

A formação da saúde pública e o mundo do trabalho: conjugação necessária ao capital

*Ivan Ducatti**

Resumo:

A saúde pública nasce com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, que configura o proletariado urbano no cenário político, entre 1830 e 1840. A industrialização emergente requeria uma urbanização com planejamento, para garantir condições sanitárias não ameaçadoras à população com seus surtos epidêmicos. O Estado, ainda que idealizado mínimo para os liberais, investigou e supervisionou a execução das medidas para regulamentar a situação sanitária de comunidades urbanas.

Palavras-chave:

Estado; modo de produção capitalista; saúde pública; industrialização.

The making of public health and the world of work: a capital's essential conjugation

Abstract:

Public Health comes out by the capitalist mode of production that configures the urban proletarians to the political backgrounds, between 1830 and 1840. Thus, an emerging industrialization demanded a planning urbanization in which non-threatening sanitary conditions to the public were expected, far away from outbreaks of epidemics. The State, yet as a minimum liberally conceived, investigated and oversaw measure accomplishments for ruling the sanitary situation of urban communities.

Key words:

State; capitalist mode of production; public health; industrialization.

* Doutor em História Social pela USP (SP). Coordena e leciona História junto ao Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA) da Fundação Municipal de Educação de Niterói (RJ).

É bastante categórica a afirmação do pensador István Mészáros sobre o estado, quando esse autor diz que “a base socioeconômica do capital é totalmente inconcebível separada de suas formações do estado” (Mészáros, 2002, p. 117). Entre os elementos de formação do estado contemporâneo, a saúde pública é a que lhe respalda histórica e ideologicamente. A saúde pública é a materialização de um setor de atuação do Estado. Sua configuração atual remonta à formação e gestão do capital monopolista do início do século XX, no entanto, é no século XIX, na Inglaterra, que se engendra uma política de assistência, de intervenção estatal, conjugada ao proletariado urbano, o qual vivia todo o tipo de precariedade, amplamente estudada pela historiografia. Se o estado, como afirma Mészáros, é uma relação inseparável do capital, seus liames se estendem por todas as esferas sociais. Uma dessas esferas é a saúde pública, que também desponta como necessidade de controle social.

Para George Rosen (1994), historiador norte-americano da área, aquilo que se conhece por saúde pública moderna nasce com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, com a ascensão e configuração do proletariado urbano no cenário político, entre as décadas de 1830 e 1840, na Europa. Os canais abertos pela expansão dos transportes e a necessidade de se criarem instrumentos de precisão, que seguiam ao desenvolvimento da indústria, também contribuíram para a formação da saúde pública. Aliás, esta afirmação também pode ser encontrada, mais tarde, entre os sanitaristas brasileiros do início do século XX, que viam a expansão das ferrovias como problema a ser enfrentado, em virtude de os trens poderem levar os transmissores para populações sadias. Não é à toa que, ao longo das construções de ferrovias, encontravam-se sanitaristas tentando debelar focos de malária, por exemplo – mas a preocupação centrava-se em garantir a inversão de capitais que não poderia ser paralisada por meros mosquitos. No Brasil, em especial com a presença política e econômica do estado de São Paulo¹, com a expansão de capitais nacionais, oriundos significativamente da economia cafeeira e de grandes comerciantes e importadores, a maioria de origem imigrante (Dean, s/d), e internacional (principalmente o inglês), o país amplia sua inserção no quadro da produção capitalista industrial; como consequência, alterando profundamente as relações sociais do país, engendra-se a necessidade de uma mudança estrutural de nossa sociedade e das forças produtivas.

Na Europa Ocidental, o proletariado se organizava e lutava por melhores condições de trabalho, configurando-se, assim, como sujeito visível da história. No entanto, as condições de vida dessa classe (Engels, 1985), nesse mesmo continente, eram precárias, com uma enorme massa urbana em situação de miséria e precariedade, vivendo sob a insalubridade das habitações paupérrimas. As autoridades locais, na Inglaterra, empenharam-se em administrar a assistência aos pobres, o que demandava um custo considerado alto para os industriais da época, porém, a força de trabalho deveria estar disponível, uma vez que a industrialização encontrava-se em fase dinâmica de expansão.

A realidade, no entanto – péssimas condições de vida nas cidades e nas fábricas, êxodo rural, movimento operário –, impunha-se, e o capital, a despeito de ideias liberais (de que não se deveria intervir em processos sociais por ser contrário à natureza), via-se diante de uma problemática social, em que se deveriam fazer coincidir os interesses privados com o público. Os intelectuais estiveram à frente dessa tarefa, tanto que “os projetos pelos quais (...) labutavam tão vigorosamente incluíam a reforma parlamentar, o comércio livre, a reforma da lei, o controle dos nascimentos e a reforma da educação” (Rosen, 1994, p. 162). As ideias liberais de Bentham², que afirmava que os pobres deveriam resolver por si seus problemas, estavam por trás dessas legislações. Marx assim comenta Bentham, quando explica que, no processo de compra e venda de força de trabalho, só aparentemente há equilíbrio jurídico:

A esfera que estamos abandonando, da circulação ou troca de mercadorias, dentro da qual se operam a compra e a venda da força de trabalho, é realmente um verdadeiro paraíso dos direitos inatos do homem. Só reinam aí liberdade, igualdade, propriedade e Bentham. Liberdade, pois o comprador e o vendedor de uma mercadoria, a força de trabalho, por exemplo, são determinados apenas pela sua vontade livre. Contratam como pessoas livres, juridicamente iguais. O contrato é o resultado final, a expressão jurídica comum de suas vontades. Igualdade, pois estabelecem relações mútuas apenas como possuidores de mercadorias e trocam equivalente por equivalente. Propriedade, pois cada um só dispõe do que é seu. Bentham, pois cada um dos dois só cuida de si mesmo (Marx, 1989, pp. 196-7).

