado de São Paulo e Diário Oficial da União) bem como consultas em fontes secundárias.

Relaciona-se à seguir, em ordem cronológica e com descrição da respectiva ementa, a legislação de maior relevância e pertinência segundo o escopo desta dissertação

LEGISLAÇÃO FEDERAL

LEGISLAÇÃO	DATA	EMENTA/ASSUNTO
Lei	1º de outubro de 1828	Municipalização das ações de saúde pública e polícia sanitária.
Decreto n. 464	17 de agosto de 1846	Torna obrigatória a vacinação antivariólica
Decreto Imperial	11 de março de 1886	Cria a Inspectoria de Hygiene da Província de São Paulo
Decreto n. 438	11 de julho de 1891	“Dá providências sobre a execução dos artigos 3º e 4º das Disposições Transitórias da Constituição Republicana”
Decreto n. 666	14 de novembro de 1891	“Declara desligada da Administração Federal a Inspectoria de Hygiene do Estado de São Paulo”
Decreto	1897	Cria a Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP
Decreto n. 5.156	1904	Institui o Regulamento do Serviço Sanitário Nacional
Decreto n. 3.987	1920	Reformula a DGSP como Departamento Nacional de Saúde Pública

Decreto n. 16.300	31 de dezembro de 1923	Institui o Código Sanitário Brasileiro
Decreto Legislativo n. 4.682 – Lei Eloy Chaves	24 de janeiro de 1923	Institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões para os respectivos trabalhadores das estradas de ferro
Decreto-Lei n. 5.452	1º de maio 1943	Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho
Decreto n. 77.052	19 de janeiro de 1976	Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições do exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde.
Decreto n. 79.056	30 de dezembro de 1976	Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências.
Lei n. 8.080	19 de setembro de 1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
Lei n. 8.142	21 de dezembro de 1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Portaria n. 1.565	26 de agosto de 1994	Define o Sistema Nacional e Vigilância Sanitária e sua abrangência, estabelece a competência das três esferas de governo e as bases da descentralização da execução dos serviços e ações de Vigilância no âmbito do SUS.
Lei n. 9.782	26 de janeiro de 1999	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.
Lei n. 8.078	11 de setembro de 1990	Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor

LEGISLAÇÃO ESTADUAL

Decreto n. 50	28 de abril de 1890	“Fixa a despesa e orça a receita do Estado de São Paulo para o exercício 1890 a 1891”
Regulamento n. 2	18 de julho de 1890	Regulamento da Pharmacia do Estado de São Paulo
Lei n. 12	28 de outubro de 1891	Organiza o Serviço Sanitário do Estado
Lei n. 15	11 de novembro de 1891	Orça a receita e fixa a despesa do Estado para o exercício de 1892
Lei n. 16	13 de novembro de 1891	Organiza os municípios do Estado
Lei n. 43	18 de julho de 1892	Organiza o Serviço Sanitário do Estado
Decreto n. 87	29 de julho de 1892	Regulamenta a Lei n. 43 de 18.07.1892 (Regulamento de Hygiene)
Decreto n. 159	28 de fevereiro de 1893	Aprova o Regulamento do Laboratório de Análises Químicas
Lei n. 240	4 de setembro de 1893	Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado
Decreto n. 219	30 de novembro de 1893	Aprova o Regulamento do Serviço Geral de Desinfecção
Decreto n. 233	2 de março de 1894	Estabelece o Código Sanitário
Decreto n. 266	31 de outubro de 1894	Estabelece o regulamento dos Hospitais de Isolamento
Lei n. 432	3 de agosto de 1896	Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado
Decreto n. 394	7 de outubro de 1896	Aprova o Regulamento do Serviço Sanitário do Estado
Decreto n. 1.294	19 de julho de 1905	Baixa o Regulamento do Serviço de Inspeção das Amas-de-Leite
Decreto n. 1.343	27 de janeiro de 1906	Divide o território do Estado em distritos sanitários e dispõe a respeito da polícia sanitária
Decreto n. 2.141	14 de novembro de 1911	Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado e aprova o Regulamento do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo

Lei n. 1.310	30 de dezembro de 1911	Aprova o Decreto n. 2.141 de 14.11.1911
Lei n. 1.596	29 de dezembro de 1917	Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado
Decreto n. 2.918	9 de abril de 1918	Dá execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo
Lei n. 2.018	26 de dezembro de 1924	Oficializa o Instituto de Higiene de São Paulo
Decreto n. 3.876	11 de julho de 1925	Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado
Lei n. 2.169	27 de dezembro de 1926	Estabelece medidas de profilaxia da lepra
Lei n. 2.259	31 de dezembro de 1927	Modifica as disposições do Código Sanitário e revoga artigos
Lei n. 2.362	14 de janeiro de 1929	Organiza as Prefeituras Sanitárias de Campos de Jordão e Guarujá
Lei n. 4.849	21 de janeiro de 1931	Estabelece a contribuição compulsória dos municípios, para as despesas do serviço policial e serviço sanitário
Decreto n. 4.895	18 de fevereiro de 1931	Transfere para o Serviço Sanitário do Estado, os serviços de fiscalização de carne, leite e derivados, da Prefeitura da Capital
Decreto n. 4.967	13 de abril de 1931	Cria o Serviço de Verificação de Óbitos na Capital
Decreto n. 5.275	3 de dezembro de 1931	Regulamenta o comércio de leite, laticínios, carnes e pescados e dá outras providências
Decreto n. 5.423	5 de março de 1932	Altera dispositivos da legislação sanitária
Decreto n. 5.884	21 de abril de 1933	Institui o Código de Educação do Estado de São Paulo
Decreto n. 6.603	11 de agosto de 1934	Aprova o Regulamento da Fiscalização Sanitária do leite e derivados
Decreto n. 7.077	6 de abril de 1935	Cria a Comissão de Assistência Hospitalar
Decreto n. 7.097	10 de abril de 1935	Cria e instala Posto de Inspeção Sanitária dos vinhos em Jundiá
Lei n. 2.580	14 de janeiro de 1936	Dispõe sobre medidas de higiene das barbearias e institutos de beleza

Lei n. 2.874	11 de janeiro de 1937	Cria a Inspeção de Fiscalização do Exercício Profissional
Decreto n. 9.247	17 de junho de 1938	Cria o Departamento de Saúde do Estado
Decreto n. 9.278	28 de junho de 1938	Organiza o Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, do Departamento de Saúde do Estado e dá outras providências
Decreto n. 9.646	18 de outubro de 1938	Prorroga por tempo indeterminado o prazo para expedição do Código sanitário do Estado
Decreto n. 9.866	27 de dezembro de 1938	Regulamenta o registro dos locais de venda e produção de gêneros alimentícios; estabelece a Taxa de Fiscalização Bromatológica e dá outras providências.
Decreto n. 9.868	27 de dezembro de 1938	Modifica disposição do Decreto n. 9.278 de 28.06.1938 que organizou o Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional e institui taxas de registro profissional e de fiscalização de drogas e medicamentos e dá outras providências
Decreto-lei n. 11.182	24 de junho de 1940	Dispõe sobre a exigência de exame de saúde para a posse de funcionários estaduais e municipais
Decreto n. 11.522	26 de outubro de 1940	Cria o Instituto Adolfo Lutz
Decreto-lei n. 12.217	7 de outubro de 1941	Regulamenta o Serviço de Exames Médicos para a concessão de Carteira de Saúde
Decreto-lei n. 13.439	30 de junho de 1943	Dispõe sobre a reorganização da Divisão do Serviço do Interior, do Departamento de Saúde
Decreto n. 13.444	2 de julho de 1943	Estende aos serviços de saúde escolar às unidades escolares primárias do interior do Estado
Decreto-lei n. 15.579	25 de janeiro de 1946	Estabelece normas para a aplicação das Leis Sanitárias
Decreto-lei n. 16.328	18 de novembro de 1946	Reorganiza o Departamento Estadual de Informação