No século XIX, na Inglaterra, com o modo de produção capitalista, altera-se completamente a fisionomia

1 “Comparada à cidade de Londres no ano de 1914, elogiada por suas edificações e expansão em 1920, São Paulo em 1935 era igualada a Chicago. Seu ritmo de construções (palacetes) era intenso” (Decca, 1987).

2 Vale destacar, sobre Bentham, o comentário de Lukács, sobre a crítica marxista da sociologia: “O teórico do utilitarismo, Jeremy Bentham, personifica o vergonhoso fim dessa grande e gloriosa linha de desenvolvimento filosófico [a defesa do progresso histórico realizado pelo capitalismo]. Deste modo, enquanto o anticapitalismo romântico degenerava numa demagogia colorida e mentirosa, a decadência da filosofia do progresso revela-se muito mais abertamente na forma de filisteísmo vulgar e franco” (Lukács, 1981, pp. 118-9).

das relações sociais. A industrialização emergente – raiz da indústria moderna –, que já havia superado a manufatura, requeria uma urbanização com planejamento, para garantir condições sanitárias não ameaçadoras à população com seus surtos epidêmicos. As elites se inquietavam com essa situação, pois o alastramento de endemias e epidemias poderia significar também desordem social para aquela camada social. As epidemias e endemias ocorriam em maior grau nos centros urbanos, não porque se tratava de problemas urbanos em si, mas, sim, de concentração humana, que aí era visivelmente maior que na zona rural.

Rosen comenta que a classe trabalhadora, por volta de 1848, tinha pouco ou quase nada em termos de recreação, fazendo com que os trabalhadores gastassem o pouco tempo livre para ir ao bar, e as autoridades tinham pouco interesse em tomar medidas sanitárias, “pois não consideravam rendosas as despesas necessárias para usufruir esses benefícios” (Rosen, 1994, p. 166). O capital desenvolve condições lúgubres e brutais para a classe trabalhadora. Diante dessa situação brutal para os trabalhadores, graças a uma série de epidemias na Inglaterra, atos para a legislação pública foram introduzidos. Embora de caráter ineficaz, há uma sinalização de que o Estado estaria intervindo na saúde dos trabalhadores. Entre 1831 e 1832, a epidemia do cólera fez com que a atenção às cidades inglesas aumentasse. Apesar de toda uma ideologia liberal de que cada um é responsável pelo seu próprio destino, o poder público chegou à conclusão de que alguma intervenção deveria existir, pois a ameaça de contaminação da doença, que àquela altura não poupava classes sociais, embora se fixasse majoritariamente entre o proletariado, era algo iminente.

Os levantamentos sobre a saúde da população se faziam, naquele momento, por intermédio de relatórios, que geravam atos e leis para uma possível intervenção sobre os problemas encontrados ou ajudavam a enriquecer as medidas já existentes. A “Lei dos Pobres” era uma ação de assistência, sobre a qual o benthamista Edwin Chadwick³ (1800-1890) trabalhou, elaborando relatórios. Por intermédio desses vários relatórios, foi observado pelos burocratas a serviço do capital que o fato de a classe trabalhadora ser atingida pelos diversos surtos de doenças significava uma perda econômica para o próprio capital, ou, numa fraseologia que escamoteava essa situação, acarretava uma situação negativa para toda a comunidade. Nasceram, assim, os famosos inquéritos sanitários. É interessante notar, e isto é fundamental para pensarmos a situação da saúde pública no Brasil, principalmente no período central deste artigo – décadas de 1930 e 1940 –, que esses princípios basilares para os programas de saúde em países de economia periférica, cem anos após os inquéritos sanitários, são, ainda, uma realidade, metodológica e operativa.

As cidades industriais inglesas, durante boa parte do século XIX, estavam tomadas de problemas de acúmulo de lixo, sujeira de todo o tipo, poluição da água, falta de esgoto e saneamento etc. As doenças se multiplicavam de forma exponencial. Enfim, surge um quadro não só de ameaça à classe trabalhadora, mas a toda a população. À medida que tal problemática crescia, a imundície das cidades deixou de ser assunto privado para se tornar público. A necessidade de pessoal conhecedor dessa situação para administrar e prevenir passou a se concretizar na formação de ações para limpeza de ruas, fornecimento de água, melhoria dos esgotos etc. Essas ações eram consideradas preventivas. E foi mais um trabalho de engenharia civil do que médico propriamente dito. Aos poucos, o próprio Estado passa a investigar e supervisionar a execução de todas as medidas gerais para regulamentar a situação sanitária de comunidades urbanas maiores. Mas essas pequenas melhorias (drenagem, abastecimento de água, limpeza de esgotos), mesmo que isso significasse um risco para a mercadoria mais preciosa para o capital, a força de trabalho, ainda recebia oposição de proprietários de imóveis, uma vez que certo investimento e ajustes nas propriedades deveriam ser feitos. No entanto, lutando por regulamentações restritivas e obrigações sociais, o Estado conseguiu impor uma legislação sobre saúde e higiene. Além disso, os trabalhadores, que se constituíam como sujeito histórico coletivo, ao se organizarem em suas instâncias passaram a agir para garantir vários serviços de ordem social, entre eles, a saúde. Nesse período, houve muitas melhorias com as novas medidas sanitárias. Além da criação de um aparelho administrativo dirigido ao problema, surgiram também grupos formados por militantes e leigos em ações semelhantes. É o momento da formação de sanitaristas profissionais.

As grandes cidades norte-americanas, no século XIX, também passaram por problemas de saneamento, ou melhor, da sua falta, por se tratar também de centros urbanos industriais. Uma figura importante para o desenvolvimento de ações sanitárias foi a do inspetor sanitário. O inspetor, acompanhado de funcionários da saúde e de um médico residente, atuava no controle de epidemias e no saneamento ambiental, além de realizar coleta de estatística vital. O enorme fluxo de imigrantes para os Estados Unidos, em especial para Nova York, não seguiu a uma política de habitação para essa massa que ocupava a cidade. O cenário desse momento compunha-se de habitações precárias e populosas na parte mais deteriorada da cidade, pelo custo da moradia. Péssimas condições de habitação e transmissão de doenças são suficientes para o desenvolvimento de epidemias. Doenças como febre amarela, cólera, varíola e febre tifoide chegaram a níveis catastróficos. A pobreza também atingia altos patamares,

vivendo em ambientes insalubres. A necessidade de o Estado intervir, via Saúde Pública, fez com que se construíssem aparatos administrativos para tal finalidade (Rosen, 1994).

As epidemias cresciam e ameaçavam não somente a reserva de força de trabalho, mas a população em geral, para desespero da burguesia que, por intermédio do Estado, procura administrar o caos urbano. Pois, percebe-se que onde há falta de saneamento há também transmissão de doenças que também podem atacar a classe dominante. Além disso, a classe trabalhadora encontrava-se em período de ebulição, pois passa a se reconhecer como agente histórico (Terarolli Jr., 1996).

E como são transmitidas as doenças? A ciência do século XIX tentará responder a isso e, desta forma, resolver a questão. No entanto, em virtude de limites técnicos, os cientistas daquele século vão elaborar algumas hipóteses equivocadas a respeito da transmissão. Isso não significa que a ciência, de modo geral, não estivesse em plena evolução. No entanto, havia avanços maiores em algumas ciências e, menores em outras⁴. Não podemos deixar de considerar que, apesar da possível boa fé de alguns cientistas, estes eram produtos de seu tempo, e seu tempo (o século XIX) era o momento em que a burguesia se estabelecia como classe dominante. A ordem feudal já havia sido abatida pela burguesia, e as rédeas políticas já se encontravam em suas mãos após 1848 (Lukács, 1967). A sua legitimidade se fazia pela força policial e pela ideologia, em que os ideais particulares se impunham como universais, isto é, seus interesses apareciam como se fossem interesses de toda a sociedade. Os ideais burgueses permeavam as classes médias e não proletárias, como a dos funcionários públicos e dos profissionais liberais – médicos, engenheiros, advogados –, que estarão envolvidos na formação e legitimação do Estado burguês, que se configuram a partir de nações e nacionalismos por toda a Europa (Hobsbawm, 1998). Além dos limites técnicos que tornavam as ciências também limitadas para responder aos problemas gerais da humanidade e, conseqüentemente, resolvê-los, a *intelligentsia* pensava com os preconceitos da burguesia (Telarolli Jr., 1996; Iyda, 1993). A intelectualidade não advinha de uma classe revolucionária em movimento, ao contrário, advinha de estrato burgueses ou pequeno-burgueses. Assim, apesar da boa vontade de um ou outro indivíduo, a ciência, longe de ser neutra, tentava responder às angústias e às necessidades da burguesia. Não foi à toa que inúmeras teses racistas surgiram nesse momento (Hobsbawm, 2000).

A quarentena era uma prática altamente usada no século XIX, pois era forma encontrada para evitar que ocorresse o fluxo de doenças. Para o capital, tal adoção se dava para evitar qualquer trânsito nas vias de comunicação das mercadorias. Era a forma pensada para conter avanços de doenças em geral. Outra teoria para explicar a transmissão de doenças era o contágio, que significava que haveria algum agente infeccioso que, de pessoa em pessoa, transmitiria a doença. John Snow⁵ (1813-1858), médico londrino, supunha que os refugos dos pacientes com cólera infiltravam o solo e contaminavam a água. Daí a doença se alastrava. Snow não conseguiu identificar tal agente, mas lançou bases para se pensar a contaminação por um agente externo, invisível a olho nu que se multiplicaria num ambiente hospedeiro adequado como, por exemplo, o corpo humano. A tese de Snow se confirmou quando Koch⁶ (1843-1910) isolou e cultivou o agente do cólera em 1883 (Rosen, 1994, p. 221).

Na metade do século XIX, o desenvolvimento médico estava fortemente influenciado por dois importantes conceitos: o *contagium vivum* (germes que podem causar doenças) e as condições sociais que possam estar relacionadas à doença. O papel central dos germes como causas das doenças tem sido discutido desde a Antiguidade. A base empírica para o conceito, no entanto, só passou a ser considerada a partir da Renascença. Em 1546, Fracastoro⁷ (1483-1553) apresentou evidência epidemiológica para apoiar a hipótese de que a sífilis era transmitida de uma pessoa a outra por intermédio de um agente infeccioso. Fracastoro chegou às mesmas conclusões em relação a várias outras doenças, como sarampo e varíola. Tais evidências levaram a medidas de proteção efetiva como a quarentena, remédio para as várias epidemias que assolavam a Europa naquela época.

Observações epidemiológicas como a de Fracastoro levaram a pesquisas por evidências morfológicas de agentes infectuosos. Assim, agentes invisíveis a olho nu já eram considerados como vermes que se propagavam pela corrente sanguínea. Com a construção do microscópio em 1675 por Leeuwenhoek⁸ (1632-1723), tornou-se possível provar a existência de micro-organismos. No entanto, foram necessários quase duzentos anos para que um micro-organismo pudesse ser visto através de um microscópio.

Em meados do século XIX, a hipótese de que as doenças poderiam ser causadas por material infeccioso ganhava terreno entre patologistas e epidemiologistas. Ao mesmo tempo, o microscópio foi ganhando aperfeiçoamentos,

4 “A biologia ficava bem atrás das ciências físicas, agrilhoada não apenas pelo conservadorismo dos dois grupos maiores de homens interessados na sua aplicação prática, mas também pelos fazendeiros e especialmente pelos médicos” (Hobsbawm, 2000, p. 358).

5 Sobre Snow, www.bbc.co.uk/history/historic_figures/snow_john.shtml. Acesso em 23.08.08.

6 Sobre Koch, <<http://intranet.padgatehigh.warrington.sch.uk/Humanities/medicine/indtbi6.htm>>, acessado em 23 ago. 2009.

7 Sobre Fracastoro, www.dec.ufcg.edu.br/biografias/GirolFrc.html, acessado em 23 ago. 2008.

8 Sobre Leeuwenhoek, www.ucmp.berkeley.edu/history/leeuwenhoek.html, acessado em 23 ago. 2008.

3 Foi secretário da Comissão da Lei dos Pobres, Inglaterra, e precursor da reforma sanitária naquele país (www.victorianweb.org/history/chad1.html, acessado em 23 ago. 2008).

o que possibilitou a pesquisa de agentes infecciosos. O começo da década de 1830 já apontava a relação de micro-organismos e seres humanos. Em 1840, o alemão Henle (1809-1885), médico patologista e anatomista, enunciava os princípios para provar a relação micro-organismo-doença. Mais tarde em 1876, com Koch, os princípios foram reformulados e seus postulados conhecidos. O primeiro micro-organismo a ser estudado de acordo com esses princípios foi o bacilo do antrax, em 1876 por Koch. Paralelamente a esses estudos laboratoriais, as investigações epidemiológicas foram a campo. Momento em que Snow afirma que o cólera era causado por ingestão de material infeccioso presente nas fezes e transmitido se estas entrarem em contato com a água. Snow estava ciente das causas sociais que poderiam levar à doença. Com ele, abre-se uma brecha entre a microbiologia e a medicina social, e assim começa a atuação do movimento de Saúde Pública na Inglaterra e Estados Unidos.

A era bacteriológica

A bacteriologia, nos últimos 30-40 anos do século XIX, desempenhou função importante para a Saúde Pública, pois a capacidade de reconhecer e estudar os micro-organismos leva à possibilidade de uma ação que pode ser mais efetiva sobre os agentes causadores de inúmeras doenças. Por intermédio da bacteriologia, tornou-se possível perceber o processo de transmissão e reprodução dos bacilos. As técnicas para o cultivo e estudos de bactérias tiveram avanços enormes na década de 1870, momento em que se passam a usar tinturas e corantes para o reconhecimento de micro-organismos, com destaque para as descobertas do médico alemão Robert Koch, a quem já nos referimos neste capítulo. É nesse período que ocorre a descoberta de vários organismos patogênicos, tais como da hanseníase, febre tifóide, malária, tuberculose, cólera, tétano, cancro mole, peste, botulismo, entre outros. Nessa mesma época, surge também a assepsia na cirurgia médica, com métodos antissépticos de tratamento de feridas.

Outro aspecto relevante da fase bacteriológica foi a descoberta das fontes e dos modos de infecção dos micro-organismos. Nem todos os agentes infectantes são transmitidos aerobicamente, muitos se hospedam nos seres humanos e animais por intermédio de insetos, como é o caso da dengue, que se transmite por meio de um mosquito, o *Aedes aegyptis*, descoberto pelo médico cubano Carlos Finlay⁹ (1833-1915), ou o caso da descoberta do tifo endêmico, que se transmite por um tipo de piolho.

A questão é que esse tipo de descoberta, o papel do inseto na transmissão de doenças, permitiu o surgimento da medicina preventiva e da imunologia. Esta última tem a participação fundamental de Pasteur¹⁰ (1822-1895), que desenvolve o princípio da inoculação de vacinas profiláticas para tratamento de doenças comunicáveis.

O desenvolvimento da bacteriologia e da imunologia abriram caminhos para o controle de doenças sob bases mais racionais, uma vez que foi possível eliminar métodos coercitivos de quarentena, por exemplo. No entanto, o fato de haver caminhos abertos para a racionalidade não significa necessariamente que a racionalidade por eles será conduzida. Faz-se mister, contudo, definir o real significado de racional, não se deixando levar pela sedução do uso instrumental nas ciências positivas como sinônimo de ciência; além disso, a irracionalidade no mundo científico está diretamente ligada à legitimação de ações políticas dos aparelhos ideológicos do Estado imperialista sob a chancela de cientistas não comprometidos, conscientes ou não, com a autonomia da humanidade em relação aos jugos do capital.

O fato de surgir o desenvolvimento da bacteriologia com suas consequentes conquistas para a cura de doenças contagiosas não deve substituir o contínuo trabalho básico e fundamental da Saúde Pública, que é da melhoria das habitações, alimentação etc. Nesse sentido, nos Estados Unidos, no início do século XX, marcadamente se opera uma política social para a legislação sanitária. Ações estatais para a erradicação de doenças existiram com o claro objetivo de se atender às exigências da expansão industrial que ocorre na fase imperialista do capital monopolista, como já elucidamos quando da questão do Estado. O Estado passa a intervir, deixando para trás as concepções liberais não intervencionistas em virtude da necessidade de manter organizada e disponível a força de trabalho necessária ao capital. O crescente sindicalismo operário, que havia passado por uma guerra imperialista, com o consequente desemprego em massa para a classe, e, com isso, ter experimentado e incorporado a solidariedade de classe, soube fazer exigências ao Estado para garantir melhores condições de vida e trabalho – tal afirmação vai ao encontro daquilo que Netto (2001) apontou como a necessidade de o capital responder às demandas da classe trabalhadora.

A questão Saúde Pública – que envolve também a questão epidemiológica – é central para que possamos

compreender, na história, a problemática do Estado e os processos saúde/doença. As necessidades do desenvolvimento capitalista se transformaram e as palavras de ordem que a história colocava em primeiro plano eram: maior rendimento da força de trabalho, ampliação e incorporação de tecnologias produtivas e expansão dos mercados de áreas de inversão (Breilh, 1991). Outra questão que vale destacar, do mesmo autor, é a necessidade dos agentes responsáveis pela expansão da industrialização de obterem estudos sobre as doenças ditas tropicais, com o objetivo de conhecer e controlar melhor os territórios considerados inóspitos, como África, Ásia e América Latina. No plano internacional, no tocante aos continentes africano, asiático e latino-americano, coube à Fundação Rockefeller o papel de estruturadora das ações legitimadoras – em nome do grande capital, mas em atuação supraestatal – em conjunto a diversos países, propondo ações de Estado, com modelos de organização e operação, com normas teóricas e práticas. Nessas campanhas, o grande capital depositara embriões da máquina estatal que lhe conviesse.

O grande capital e Saúde Pública: o exemplo da Fundação Rockefeller

Para uma maior compreensão da formação da Saúde Pública como política internacional do capital, dentro do período inicial de formação do capital monopolista, faz-se mister destacar alguns elementos da história da Fundação Rockefeller (FR)¹¹, braço forte das políticas assistencialistas do capital. Limitar-nos-emos a apresentar alguns dados entre sua fundação em 1913 e o final da década de 1940 (Bertolli Filho, 2002; Faria, 2002). Devemos considerar, no entanto, que no Brasil, em especial no Estado de São Paulo, no início do século XX, as políticas de Saúde Pública e as pesquisas laboratoriais tiveram grande a participação atuante da FR, num processo em que “as realizações dos serviços estaduais paulistas serviram como base para o desenvolvimento da saúde pública em outros estados brasileiros” (Faria, 2002, p. 561).

A FR fora criada em Nova York, com o propósito de promover o bem-estar da humanidade pelo mundo. A FR se constituiu com uma doação de cem milhões de dólares, de John D. Rockefeller, em dois anos. Os alicerces iniciais da FR eram: não aceitar donativos individuais, não aceitar empreendimentos locais, fazer-se ciente da aplicação às necessidades da comunidade. Em dezembro de 1913, a primeira outorga da FR foi a compra dos escritórios para a Cruz Vermelha em Washington DC, no valor de cem mil dólares. Também foi feita uma doação à Universidade John Hopkins a fim de ampliar o sistema de período integral de educação médica básica dos departamentos clínicos de medicina, cirurgia e pediatria. A Saúde, então, passa a ser a prioridade número um da FR. Nesse mesmo ano, a FR expandiu seus trabalhos para o exterior, criando a Comissão de Saúde Internacional, com orçamento de vinte e cinco mil dólares. Iniciou-se o apoio de vinte anos para o Escritório de Higiene Social, com o objetivo de pesquisar e educar o controle de natalidade, bem como educação sexual e saúde maternal. Estudos sociais e biológicos que influenciam o comportamento sexual terão apoio da FR. A presença na China da FR inicia-se já em 1914, para implantar o sistema ocidental de medicina.

No ano seguinte, a campanha contra malária ganhou agenda da FR, com projetos piloto nos estados de Arkansas e Mississippi, e mais 25 centros de pesquisa na América Latina. Mas a febre amarela é a que ganhou maior esforço concentrado para a Saúde Pública. A FR entendia que seria necessário ampliar o treinamento e formação de quadros para a Saúde Pública, criou-se assim a primeira escola de Saúde Pública junto à Universidade John Hopkins, em 1918. Logo após o final da Primeira Guerra Mundial, o apoio financeiro a países destruídos pela guerra é realizado pela FR.

1919 é o ano em que a FR iniciou seu apoio às ciências naturais, especialmente a física e a química, com quatro milhões e meio de dólares. Também nesse ano foi criada a Divisão de Educação Médica para ajudar as escolas de medicina estrategicamente localizadas em várias partes do mundo com o objetivo de ampliar os recursos e melhorar o ensino e pesquisa – o Brasil, como já mencionado acima, incluiu-se nesse projeto. Dois anos depois, São Paulo receberia uma doação de mais um projeto para construção de escolas de Saúde Pública, de um total de US\$ 25 milhões para o mundo.

Em 1925, foi criado o “barco da saúde” para navegar por rios e mangues na Tailândia com o objetivo de ser um dispensário flutuante para o tratamento do cólera. Um ano depois, a FR bancaria estudo para conhecer a influência dos filmes sobre a opinião pública – esse estudo seria realizado por John Grierson, quem cunharia o termo “documentário” para filmes de não ficção.

O ano de 1928 fora o ano das ciências sociais para a FR, que se concentraria em relações internacionais, estabilização econômica e administração pública, com donativos para pesquisa, conferências e publicações. Nesse

⁹ Sobre Finlay, ver www.ccs.saude.gov.br/revolta/personas/finlay.html, acessado em 23 ago. 2008.

¹⁰ Sobre Pasteur, www.bbc.co.uk/history/historic_figures/pasteur_louis.shtml, acessado em 23 ago. 2008.

¹¹ Extraído de www.rockfound.org, acesso em 12 abr. 2008.

ano, a FR se consolidou em cinco divisões: saúde internacional, ciências médicas, ciências naturais, ciências sociais e humanidades. A guinada para as ciências humanas (sociais e humanidades) percebeu-se quando de um grupo de arqueólogos, trabalhando em escavações de Atenas – Ágora –, recebeu um suporte financeiro por intermédio da Escola Americana de Estudos Clássicos.

De 1930 a 1939, a FR patrocinou muitos estudos humanísticos, como um dicionário crítico de textos de escritores da língua inglesa, como Geoffrey Chaucer (1343-1400) e Edmund Spenser (1552-1599). Durante a Depressão, houve a ênfase sobre a ciência social e a pesquisa em economia. Mas as ciências biológicas continuaram a ter seu apoio, como é o caso da biologia reprodutiva que, em 1931, realizaria estudos sobre contraceptivos. Na área da Saúde Pública, o ataque será contra a esquistossomose, no Egito, em 1932. A psiquiatria teria apoio para sua presença em hospitais escola nos Estados Unidos.

No ano seguinte, a vacina contra a febre amarela foi desenvolvida em Nova York, nos laboratórios da própria FR. Em 1936, apoio para a penicilina. Os trabalhos de Linus Pauling também tiveram apoio da FR.

Humanidades de novo: o apoio foi também para bibliotecas, museus, teatro, rádio, cinema, estudos americanos e coleção de materiais nativos dos Estados Unidos. No estado de Washington, mais de setenta mil pessoas assistiram a produções de obras de Shakespeare, por intermédio de empresas patrocinadas pela FR. Línguas como russo, turco e árabe tiveram apoio e foram encorajadas a serem aprendidas e pesquisadas (de onde vinha tal interesse nesses idiomas? Haveria alguma conotação política?).

O Brasil recebeu suporte para erradicar o mosquito transmissor da malária, *Anopheles gambiae*, em 1939.

Em 1940, a FR apoiou o trabalho de melhoramento do acelerador de partículas de Van de Graaff, importante ferramenta da física para o estudo dos núcleos dos átomos. Também não faltaram apoios para o desenvolvimento do microscópio de elétron, com laboratórios em várias universidades.

O apoio à agricultura nesse momento voltou-se para a América Latina, Índia e Sudoeste Asiático.

A década de 1940 foi considerada para a FR a década de apoio aos estudos das línguas, que culmina no desenvolvimento da metodologia do programa de treinamento de língua do exército norte-americano, com traduções, gramáticas, dicionários e bibliografias. É interessante notar, mais uma vez, o apoio às línguas. Seria plausível, para uma sociedade como a norte-americana, que se sente o centro do universo e desconhece sobremaneira a realidade da vizinha América Latina, e que fala, não por acaso, a língua do imperialismo, procurar entender o ‘outro’ – outras culturas e outros povos –, procurar se comunicar em idiomas que não o inglês?

México e agricultura, 1943: outro apoio para aumentar a produção agrícola por intermédio de pesquisa e desenvolvimento foi inaugurado junto ao Departamento Mexicano de Agricultura.

Em 1946, o MIT (Massachusetts Institute of Technology) recebeu da FR apoio para implementar estudo de desenho e construção do analisador diferencial mecânico, o precursor do atual computador. Um telescópio de 200 polegadas foi finalizado com o patrocínio da FR, em San Diego; havia sido 1928.

Retomando a relação da FR com o Brasil, faz-se mister ressaltar que essa atuação não seguiu um caminho de mão única, destacando um papel positivo no desenvolvimento das ciências no Brasil, potencializando um papel já ativo dos cientistas brasileiros no início do século XX. Nas palavras de Faria:

Não prevaleceu, entre os brasileiros, a mera importação de ciência e dos padrões profissionais norte-americanos. Pelo contrário, os interesses científicos e políticos da Rockefeller Fundação tiveram que estabelecer concessões claras aos interesses nacionais, sobretudo porque, ao aqui chegar, teve de se confrontar com um país dotado de boa tradição de pesquisa biomédica em centros de investigação do porte de Manguinhos e do Butantan (Faria, 2002, p. 586).

Saúde Pública e o Estado brasileiro

Observando o processo de formação da Saúde Pública com a presença da FR, pode-se afirmar que antes dessa instituição, o que se desenvolve no Brasil, a partir do final do século XIX, se caracteriza por um pragmatismo e subordinação às ciências básicas da medicina, tais como a parasitologia e a microbiologia. Essa fragmentação do conhecimento – esse, sim, considerado racional pela filosofia do imperialismo – é o resultado de uma postura ideológica e também metodológica em não considerar as manifestações dos fenômenos em sua totalidade.

Contrário a essa visão fragmentada e particularizada do mundo, a erradicação de endemias e epidemias se realiza por intermédio de políticas sociais, aplicando-se técnicas cientificamente produzidas pela humanidade apenas como instrumental dessa práxis.

A relação entre capital e Saúde Pública é fundamental para entendermos o processo de organização do mundo do trabalho fora dos muros das fábricas, no que concerne o controle dos corpos, como processo de

domesticação da vida da classe trabalhadora. Na relação Saúde Pública e forças produtivas e sociais, a qualificação da força de trabalho operária industrial nascente e o início da urbanização do país são elementos sobre os quais as políticas governamentais, desde o início do século XX, executarão o controle higienista, como ideal científico, não só no Brasil, mas em quase toda a América Latina (Stepan, 1991). A classe trabalhadora deve estar qualificada, inclusive nos aspectos relativos à saúde, para a nova organização do trabalho (Lyda, 1993, p.19).

Os fatores econômicos são determinações fundamentais para esta análise e encontram-se no bojo das discussões sobre a centralidade do trabalho na vida dos seres humanos. Mundialmente, o modo de produção capitalista tem-se perpetuado na (des)organização de países, nações e comunidades diversas, porém, historicamente, de forma heterogênea pelas diversas regiões do planeta. Todas as instâncias da vida sofrem influências da gerência do capital, em maior ou menor grau. Ainda do ponto de vista econômico, faz-se mister enfatizar que o capital tem um papel preponderante na organização da vida das pessoas, sim, considerando sua influência não apenas questão puramente mecânica, que atingiria somente o setor econômico da sociedade.

Do ponto de vista social, na Saúde Pública, a urbanização e a expansão do capital, “principalmente, nas últimas décadas do século XIX, obrigam os poderes públicos municipais e estaduais a criarem e/ou expandirem os serviços de higiene e saúde” (Decca, 1987, p. 73). Decca, ao estudar o cotidiano dos operários na cidade de São Paulo, mostra que as condições de higiene e saúde pública da classe operária eram precárias durante as décadas de 1920 e 30. Salários insuficientes, alimentação de má qualidade e péssimas habitações eram as causas (não únicas) do contágio dos trabalhadores por inúmeras doenças. Os médicos e higienistas desse período tinham preocupação eugênica sobre esses processos epidêmicos. Além disso, o “Serviço Sanitário do Estado de São Paulo tinha poucas dependências para auxílio médio ou assistencial efetivo” (Decca, 1987, p. 40).

Carlos Chagas¹², influente sanitário brasileiro, em 1921, afirmava que, mesmo que o Estado pudesse arcar com todos os custos econômicos para lutar contra as epidemias, não cabe a este desempenhar tal papel sozinho, pois as campanhas contra as doenças tropicais devem ter a participação da iniciativa privada (entra nessa classificação a Fundação, ligada ao então poderoso cartel Standard Oil Company) (Bertolli Filho, 2002) graças à boa compreensão e afeto dessa iniciativa, os quais Estado não possui (Chagas, 1921).

O Estado, por intermédio da engenharia sanitária e da polícia sanitária, desenvolveu ações campanhistas de controle de epidemias nas cidades nas primeiras décadas da República Velha. As ações em saúde desse momento estavam fortemente ligadas à manutenção da ordem socioeconômica. Num nível desesperador de sobrevivência, a classe operária poderia encontrar-se em terreno fértil para movimentos de revolta, o que coloca em perigo a ordem constituída (Singer et al, 1978). Nos estudos de Maria Cecília Donnangelo, em que essa autora articula a medicina às estruturas econômicas da sociedade capitalista, temos que:

Essa aplicação da medicina ao corpo, enquanto agente socialmente determinado da produção econômica, fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação da prática médica no processo de acumulação através de sua imediata articulação com a estrutura econômica, em particular com o momento da produção. Sinteticamente, tal perspectiva acentua o papel da medicina no processo de produção da mais-valia relativa através basicamente do aumento de produtividade do trabalho, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador possibilita a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho e, correspondentemente, a produção de mercadorias por custo mais reduzido (Donnangelo, 1979, pp. 34-5).

Em suma, o controle social através dos serviços de saúde – para garantir esse mínimo de sobrevivência da classe trabalhadora –, o saneamento básico e a profilaxia de epidemias, por exemplo, foram preocupações de vários sanitários, bioquímicos, médicos etc., pois esses problemas de saúde, suscitados desde a Revolução Industrial, afetavam o proletariado e as classes dominantes (estes também não ficavam imunes às epidemias, como já afirmado). A transição de um Brasil agrário para um Brasil que ganhava contornos industriais provocou mudanças abruptas na nossa formação histórica. Embora, os fatos não falem por si, eles nos dão a ideia dos caminhos engendrados por diversos fatos sócio-históricos que marcaram o começo do século XX, no Brasil. Assistimos, por exemplo, nos anos 1920, a alterações nas estruturas de um país majoritariamente agrário, tais como a Semana de Arte Moderna, a fundação do PCB, o tenentismo e a Coluna Prestes.

12 “Nem esqueçamos, nesse ponto, a obra incomparável da ‘Rockefeller Foundation’, instituição organizada para levar a todos os recantos do mundo os benefícios de um altruísmo nobilitante, e para dar aos povos, na mais lúdica exteriorização da solidariedade humana, um belo exemplo de amor e de confraternização universal” (Chagas, 1921).

Conclusões

No capitalismo concorrencial, que marca o século XIX, frente à força de trabalho, o Estado intervinha respondendo coercitivamente às lutas de massas exploradas, garantindo a exploração e a propriedade privada ao capital. No monopolista, para além desses fatores, o Estado assegura a reprodução e manutenção da força de trabalho, seja ela ocupada ou excedente, por intermédio, por exemplo, da previdência e da segurança social, momento em que ocorrem as funções econômicas e políticas de Estado.

A atuação estatal no capitalismo concorrencial (que se forma nas primeiras décadas do século XX) se dava a partir de ameaças à ordem burguesa, provocada pela classe trabalhadora ou quando esta colocava em risco global o fornecimento de força de trabalho para o capital. Permeado pelos interesses da classe trabalhadora, que se faz representar por partidos de massa, o monopólio, através do Estado por ele capturado, torna-se permeável a demandas dessa classe. Assim, por meio de políticas sociais, que legitimam as ações do próprio capital monopolista, o Estado burguês monopolista responde às demandas das massas.

O Estado preserva e controla a força de trabalho, com sistemas previdenciários, políticas educacionais e setoriais (habitação, reforma urbana e sanitária, obras viárias etc.). O Estado aparece, à primeira vista, como ente mediador de conflitos (ideia que se reforça pela ideologia burguesa), como se fora uma instituição autônoma – ou mero gestor de políticas sociais. No entanto, o Estado não tem a autonomia que, à primeira vista, aparenta possuir. Iniciamos com o pensamento de Mészáros e, com ele, encerramos:

Como estrutura de comando político abrangente do sistema de capital, o Estado não pode ser autônomo do sistema do capital, em nenhum sentido, pois ambos são um só e inseparável (Mészáros, 2002, p. 119).

Referências bibliográficas

- BARAN, Paul et SWEEZY, Paul. Capital monopolista: ensaio sobre a ordem econômica e social americana. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. Por uma história renovada da febre amarela e da vacina anti-amárica no Brasil. História, Ciência e Saúde-Manguinhos, v. 9, n. 1, abril 2002. Disp. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100011&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 10 jul. 2007. Doi: 10.1590/S0104-59702002000100011.
- BREILH, Jaime. Epidemiologia. Economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CHAGAS, Carlos. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro de 1921. In *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 04/02/1921. www.prossiga.br/chagas (Biblioteca Virtual Carlos Chagas da Fiocruz – RJ), em 15.10.04.
- DEAN, Warren. A industrialização de São Paulo (1880-1945). 2ª. ed. São Paulo: Difel, s/d.
- DECCA, Maria Auxiliadora Guzzo. A vida fora das fábricas: cotidiano operário em São Paulo (1920/1934). São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- DONNANGELO, Maria Cecília et PEREIRA, Luiz. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1979, 2ª. ed.
- ENGELS, Friedrich. Prefácio à Situação da Classe Operária na Inglaterra. In MARX, Karl et ENGELS, Friedrich. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-Ômega, s/d.
- _____. La situación de la clase obrera en Inglaterra: según las observaciones del autor y fuentes autorizadas. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- FARIA, L. R. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol.9(3). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, pp. 561-90, set.-dez. 2002.
- GARCIA, Nelson Jarh. O Estado Novo: ideologia e propaganda política: a legitimação do Estado autoritário

perante as classes subalternas. São Paulo: Loyola, 1982.

HOBBSBAWN, Eric. A era do capital. 1848-1875. São Paulo: Paz e Terra, 2000, 5ª. ed.

_____. Nações e nacionalismo desde 1780. Programa, mito e realidade. 2.a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

IYDA, Massako. Cem anos de Saúde Pública. A cidadania negada. Ed. Unesp, 1993.

LUKÁCS, Georg. Marxismo e questões de método na Ciência Social. In NETTO, José Paulo (org.). *Lukács*. São Paulo: Ática, 1981.

_____. Existencialismo ou marxismo. São Paulo: Senzala, 1967.

MARX, Karl. O capital. Crítica da economia política. Livro Primeiro. Vol. 1. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

MÉSZÁROS, István. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e serviço social. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

POULANTZAS, Nicos. O Estado, o poder, o socialismo. 3.a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

ROSEN, George. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

STEPAN, Nancy Leys. The hour of eugenics: race, gender, and nation in Latin America. Ithaca (EUA), Cornell University Press, 1991.

Outras Referências (internet)

www.victorianweb.org/history/chad1.html, acesso em 23.08.08.

www.bbc.co.uk/history/historic_figures/snow_john.shtml, acesso em 23.08.08.

<http://intranet.padgatehigh.warrington.sch.uk/Humanities/medicine/indtbi6.htm>, acesso em 23.08.08.

www.dec.ufcg.edu.br/biografias/GirolFrc.html, acessado em 23 ago. 2008.

www.ucmp.berkeley.edu/history/leeuwenhoek.html, acessado em 23 ago. 2008.

www.ccs.saude.gov.br/revolta/personas/finlay.html, acessado em 23 ago. 2008.

www.bbc.co.uk/history/historic_figures/pasteur_louis.shtml, acessado em 23 ago. 2008.

www.rockfound.org, acesso em 12 abr. 2008.