Decreto-lei n. 16.401	3 de dezembro de 1946	Cria a Secretaria do Trabalho, Indústria e Comércio
Decreto-lei n. 17.339	28 de junho de 1947	Cria Secretaria de Estado da Saúde Pública
Decreto n. 50.192	13 de agosto de 1968	Dispõe sobre a reforma Administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública
Decreto n. 52.182	16 de julho de 1969	Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências
Decreto n. 52.497	21 de julho de 1970	Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-lei n. 211, de 30.03.1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de estado da Saúde.
Decreto n. 52.503	28 de julho de 1970	Aprova Normas Técnicas Especiais (NTE) Relativas à Preservação da Saúde
Decreto n. 52.504	28 de julho de 1970	Aprova Normas Técnicas Especiais Relativas à Alimentos e Bebidas
Decreto n. 52.532	17 de setembro de 1970	Altera a redação dos artigos 536 e 537, do Regulamento de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo da competência da Secretaria de Estado da Saúde.
Decreto n. 7.788	8 de abril de 1976	Aprova Norma Técnica Especial relativa à dispensa de aprovação previa pela Secretaria da Saúde, dos projetos e obras que especifica
Decreto n. 12.342	27 de setembro de 1978	Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto n. 211 de 30.03.1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde
Decreto n. 12.479	18 de outubro de 1978	Aprova Norma Técnica Especial Relativa às Condições de Funcionamento dos Estabelecimentos sob responsabilidade de Médicos, Dentistas, Farmamacêuticos, Químicos e outros titulares de profissões afins.

Decreto n. 12.486	20 de outubro de 1978	Aprova Normas Técnicas Especiais Relativas à Alimentos e Bebidas
Decreto n. 12.660	10 de novembro de 1978	Aprova Normas Técnicas Especiais relativas às Normas Básicas de Proteção contra Radiação e Riscos Elétricos
Decreto n. 12.984	15 de dezembro de 1978	Aprova Norma Técnica Especial relativa à Preservação da Saúde
Decreto n. 13.069	29 de dezembro de 1978	Aprova Normas Técnicas Especiais relativas ao Saneamento Ambiental nos Loteamentos Urbanos ou para fins Urbanos
Decreto n. 13.166	23 de janeiro de 1979	Aprova Norma Técnica Especial relativa à Piscinas
Decreto n. 13.248	13 de fevereiro de 1979	Aprova Norma Técnica Especial relativa à delegação de competência pela Secretaria de estado da Saúde às Prefeitura Municipais para aprovação prévias de projetos de edificação que especifica.
Decreto n. 13.795	10 de agosto de 1979	Transfere competência à Secretaria da Saúde para exercer o controle de construções e funcionamento de piscinas
Decreto n. 13.980	19 de setembro de 1979	Altera, revoga e acrescenta disposições à NTE Especial relativa às Normas Básicas de Proteção contra Radiação e Riscos Elétricos, aprovada pelo Decreto n. 12.660 de 10.11.1978
Decreto n. 14.476	18 de dezembro de 1979	Aprova NTE relativa ao funcionamento de equipamentos denominados de “soleira da porta” em estabelecimentos que comercializam alimentos
Decreto n. 16.017	4 de novembro de 1980	Altera a redação do artigo 551 e parágrafos do Regulamento aprovado pelo Decreto n. 12.342 de 27.11.1978
Decreto n. 24.165	25 de outubro de 1985	Altera a NTE aprovada pelo Decreto n. 12.479 de 18.10.1978.
Decreto n. 25.609	30 de julho de 1986	Organiza na Secretaria da Saúde, dezessete Escritórios Regionais de Saúde e dá providências

Decreto n. 26.048	15 de outubro de 1986	Extingue unidades da Secretaria da Saúde, dispõe sobre o Centro de Vigilância Sanitária e dá providências correlatas
Decreto n. 30.517	2 de outubro de 1989	Acrescenta dispositivos no Decreto n. 26.048 de 15.10.1986 e dá outras providências.
Lei n. 10.083	23 de setembro de 1998	Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado
Lei n. 10.241	17 de março 1999	Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências