

Copyright © 2005 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-7541-580-X
1ª edição: 2005
1ª reimpressão: 2006

Capa, projeto gráfico
Carlota Rios

Imagem da capa:
Foto de Erik B. Pinto (Manifestação Popular Pró-Constituinte, 1987). Acervo: Radis/Eusp

Revisão e copidesque
Ana Proa

Suporte editorial (aos organizadores):
Rosana Soares Lima Temperini (Fiocruz) e Luciana de Deus Chagas (Opas)

Este livro contou com apoio da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)

Catálogo-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

L732s Lima, Nísia Trindade (org.)
Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. /
Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flávio
Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
504 p. tab., graf., mapas.

1. Democracia. 2. Saúde. 3. SUS (BR). – história. 4. Reforma sanitária.
I. Gerschman, Sílvia (org.) II. Edler, Flávio Coelho (org.) III. Título.

CDD - 20.ed. – 362.1

2006
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
<http://www.fiocruz.br/editora>



SAÚDE E DEMOCRACIA

HISTÓRIA E PERSPECTIVAS DO SUS

NÍSIA TRINDADE LIMA
SÍLVIA GERSCHMAN
FLÁVIO COELHO EDLER
JÚLIO MANUEL SUÁREZ

ORGANIZADORES

1ª Reimpressão



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

I. A SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO ESTADO NACIONAL NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Nísia Trindade Lima
Cristina M. O. Fonseca
Gilberto Hochman

Um dos temas mais freqüentes nos estudos sobre a gênese e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil consiste no legado com o qual a implantação do projeto de Reforma Sanitária teve de lidar: ações verticalizadas, centralização no governo federal, importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e setorialização, referindo-se este último termo à separação histórica entre saúde pública e assistência médica previdenciária. Tal herança não pode ser creditada ao regime militar, a despeito do expressivo crescimento da medicina privada, promovido pelas políticas de Estado naquele período.

As origens das demais características apontadas encontram-se em momentos anteriores, com a expansão da autoridade estatal por meio de políticas de saúde durante a Primeira República (1889-1930) e a institucionalização de um modelo verticalizado, centralizado e setorializado durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945). O processo histórico de construção desse modelo e os primeiros projetos de reforma durante o curto período democrático que antecedeu o regime militar de 1964 ainda estão a merecer esforços mais abrangentes de análise. Neste capítulo, procura-se contribuir para este objetivo, destacando-se a importância de uma reflexão sobre a história das políticas de saúde, em sua relação com o processo de construção do Estado Nacional.

O tema da herança recebida pelo movimento sanitário remete à discussão relativa às representações predominantes sobre o passado nacional. De fato, a forma como se concebe a história da saúde não é muito distinta de outros temas presentes na imaginação social e política brasileira. De modo simplificado, pode-se dizer que têm sido duas as tendências predominantes. Na primeira, própria aos atores que protagonizam processos de mudança, o presente é vivi-

do como uma espécie de marco zero no qual se elude qualquer possibilidade de continuidade histórica com os momentos pretéritos. Adotada por atores sociais com posições das mais diferenciadas no espectro político-ideológico, segundo essa perspectiva o olhar para o passado assume quase sempre o sentido de rompimento com uma tradição que se procura superar, tomando-se o presente como ponto de ruptura e, portanto, algo que prescinde da explicação histórica (Santos, 2005).

Foi o que ocorreu, por exemplo, com o movimento revolucionário de 1930 em relação à Primeira República – ou, como ficou mais conhecida, a República Velha, expressão cunhada pelos participantes daquele movimento e que se tornou de uso corrente. É o que acontece muitas vezes hoje nas análises sobre o Brasil que surge com a redemocratização pós-regime militar, em 1985, e, principalmente, depois da constituição de 1988. E também no que se refere ao discurso que, no início da atual década, sob a influência dos ventos neoliberais, preconizou o fim da Era Vargas, vaticinando um novo papel e formato para o Estado brasileiro.

Do mesmo modo, a eclosão de vigoroso movimento sanitarista na segunda metade da década de 1970, em pleno contexto autoritário, e a posterior institucionalização de muitas de suas teses na Constituição de 1988, tendem a ofuscar movimentos e propostas ocorridos em períodos anteriores. É importante acentuar a articulação de movimentos sanitaristas em outros contextos históricos, como o da Primeira República, no qual a saúde, pela via da política, foi alçada à posição de grande problema e, ao mesmo tempo, de solução nacional. Cabe ainda assinalar a importância atribuída a questões relativas à saúde nas propostas de civilização, tema recorrente em fins do século XIX e primeiras décadas do século XX, e de desenvolvimento, autêntica palavra-chave que pauta o debate nacional e internacional a partir da Segunda Guerra Mundial, com as sucessivas (re)qualificações desse termo: desenvolvimento econômico, social e humano.

A segunda tendência predominante na imaginação social e política brasileira caminha em direção oposta, qual seja a ênfase na continuidade, quase sempre de tudo aquilo que é negativo: a reiterada tese de que no Brasil nada mudou ao longo de mais de cinco séculos, persistindo uma realidade de desigualdades e exclusão social. Não se trata de contrapor imagens positivas e negativas sobre o país e seu processo histórico, mas de assinalar as transformações de grande magnitude ocorridas ao longo das últimas quatro décadas, entre elas o elevado grau de urbanização, a formação de expressivo elei-

torado, a crescente complexidade do Estado e da sociedade, inclusive com a articulação de novos interesses. Em período recente, destaca-se ainda a efetivação de direitos políticos, não obstante os sérios obstáculos à conquista da cidadania social e civil.

Em ambas as vertentes assinaladas, são criadas dificuldades para a compreensão do presente pelo recurso à perspectiva histórica e, ao mesmo tempo, para se identificar os futuros possíveis, com base em visão não-linear dos processos de mudança e no reconhecimento da complexa dialética entre constrangimentos e ação humana. Analisar por novos ângulos a história social, econômica e política consiste em condição indispensável para que se avalie alternativas possíveis em direção a uma sociedade mais justa, democrática e em que efetivamente se promova maior equidade.

O papel das políticas de saúde na formação das noções de cidadania, na construção dos Estados Nacionais e das burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre Estado e sociedade tem sido crescentemente reconhecido. No Brasil, pesquisas realizadas desde a década de 1980 apontam para o fato de as políticas, instituições e idéias mobilizadas em torno desse tema serem constitutivas da formação do Estado Nacional, dos processos de extensão da cidadania e da imaginação social. Com base em tal compreensão, neste texto procurou-se relacionar a constituição do setor saúde à história política do Brasil, assumindo, para tanto, a periodização já consagrada.

Deste modo, na primeira parte, encontra-se uma breve discussão sobre o movimento de Reforma Sanitária durante a Primeira República (1889-1930), período claramente identificado como um regime oligárquico. Naquele momento, a saúde foi objeto de intenso movimento intelectual e político, sendo vista como o “problema vital brasileiro”, como a ela se referiu o escritor paulista Monteiro Lobato (1957). Destaca-se também que as políticas de saúde implementadas a partir de fins da década de 1910 tiveram um papel importante no aumento da penetração do Estado na sociedade e no território do país.

Na segunda parte, são analisadas as transformações que têm início com a chamada Revolução de 1930, momento em que se fortalece o aparato estatal em saúde, consolidando-se um modelo verticalizado e setorializado, ao mesmo tempo em que se verifica a formação de uma burocracia pública fortemente profissionalizada e que teria um papel político relevante nas décadas que se seguiram. Por fim, são apresentadas as mudanças e perspectivas observadas no período de democratização, que tem início em 1946 e é interrompido com o golpe militar de 1964.

Saúde na República oligárquica (1889-1930)

Proclamada a República em 1889, em um país recém-liberto da escravidão e há pouco mais de sessenta anos do passado colonial, o período que então se iniciou e se estendeu até a eclosão do movimento armado liderado pelo gaúcho Getúlio Vargas, em 1930, tem sido percebido até hoje como uma espécie de hiato na formação do Estado brasileiro. O domínio oligárquico que o caracterizou contribuiu para a consolidação de uma imagem que acentuava dois atores políticos: os coronéis, artífices da prática política concreta em um sistema político no qual a competição eleitoral era praticamente ausente; e os bacharéis, protagonistas de uma espécie de salão literário da política, que, de fato, seria definida pelas oligarquias, conforme a representação usual que se construiu a respeito das elites intelectuais e políticas dos primeiros anos do século XX.

A força dessa imagem favoreceu, provavelmente, o fato de a Primeira República não despertar, por muito tempo, o mesmo interesse intelectual que os estudos políticos sobre o império ou sobre o governo Vargas, vistos como momentos estratégicos na construção do Estado Nacional (Lessa, 1988, 1998). Deve-se acentuar que os estudos históricos voltados a temáticas da saúde vêm contribuindo para a revisão desse período, enfatizando o papel da saúde na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, capaz de superar a imagem negativa referida às teses de inferioridade climática do país e racial da população brasileira. Um dos temas centrais nesses trabalhos é o movimento sanitarista da Primeira República, expressão das mais importantes dos projetos nacionalistas e de reforma social que se intensificaram no contexto da Primeira Guerra Mundial (Labra, 1982; Castro Santos, 1985, 1987; Hochman, 1998; Lima, 1999).

O debate sobre os problemas da saúde não pode ser dissociado da forma como era abordada a questão nacional no Brasil desde a virada do século XIX para o século XX (Oliveira, 1990; Skidmore, 1976). Que o país não constituía uma nação era voz corrente: nenhum sentimento de nacionalidade era percebido no povo. Era freqüente a reprodução de frases como a do naturalista Saint-Hilaire em um dos relatos de suas viagens científicas: havia um país chamado Brasil, mas não havia brasileiros. Para alguns intelectuais, os obstáculos representados pela natureza tropical eram insuperáveis. Para outros, os mais graves problemas para o esforço civilizatório e de construção nacional radicavam-se na diversidade racial e, sobretudo, na inferioridade atribuída a negros, indígenas e mestiços.

Além desses fatores de natureza mais determinista, desde o Império, como se vê nos escritos de José Paulino de Souza, o Visconde do Uruguai, apontavam-se tendências centrífugas do processo histórico e político brasileiro, o que se expressaria com bastante rigor nas primeiras décadas do século XX nas obras de Alberto Torres e Oliveira Vianna. Para esses dois últimos autores, a Primeira República acentuava as tendências centrífugas, caracterizando-se, entre outros aspectos, pelo domínio das oligarquias estaduais e por uma coalizão federal de poderes locais atomizados (Santos, 2002, 2005). Nessa perspectiva, o município era visto como uma ficção no Brasil, expressão de poderes econômicos locais e subordinado à lógica das oligarquias regionais. Muitas vezes, estabelecia-se diálogo com perspectivas como a de Alex de Tocqueville, em seus textos sobre o autogoverno na sociedade norte-americana, para se ressaltar o quanto a realidade de daquele país era distinta da experiência histórica brasileira.

O grande tema dos movimentos intelectuais do período consistia na construção da nacionalidade brasileira e de como se esboçar projetos de organização nacional que fortalecessem a presença do Estado em todo o território nacional. Devem ser ressaltadas, entre outros obstáculos, as dificuldades para o estabelecimento de um mercado nacional devido, entre outros fatores, à existência de impostos interestaduais. Além dos limites para a circulação de bens econômicos, outro problema encontrava-se na dificuldade de circulação de serviços e idéias, o que demandava a criação de infra-estrutura estatal adequada e de um sistema de comunicação que integrasse o país. A criação da radiocomunicação, com início na década de 1920,¹ e dos correios e telégrafos, já na década de 1930, foram medidas importantes nessa direção.

País predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% no censo de 1920 – analfabetos e doentes, como apregoaram os que se engajaram no movimento sanitarista da época –, este era o Brasil das três primeiras décadas do século XX. Naquele contexto, emergia a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação de interesses. No plano político, havia baixa competição, pouca credibilidade dos processos eleitorais e forte resistência das oligarquias regionais às propostas que fortalecessem o governo federal. Tal era o tamanho do problema nacional a ser enfrentado.

¹ A primeira emissora de rádio no Brasil foi criada em 1923, pela Academia Brasileira de Ciências, com o propósito de atender a um projeto de educação e divulgação científica. A criação de um sistema nacional de radiocomunicação como política pública só viria a ocorrer, entretanto, após 1930.

No âmbito das políticas sociais, pela Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento, assim como pelas de educação. As medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter um reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no país. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte. A Lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões tem sido apontada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores públicos e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados.

Historicamente, as possibilidades de rompimento com a prática oligárquica foram acompanhadas em todos os países capitalistas por três crises: a de integração nacional, a de participação política e a de distribuição de riqueza. Em países como o Brasil, tais crises ocorreram simultaneamente e este fato teve profundas implicações para o desenho das políticas sociais, sobretudo a partir de 1930 (Santos, 2005).

Uma das questões mais instigantes no enfrentamento dessas crises diz respeito às possibilidades para a inclusão de novos segmentos da população no universo da cidadania: proteção aos pobres, direitos sociais (como os relativos à saúde e à educação), extensão do direito de voto, entre outros temas. A importância de questões referidas à saúde nesses processos é enfatizada no trabalho de De Swaan (1990) sobre o processo histórico de coletivização do bem-estar. Estabelecendo diálogo com a perspectiva desse autor, o estudo realizado por Hochman (1998) demonstra, no caso brasileiro, a forte interação da transformação da saúde em bem coletivo com o processo de expansão da autoridade estatal.

As políticas de saúde – cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910 – encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foram o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas com o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com

a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país. Expressaram, ademais, a reunião de cientistas e intelectuais do período em torno de um projeto civilizatório que afirmava a possibilidade de construção nacional no país e o quanto este dependia de políticas públicas em áreas como saúde e educação. A compreensão sobre a gênese do movimento sanitarista da Primeira República é favorecida quando se identificam as afinidades que foram se estabelecendo entre uma comunidade de cientistas em formação, projetos intelectuais e políticos de cunho nacionalista e propostas políticas de expansão da autoridade estatal no território e de redefinição do pacto federativo.

A atenção para as epidemias nas cidades, como a de peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970) –, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo (Benchimol e Teixeira, 1993; Stepan, 1976; Luz, 1982). Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública.

Além de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, entre outros, destacam-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições. As ações realizadas nesse período fizeram com que Rui Barbosa, expressão do pensamento liberal e do estilo dos bacharéis, afirmasse ter Oswaldo Cruz realizado, com a campanha contra a febre amarela, a verdadeira abertura dos portos do Brasil (Barbosa, 1999).

Se o palco inicial das intervenções sanitárias e urbanas foi o Rio de Janeiro, então capital da República, e centros urbanos do Sudeste, particularmente São Paulo, logo ações semelhantes ocorreram em cidades de outras regiões brasileiras.² Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República. Sob a liderança da nova geração de médicos higienistas,

² Essas ações, menos conhecidas, estão a merecer esforços sistemáticos de pesquisa que analisem, por exemplo, as propostas e atividades de sanitaristas como Rodolfo Teóphilo, no Ceará, com sua ênfase na importância da educação e da vulgarização dos conhecimentos científicos, e os que se dedicaram a campanhas pelo saneamento das habitações populares em cidades do Nordeste, como a proposta de higienização dos mocambos em Recife.

formados sob a orientação dos recentes conhecimentos e estilos de ciência ancorados na bacteriologia, teve como foco inicial os principais portos e centros urbanos. A partir da década de 1910, começou a ganhar força o movimento pelo saneamento rural, ou saneamento dos sertões, referência mais freqüente nos textos de época.

Os primeiros anos da República já haviam sido palco de um expressivo movimento de valorização do sertão, seja como espaço a ser incorporado ao esforço civilizatório das elites políticas, seja como referência da autenticidade nacional. Datam desse período importantes expedições ao interior, como as de Cândido Rondon, as da Comissão Geológica de São Paulo, a do astrônomo Louis Cruls ao Planalto Central, em 1892, visando à mudança da capital, e as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz (Lima, 1999). As primeiras viagens científicas promovidas por essa instituição ocorreram quando ela já se consolidara como centro de pesquisa experimental. Inicialmente, destinaram-se ao desenvolvimento de trabalhos profiláticos, sobretudo de combate à malária, que acompanharam ações relacionadas às atividades exportadoras, base da economia do país: construção de ferrovias, saneamento dos portos e estudos voltados ao desenvolvimento da extração da borracha na Amazônia.

Na década de 1910, importantes viagens ocorreram por requisição da Inspeção de Obras Contra as Secas. Seu objetivo era realizar amplo levantamento das condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões percorridas pelo rio São Francisco e de outras áreas do Nordeste e Centro-Oeste. Entre essas, a que alcançou maior repercussão foi a organizada por Arthur Neiva e Belisário Penna, em 1912, cuja publicação do relatório, quatro anos mais tarde nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, e sua divulgação pela imprensa levaram o médico Miguel Pereira a proferir a célebre frase: “O Brasil ainda é um imenso hospital” (Lima, 1999; Casa de Oswaldo Cruz, 2001).

Foi se delineando a imagem de um Brasil doente e foi questionado o discurso romântico sobre o sertão como espaço saudável. A repercussão do relatório deve também ser relacionada ao clima político e intelectual vivido com a eclosão da Primeira Guerra Mundial, o que propiciou intenso debate sobre a questão nacional. Porém, o imaginário sobre o sertão e a idéia da existência de dois países – o Brasil do litoral e o Brasil dos sertões – influenciava sensivelmente os projetos intelectuais do período. A tese do isolamento do sertanejo, defendida por Euclides da Cunha em *Os Sertões*, passou a ser qualificada como abandono dos sertanejos pelo poder público, como sustenta-

ram os participantes do movimento sanitário da Primeira República. Desse abandono resultaria o grave quadro de doenças endêmicas existente no país. A doença generalizada passou, então, a ser apontada como razão para o atraso nacional, permitindo que fossem revistas idéias sobre a inferioridade racial dos brasileiros (Lima, 1999).

Liderado inicialmente por médicos com atuação na saúde pública e que se reportavam à liderança científica e política de Oswaldo Cruz, o movimento pelo saneamento rural mobilizou crescentes setores das elites intelectuais e políticas brasileiras. Na criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, ao lado de médicos como Belisário Penna e Juliano Moreira aderiram militares como Cândido Rondon, literatos e líderes políticos, inclusive o presidente da República da época, Venceslau Brás. A tese do saneamento assumiu o significado de uma ‘idéia força’, para usar a expressão cunhada por Monteiro Lobato. Em suas palavras:

Idéias há que ferem fundo e se propagam com tal rapidez, coligem tal número de adeptos, empolgam de tal forma o espírito, explicam com tal lucidez tantos fenômenos desnordeadores que, ainda em meios de opinião rarefeita como o nosso, passam rapidamente da fase estática para a dinâmica. Fazem-se força, e levam de roldão todos os obstáculos. A idéia do saneamento é uma (...) E a idéia força caminha avassaladora. Avassaladora e consoladora, porque o nosso dilema é este: ou doença ou incapacidade racial. (Lobato, 1957: 297)

A influência das idéias do movimento sanitário pode ser aferida na trajetória de Jeca Tatu, personagem símbolo dos pobres na literatura brasileira. Retrato estereotipado do ‘caipira’, o caboclo paulista foi concebido originalmente por Monteiro Lobato como um parasita da terra, marcado pela preguiça e inferioridade racial. Em contato com as teses do movimento sanitário durante a década de 1910, Lobato recriou o personagem: a partir daquele momento, seria um brasileiro redimido pela higiene. O movimento sanitário da Primeira República transformou a saúde em questão social e política – o grande obstáculo à civilização.

Uma das características de mais longa duração no pensamento social brasileiro pode ser apontada como a mudança no modo de se pensar o país e os problemas das populações, sobretudo rurais, com a revisão das teses que enfatizavam a inferioridade racial e a ênfase no tema do abandono pelo poder público como principal obstáculo aos projetos civilizatórios. Nas décadas que se seguiram à campanha pelo saneamento, importantes cientistas sociais –

entre eles, Gilberto Freyre, Florestan Fernandes, Emilio Willems e Antonio Cândido – estabeleceram intenso diálogo com as representações sobre a sociedade brasileira que tiveram origem no movimento sanitarista (Lima, 1999).

No que se refere aos efeitos políticos, o movimento sanitarista da Primeira República alcançou importantes resultados, com implicações institucionais imediatas e papel efetivo no processo de expansão da autoridade estatal sobre o território, nos anos de 1910 e 1920, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública, algo que se tornou realidade após 1930. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, dirigido até 1926 por Carlos Chagas.

No início, o movimento defendeu a criação de um ministério autônomo, à semelhança de outros movimentos liderados por sanitaristas em países latino-americanos (Lima, 2002). A proposta de criação do ministério esbarrou, contudo, em forte oposição de oligarquias rurais que o apontavam como uma ameaça ao princípio da autonomia estadual. Quanto à liderança de Carlos Chagas, deve ser explicada por um complexo conjunto de fatores que incluíam desde sua liderança no Instituto Oswaldo Cruz, seu prestígio científico e sua atuação na organização das ações de saúde pública durante a epidemia de gripe espanhola, em fins de 1918 (Hochman, 1998).

A nova estrutura estatal na área da saúde é um indicativo de algo apontado em trabalhos que contradizem a visão corrente sobre a Primeira República. Trata-se de evidência expressiva para o argumento que defende ser a dominação oligárquica compatível com o crescente processo de centralização e intervenção estatal (Reis, 1979, 1982, 1991; Hochman, 1998). Deve-se ainda notar que a imagem de um Estado praticamente inexistente e de um liberalismo absoluto durante a Primeira República refere-se ao papel do Estado como agente produtivo, uma vez que seu papel regulatório foi bastante acentuado, especialmente no que diz respeito à produção e comercialização do café, principal atividade econômica do país no período (Santos, 2005).

As mudanças políticas implementadas com a criação do DNSP e dos postos de profilaxia rural, que acompanharam a centralização das políticas de saúde federais, remetem ao debate sobre as tendências antioligárquicas e os conflitos intra-oligárquicos que se manifestaram na década de 1920 e culminaram com a Revolução de 1930. A criação do DNSP foi o resultado de intenso processo de negociação política, envolvendo sanitaristas, governo federal, estados e poder legislativo.

De acordo com a Constituição de 1891, o princípio do federalismo determinava que cabia aos estados a responsabilidade por ações de saúde e saneamento. No que se refere às políticas sociais, verificou-se, na área da saúde, o desenvolvimento de uma política social pública e nacional, resultado de um amplo processo de negociação entre os entes federativos. O período da Primeira República pode ser caracterizado como a 'era do saneamento' (Hochman, 1998), identificando-se o período de 1910 a 1930 como de crescimento da consciência das elites em relação aos graves problemas sanitários do país e da percepção de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde das populações e ao saneamento do território. No que se refere ao pacto federativo sobre o qual se alicerçou o regime oligárquico da Primeira República, verifica-se que, com a reformulação dos serviços sanitários e a criação do DNSP, foi possível aos estados:

obter auxílio federal mediante acordos para ações de saúde e saneamento. Esses convênios viabilizaram a ação do poder central nos estados, sem ferir suas respectivas autonomias. Ao longo do tempo, houve o crescimento das atividades públicas em saúde e saneamento em todo o território nacional, tanto do governo federal, como de governos estaduais que passaram a desenvolver seus próprios serviços. São Paulo foi praticamente o único estado que se dedicou a uma ampla política sanitária, desde o início da República, e que se manteve autônomo em relação aos serviços federais. A era do saneamento não significou a resolução de todos os complexos problemas de saúde pública, mas legou uma infra-estrutura estatal, com a autoridade sanitária presente em grande parte do território brasileiro. (Hochman, 1998: 40)

Desse modo, pode-se analisar a importância e a magnitude dessa mudança sem adotar como parâmetro seus resultados mais imediatos no que se refere ao impacto sobre a qualidade de vida e as condições de saúde da população. Trata-se de identificar o processo de expansão da autoridade pública e da infra-estrutura sanitária correspondente, aspecto crucial se entendemos que a construção do Estado nacional integra dimensões jurídicas, simbólicas e materiais.

Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central. O período que se inicia em 1930, visto como marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, é tributário desse processo de expansão da autoridade estatal por meio da adoção de políticas e ações de saúde orientadas por

princípios e estratégias comuns, resultado das interfaces das idéias defendidas pelo movimento sanitarista da época e do complexo processo de negociações que envolveu estados e o governo federal.

Saúde pública no governo Vargas (1930-1945)

O primeiro governo Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente. Esse processo ocorreu em meio a um quadro de instabilidade e disputas políticas, que caracterizou o imediato pós-30, trazendo implicações para a área da saúde pública.

As políticas de saúde, então implementadas, corresponderam a alterações nos campos político, ideológico e institucional, bem como à recomposição no formato de interação entre eles. Na esfera política, observa-se o aguçamento das diferenças intra-oligárquicas, com o redesenho dos poderes federativos e de seu papel na dinâmica política nacional. Na esfera ideológica, assistiu-se a um gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional, acompanhado de medidas que favoreceram sua implementação. E na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), o qual passou por sucessivas reformulações. As características apresentadas por cada um desses campos incluíam heranças das décadas antecedentes, mas, a partir de 1930, assumiram efetivamente novos significados, compatíveis com as mudanças no quadro político nacional.

Inicialmente, o período compreendido pelo Governo Provisório (1930-34) foi marcado por uma grande instabilidade política, reflexo, entre outras razões, da heterogeneidade de forças que haviam se aliado durante o processo revolucionário. Naquela conjuntura política, tornou-se evidente que o setor agro-exportador brasileiro passava por uma crise de hegemonia, identificada principalmente nas dissidências regionais. Como os demais setores da sociedade – no caso os grupos agrários não ligados ao café e os grupos urbanos emergentes – não se encontravam suficientemente coesos para se constituir como força política hegemônica, os desdobramentos do movimento de outubro de 1930 ficaram sujeitos às disputas políticas entre as diferentes facções que

havam se agrupado em torno da Aliança Liberal, particularmente entre tenentes e oligarquias dissidentes (Gomes, 1980).

As diferenças regionais no plano político foram acompanhadas pela diversificação das atividades e dos interesses econômicos, com destaque para o surto industrial deste período (1929-39), fenômeno nada desprezível e que acompanhou a substituição da atividade agrícola em determinadas regiões do país. Um fator de crucial importância foi a crise mundial do capitalismo em 1929, com suas implicações para a economia dos países dependentes da exportação de produtos primários. As mudanças na esfera econômica foram traduzidas, assim, em relativo deslocamento da produção do setor exportador para o setor de produção voltado para o mercado interno, incluindo a atividade industrial (Diniz, 1983).

Com a diversificação da economia, novos interesses surgiram, pressionando a antiga ordem e sua estrutura de poder. Questionava-se a forma de organização política em vigor que inviabilizaria a participação das forças sociais emergentes. Ou seja, a perda da hegemonia do setor cafeeiro contribuiu para acirrar as cisões regionais. Entretanto, nenhum dos grupos em confronto logrou impor-se aos demais, o que levou a uma reformulação no esquema de alianças entre os grupos dominantes. Isso talvez explique por que não houve uniformidade na política econômica implementada, coexistindo medidas favoráveis à industrialização com outras que visavam a amparar os interesses agrários tradicionais (Fausto, 1970).

Essa diversidade de interesses na disputa por maior influência no governo federal esteve presente durante todo o período compreendido pelo Governo Provisório (1930-34), estendendo-se pelo período constitucional (1934-37). Tais divergências se refletiram nos acordos e nas conspirações que marcaram a prática política do período, como também, no campo ideológico, nas concepções que orientaram diferentes projetos políticos para o país. Em especial a partir de 1933, essas diferenças foram observadas nos debates travados no interior da Assembléia Nacional Constituinte. Os tenentes, apoiados em uma crítica acentuada ao liberalismo, o qual associavam à prática política vigente na Primeira República, defendiam um modelo de Estado nitidamente centralizador e intervencionista. Já os setores oligárquicos dissidentes lutavam pelo federalismo como modelo de Estado ideal, interessados em manter a autonomia estadual e restringir a interferência da União.

O universo temático do debate político e ideológico esteve direcionado para o papel do Estado diante dos problemas sociais, enfatizando a construção da Nação como princípio norteador das políticas adotadas. As críticas ao liberalismo eram sistematicamente reiteradas, com base nas interpretações elaboradas por intelectuais que ganhavam repercussão naquele momento.³ A noção de interesse nacional – normalmente identificado pelos autores como o bem comum de toda a população – aparecia em oposição às especificidades regionais, que estariam vinculadas ao poder local e a interesses privados. Criticava-se o papel tradicional das oligarquias brasileiras e o obstáculo que representavam ao desenvolvimento econômico, político e social, o que teria sido acentuado pelo ‘excesso’ de federalismo durante a Primeira República.

A avaliação sobre a política partidária também era influenciada por essa linha de interpretação, que enfatizava o predomínio do interesse local sobre os interesses e as necessidades da Nação e percebia os senadores e deputados como representantes das facções locais que os elegiam. As idéias defendidas por Oliveira Vianna, por exemplo, na defesa de um governo centralizador e autoritário, bastante próximas às propostas nacionalistas já anteriormente difundidas por Alberto Torres, apontavam a organização do Estado Nacional como o único caminho para que o país saísse da crise em que se encontrava e dirigisse os seus destinos (Camargo, 1989). A política social que começou a ser esboçada por Vargas a partir de 1930, e que se intensificou principalmente no pós-37, representava sob vários aspectos o eco destas interpretações. Como argumentava Oliveira Vianna: “O nosso grande problema é justamente libertar o governo ou a administração nacional da influência desses partidos locais, que nunca se puderam tornar nacionais, apesar dos grandes esforços dos grandes estadistas do Império” (Vianna, 1987: 131, grifos do autor).

Em suma, as questões que obtiveram relevância no debate intelectual do período estiveram direcionadas para o tema da relação entre o governo central e os Estados, através do contraponto entre Nação e Federação, entre centralização e descentralização, aí incluindo as definições sobre o papel que deveriam desempenhar os municípios e suas relações com o governo central.

Com este quadro interpretativo e diante das condições de instabilidade política que marcaram os primeiros anos da década de 1930, as mudanças

³ Entre os autores que trataram destas questões, encontram-se Oliveira Vianna, Azevedo Amaral, Alberto Torres, Francisco Campos, Nestor Duarte e Almir de Andrade.

significativas na esfera institucional da saúde só começaram a ser efetivadas a partir de 1934, ano em que Gustavo Capanema assumiu o Mesp, dedicando-se, desde logo, à realização de ampla reforma nas instituições que compunham essa agência estatal.

Até aquele momento, as divergências observadas em relação ao futuro político do país haviam repercutido sobre o recém-criado ministério, buscando-se definir um formato institucional compatível com o projeto político vitorioso nas disputas desencadeadas no pós-30. Os primeiros anos do Mesp foram marcados pela indefinição e pela inconstância de propostas e projetos, o que se refletiu na alternância da pasta ministerial. Em seus quatro primeiros anos, ela foi conduzida por três ministros – Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Pires –, até que, após a promulgação da nova carta constitucional, Gustavo Capanema foi indicado para o cargo, nele permanecendo até o final do governo Vargas.⁴

Em sua dimensão institucional, as ações públicas de saúde acompanharam as distinções estabelecidas entre o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e o Mesp. Muito além de uma simples divisão e especificação de funções em razão da área de atuação de cada órgão, em um contexto de reestruturação e consolidação de políticas sociais, a separação correspondeu a um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais.

De um lado, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, desenvolvida no MTIC, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. Era destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos que definiam aqueles reconhecidos como cidadãos, caracterizando o que foi definido por Wanderley Guilherme dos Santos como ‘cidadania regulada’ (Santos, 1998). Do outro lado, no Mesp, atrelada à educação, ficou a saúde pública. Ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária. Ao Mesp cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam

⁴ A substituição no ministério obedeceu a seguinte seqüência cronológica: Francisco Campos (18 nov. 1930 a set. 1931), Belisário Penna (set. 1931 a dez. 1931), Francisco Campos (jan. 1932 a set. 1932) e Washington Pires (set. 1932 a jul. 1934).

atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários.⁵

Essa definição a respeito do reconhecimento de direitos sociais implicou, ao mesmo tempo, a associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviços voltados predominantemente para a população rural.⁶ Um texto publicado em 1948 pelos sanitaristas Ernani Braga e Marcolino Candau sintetiza com rara sensibilidade este fato:

No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, vêm-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade. (Candau e Braga, 1948: 21)

Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, que intensifica sua institucionalização exatamente nesse contexto, formalizando no campo da saúde uma separação que até então vinha sendo apenas esboçada. Iniciou-se, portanto, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil.

Nesse período, a política de saúde expande e torna mais complexa a configuração do processo de construção material e simbólica do Estado Nacional, que experimentara, como já foi visto, um desenvolvimento importante nas décadas de 1910 e 1920, quando a saúde pública, definida como elemento constituinte do projeto de construção da nacionalidade, viabilizou a presença do poder público em diversas regiões do país, através da criação do DNSP e da instituição de postos de profilaxia rural no interior (Hochman, 1998; Lima, 1999).

⁵ Para uma análise abrangente da história da assistência médica previdenciária, ver Oliveira e Teixeira (1986) e Malloy (1986).

⁶ Deve-se observar que o reconhecimento de direitos sociais para os trabalhadores rurais só viria a ocorrer em 1973, com o estabelecimento do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

No novo cenário político desencadeado a partir de 1930, as alterações institucionais adotadas no campo específico da saúde pública estiveram relacionadas aos parâmetros ideológicos, que subsidiaram as análises relativas à sociedade brasileira, e aos interesses e conflitos políticos em maior evidência nesse processo de transição. As mudanças institucionais apresentaram relação direta com os projetos políticos do governo em vigor, ao mesmo tempo em que dependiam diretamente das oscilações políticas e dos interesses em conflito. A política social do governo Vargas fortaleceu o processo de construção do Estado Nacional, evidenciando as inter-relações das dimensões política, ideológica e institucional.

A política de saúde pública foi definida a partir de critérios que privilegiaram uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização executiva, criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais. O desenho institucional acompanhou o projeto político ideológico do governo de constituição do Estado Nacional brasileiro, estabelecendo mecanismos burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativas – federal, estadual e municipal.

Gradativamente foram sendo criados novos órgãos e reformulados os que já existiam, fortalecendo-se uma estrutura centralizada e hierárquica com o intuito de estabelecer mecanismos para normalizar e controlar a execução das atividades de saúde em todo o país. O ministro Capanema contou com a colaboração direta de João de Barros Barreto, médico sanitário nomeado diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) – o qual, após 1937, substituiu o DNSP –, um dos principais órgãos do Mesp, responsável pela execução das ações de saúde pública em todo o país.

A falta de orientação dos dirigentes estaduais, a ausência de técnicos especializados e a carência de recursos financeiros eram os problemas que, na avaliação de João de Barros Barreto, demandavam uma ação mais efetiva do governo federal nos estados. Para solucioná-los, o diretor do DNS acentuava a dificuldade de centralizar a administração sanitária devido à grande extensão territorial do país. Em sua perspectiva, era mais sensato coordenar as ações através de normas gerais bem definidas.

A partir daí, teve início um período de intenso trabalho normativo com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários, que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes, acompanhando o processo de burocratização do Estado,

que se intensificava. O próprio diretor do DNS elaborou um minucioso código de normas para a organização estadual da saúde pública em todo o país, que previa, entre outras ações, a reforma nos sistemas estaduais de saúde para implementação de um sistema distrital de centros de saúde, a realização de cursos de especialização para técnicos do setor juntamente com a criação das respectivas carreiras profissionais e a reformulação do modelo de financiamento às atividades de saúde pública (Barros Barreto, 1937).⁷

A reforma administrativa no Mesp, em 1941, conduzida por Barros Barreto, implicou a verticalização das ações de saúde, a centralização e a ampliação da base territorial da ação do governo federal. A análise do organograma do DNS, após a reforma, indica a segmentação das ações em serviços nacionais voltados a doenças específicas: febre amarela, malária (serviço ao qual se subordinavam ações contra a doença de Chagas e a esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais. Tal estrutura, baseada em ações e campanhas verticalizadas, manteve-se praticamente inalterada até 1956, quando, em decorrência da criação do Ministério da Saúde em 1953, houve a integração de parte expressiva dos serviços no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Fonseca, 2001).

As novas diretrizes adequavam-se em muitos aspectos às propostas que vinham sendo debatidas em fóruns internacionais, preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, incorporando as prioridades definidas para a ação pública em saúde pela agenda dos congressos e conferências patrocinados pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas). No período de 1930 a 1945, a Opas realizou vários congressos internacionais, mantendo uma agenda regular de debates relativos à política de saúde e procurando se consolidar como fórum de interação entre os diversos países da América Latina.⁸

O modelo de gestão em saúde adotado no Brasil adequou as propostas defendidas nos encontros internacionais às características do contexto político e do projeto ideológico do novo governo, enfrentando as condições específicas da realidade brasileira e os interesses em jogo na área de atuação do ministério. Estabeleceu-se um padrão de atuação pública que combinava centralização nor-

⁷ Barros Barreto orientou-se por vasta literatura internacional, em sua grande maioria norte-americana, deixando clara a influência sobre as propostas que apresentava para o modelo institucional de saúde que vinha sendo adotado no país. O autor se baseou também na experiência de determinadas cidades dos Estados Unidos que havia visitado.

⁸ Neste período, a Opas patrocinou a realização da IX, X e XI Conferência Sanitária Pan-Americana, em Lima (1934), em Bogotá (1938) e no Rio de Janeiro (1942). Além disso, promoveu nos anos intercalados a este evento a III, IV e V Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde, em 1936, 1940 e 1944, todas realizadas em Washington (Lima, 2002; Barros Barreto, 1936, 1941, 1944).

mativa e descentralização executiva, canalizando para a instância administrativa estadual o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, sob a orientação do governo central.

Atendendo a esses objetivos, foram criados distritos sanitários que podiam variar em extensão como também no número de municípios que os constituíam, nos quais foram instalados postos de saúde fixos ou itinerantes com o intuito de chegar às regiões do interior dos estados. O fortalecimento da instância estadual como foco de controle político era tão evidente que, entre as medidas previstas no processo de implantação do sistema distrital, o governo central aventava a possibilidade de não existirem serviços de saúde mantidos pelos municípios.

Privilegiando a esfera estadual como foco de controle e irradiação da política pública a ser adotada, a direção nacional de saúde estabelecia um vínculo direto tanto com os diretores estaduais de saúde como também com os dirigentes políticos locais que, nesse momento, já se encontravam sob o regime de interventorias. Dessa forma, esse modelo de ação hierarquizado possibilitava, também, maior controle do governo federal sobre as instâncias locais, assegurando uma adequação entre o modelo de organização sanitária proposto e os interesses políticos em conflito. Barros Barreto expõe de forma clara estes interesses ao enumerar as vantagens do sistema distrital:

que permite um trabalho mais uniforme, mais econômico e mais eficiente, possibilitando com o comando único do Estado, um melhor recrutamento e preparo de pessoal, o estabelecimento de carreiras para os diversos agrupamentos de funcionários, a mais fácil mobilização de forças para os pontos de maior perigo e, o que muito importa, uma preservação maior, para os serviços, da influência política, sempre mais (...) ativa nos municípios. (Barros Barreto, 1937: 302, grifos nossos)

O processo de construção e consolidação de um arcabouço burocrático/institucional no âmbito da saúde pública a partir de 1930, e em particular de forma mais intensa a partir de 1937, caracterizou-se por essa nova configuração das relações de poder entre o governo federal e os governos locais. O desenho do *welfare* no campo específico da saúde pública resultou da correlação de forças políticas, modelando os serviços como um instrumento de poder em tal jogo. E aí ficam evidentes as correlações entre os interesses políticos, os parâmetros ideológicos que norteavam a ação pública e o modelo institucional que gradativamente se estruturava.

Estavam configuradas as condições para a consagração de um modelo fortemente centralizado de gestão pública em saúde. Através da institucionalização, burocratização e profissionalização, definiu-se o lugar e o papel da saúde no processo de construção do Estado e da Nação. Foram consolidadas as bases de um sistema nacional de saúde pública, que se destinava a uma ampla parcela da população brasileira e definia um formato específico para assegurar determinados direitos à saúde.

As especificidades que marcaram a área de atuação do Ministério da Educação e Saúde (MES) – que, em 1937, substituiu o Mesp – em relação ao MTIC neste processo de criação e consolidação institucional evidenciavam que o tema da relação entre as três instâncias executivas – governo federal, estados e municípios – se firmaria como um dos eixos definidores da política pública neste campo de intervenção social. O tema esteve presente nas décadas seguintes nos debates e nos processos decisórios sobre o perfil da política pública de saúde brasileira, demonstrando que qualquer proposta de reforma institucional precisava considerar esta variável e suas implicações para o contexto político do momento. Foi o que ocorreu nos anos seguintes quando o formato centralizado de gestão começou a ser questionado.

Saúde pública, democracia e desenvolvimento (1945-1964)

Com a queda de Vargas, em outubro de 1945, a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964. Ainda que com limites, os rumos da saúde pública e da assistência médica foram debatidos e decididos, pela primeira vez, em um ambiente mais democrático, caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação.

O lugar da saúde na construção do Estado e da Nação ganhou novos sentidos diretamente relacionados ao contexto do chamado ‘otimismo

sanitário’ vigente no cenário internacional desde o pós-guerra. Propugnava-se o poder da ciência e da medicina em combater e mesmo erradicar, mediante novos recursos tecnológicos e terapêuticos – especialmente os inseticidas de ação residual, como o DDT, e os antibióticos e antimaláricos – as doenças infectocontagiosas em todo o mundo. Associado a esse otimismo, instituiu-se a idéia de que a saúde era um bem de valor econômico, e de que investimentos em ‘capital humano’ eram fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações, especialmente dos países mais pobres.

A malária assumia lugar de destaque nesta compreensão sobre o ‘círculo vicioso entre doença e atraso’ (Myrdall, 1952; Winslow, 1955), sendo apontada por muitos como ‘a doença econômica’ por excelência (Packard e Brown, 1997). Esses novos significados e interesses presentes na associação entre saúde e desenvolvimento passaram a marcar os espaços institucionais no campo da saúde pública (Packard, 1997).

Ocorreu nesse período um intenso debate sobre os custos econômicos das doenças como obstáculo ao desenvolvimento dos países, particularmente no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho. Pobreza e doença formavam as bases do que o antropólogo colombiano Arturo Escobar chamou de “a invenção do Terceiro Mundo”. O desenvolvimento teria adquirido um *status* de certeza no imaginário social pós-guerra, tornando-se impossível conceituar a realidade social em outros termos, já que ela tinha sido “colonizada pelo discurso do desenvolvimento” (Escobar, 1995: 5). O combate às doenças transmissíveis visava a classificar territórios e populações e incorporá-los assimetricamente ao mundo moderno e capitalista.

Os programas de controle e erradicação das chamadas doenças tropicais passaram a atrair o interesse das instituições nacionais e dos governos dos países que assumiam a liderança mundial, mas também das agências internacionais criadas para coordenar, em diversas frentes, planos globais de desenvolvimento associados à saúde. Entre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Opa – transformada então em Escritório Regional da OMS para as Américas –, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).

A saúde internacional esteve emoldurada pelas organizações funcionais do Sistema das Nações Unidas que se estruturaram no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, caracterizado pela Guerra Fria, e pelas reorientações da política norte-americana para a América Latina. Entre elas, destacam-se o programa

do Presidente Truman, de 1949, conhecido como Ponto IV, e, posteriormente, a Aliança Para o Progresso, na década de 1960. Ressalte-se o especial interesse por parte das administrações norte-americanas pela erradicação da malária, a partir de Eisenhower, com forte incentivo a programas de cooperação bilateral (Packard, 1997). A proposta consistia na extensão por todo o mundo das características das sociedades desenvolvidas do 'mundo livre': altos níveis de industrialização e urbanização, avanço técnico da agricultura, crescimento da produção material e dos padrões de vida e adoção da educação moderna. Transformações para as quais capital, ciência e tecnologia eram consideradas os principais ingredientes (Escobar, 1995).

Ao longo desse período, o Brasil esteve imerso no debate sobre o significado do subdesenvolvimento e os meios de superá-lo, a necessidade ou não de um maior esforço para acelerar a industrialização e a utilização de técnicas de planejamento e intervenção do Estado na economia. O conflito estruturante foi entre 'liberais', que criticavam o planejamento econômico e vislumbravam o desenvolvimento baseado em maior incentivo às atividades agrícolas, e 'desenvolvimentistas', que propugnavam ações para o aumento da produção de bens de consumo, o alargamento do mercado interno e o aumento da renda nacional com a defesa de uma maior intervenção e planificação estatal (Lafer, 1975; Bielschowsky, 2000). A saúde, ainda que não ocupasse mais o mesmo lugar em um discurso civilizador que tivera nas duas últimas décadas da Primeira República, foi integrada de diferentes modos à 'ideologia do desenvolvimento' e esteve presente – mesmo que retoricamente – nas iniciativas de planejamento estatal e nos projetos de desenvolvimento em competição no país (Pena, 1977).

No Brasil, a conexão entre a importância econômica da saúde e a possibilidade de 'conquista das doenças tropicais' era valorizada e ganhava significados específicos nos projetos de desenvolvimento. Formulados a partir da redemocratização do país, e especialmente na década de 1950, enfatizavam a necessidade de combate às endemias rurais, das quais a malária era o grande paradigma. Como afirmou o presidente Eurico Gaspar Dutra em mensagem dirigida ao Congresso Nacional em 1949:

As condições sanitárias de um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social. No caso do Brasil – onde talvez se processe, como já foi assinalada por tantos estudiosos, a maior experiência conhecida de adaptação da civilização européia a um ambiente tropi-

cal – a melhoria geral das condições sanitárias e o desenvolvimento econômico-social são, verdadeiramente, termos co-extensivos do mesmo problema, isto é, a asseguaração de possibilidades de progresso. (Brasil, 1949: 127)

Ao longo do período de 1945 a 1964, todos os pronunciamentos oficiais e as posições políticas no campo da saúde pública associavam saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza. Não havia retórica contrária a essa constatação, repetida inúmeras vezes por presidentes e ministros. As divergências e os conflitos ocorriam em torno do entendimento sobre as relações causais e sobre as estratégias políticas e institucionais de superação da doença e do subdesenvolvimento.

O 'sanitarismo desenvolvimentista', analisado por vários autores (Labra, 1985; Escorel, 2000; Braga e Paula, 1981), que tinha em Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo seus principais representantes, reagia ao campanhismo, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país pela falta de informações e dados vitais – legados do Estado Novo –, e propugnava a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Ainda que heterogêneo internamente, esse 'novo sanitário' integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960.

Era bem mais complexa e multifacetada a tensão entre aqueles que acreditavam que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento e a saúde constituía um pré-requisito essencial para os avanços sociais e econômicos no mundo em desenvolvimento, e os 'desenvolvimentistas', que compreendiam não ser suficiente o combate às doenças para superação da pobreza. Cada pólo da tensão produziu agendas institucionais e políticas diferenciadas. Ao analisar os debates sobre saúde e desenvolvimento no campo da saúde internacional na década de 1950, o historiador inglês John Farley (2004) sugere uma abordagem em que as relações entre busca da melhoria das condições sanitárias e do bem-estar econômico estejam associadas a três dimensões que, estruturadas como pêndulos, oscilem entre argumentos extremos dependendo dos contextos internacional, regional e local:

- O controle ou a erradicação das doenças comunicáveis como pré-requisito para o desenvolvimento econômico-social *versus* a convicção de que, embora o controle das doenças seja necessário, o desenvolvimento socioeconômico é um pré-requisito para a melhoria da saúde.

- A crença de que as campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas verticalmente contra cada doença específica e 'impostas de fora' *versus* a compreensão de que as campanhas contra as doenças deveriam ser dirigidas horizontalmente em relação a um conjunto de doenças e envolver a promoção de condições básicas de infra-estrutura sanitária.
- Defensores da ideologia do desenvolvimento como valor universal *versus* a crença de que o sistema internacional cria e perpetua o sub-desenvolvimento de maneira que os países pobres fiquem presos num permanente sistema de desigualdades.

Esses conflitos estavam bastante explícitos no Brasil nesse período, muitas vezes articulando grupos diferentes dependendo da dimensão do conflito. Cada pólo de cada dimensão significava um formato institucional e político bastante diverso para a saúde pública e visões diferenciadas sobre desenvolvimento econômico e social. A história da saúde pública de 1945 a 1964 apresentou lentos movimentos na direção de alguns desses pólos.

Os marcos institucionais desse período – como a criação do Ministério da Saúde, em 1953, a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, a campanha nacional contra a lepra, as campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964, e a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963 – reforçam pontos importantes. Em primeiro lugar, a permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica com ênfase da primeira nas populações rurais; em segundo lugar, o foco das ações sobre doenças específicas; e, por fim, o deslocamento do processo de discussão e decisão para arenas fora da burocracia pública, tais como o Congresso Nacional e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais. De certo modo, cada uma dessas facetas nos remete aos pólos dos eixos da discussão saúde e desenvolvimento mencionados anteriormente.

De 1945 a 1964, o país continuava a ser predominantemente rural. O combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis mantinha-se, portanto, como a principal preocupação dos organismos de saúde pública. Porém, a questão da inclusão da assistência médica na saúde pública é incorporada na agenda dos médicos e sanitaristas.

Em trabalho já citado, apresentado no VII Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo em 1948, Marcolino Candau e Ernani Braga coavavam a posição sespiana, influenciada por Winslow, de não se estabelecer

distinção entre ações preventivas e curativas nos programas de saúde. Em especial nas áreas rurais, onde, na prática, os centros de saúde e postos eram forçados a prestar assistência médica à população devido à total falta de alternativas assistenciais (Candau e Braga, 1948). A permanência da tensão entre saúde pública e assistência médica implicava discutir a ampliação dos serviços às populações rurais. Independentemente do posicionamento quanto a essa proposição, o sistema assistencial vinculado ao circuito corporativo-previdenciário (no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, depois Ministério do Trabalho) não parece ter sido objeto de propostas mais radicais de incorporação à saúde pública nesse período.

A criação do Ministério da Saúde em 1953, no segundo Governo Vargas – velha aspiração dos médicos da saúde pública –, revela algumas das facetas da saúde pública no período democrático e foi objeto de detalhada análise de Hamilton e Fonseca (2003). Por um lado, a separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais, basicamente a centralidade do DNS, nem mudança de ênfase nas populações rurais ou incorporação de novos serviços, ainda que o debate sobre assistência médica e social estivesse sempre presente. Por outro lado, a grande inovação foi o deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política.

A burocracia do MES e as organizações do campo médico, como a Sociedade Brasileira de Higiene, foram obrigadas a interagir intensamente com a estrutura político-partidária em ambiente de competição democrática e, ao final, não foram aquinhoadas com suas principais reivindicações, uma delas a tradicional proposta de que o titular da pasta fosse um médico da saúde pública, impermeável aos interesses políticos. Como assinalam Hamilton e Fonseca (2003), a inovação nesse processo foi a incorporação irreversível da dimensão político-partidária à definição de políticas para o setor.

Para o novo impulso conferido à questão das endemias rurais no âmbito do projeto desenvolvimentista do governo Juscelino Kubitschek, foram decisivas tanto as novas diretrizes firmadas internacionalmente para o combate a certas doenças transmissíveis, quanto, no plano nacional, mudanças organizacionais na saúde pública e o acirramento do debate sobre saúde e desenvolvimento. Em 1955, a OMS firmou, em sua VIII Assembléia Mundial realizada no México, a recomendação por um programa global de erradicação da malária e assumiu a responsabilidade por prestar apoio financeiro e técnico, mediante acordos com os governos nacionais dos países afetados

pelo problema, para campanhas de aplicação de DDT nas habitações e tratamento dos doentes com antimaláricos visando àquele objetivo. Tratava-se da maior campanha promovida até então por uma organização internacional, em termos de países envolvidos e recursos mobilizados para erradicar doenças.

Representando de modo emblemático a plena confiança então depositada na possibilidade de varrer do planeta as principais doenças transmissíveis, a iniciativa expressava a importância então atribuída à saúde como uma dimensão fundamental do desenvolvimento das nações no pós-guerra. Essa campanha reafirmava o modelo verticalizado e centralizador, com foco no vetor transmissor da doença, e encarnava a perspectiva da malária como obstáculo ao desenvolvimento. O antropólogo norte-americano Peter Brown sugere que essa perspectiva era um modelo cultural – uma ferramenta cognitiva de interpretação – que foi hegemônico na década de 1950 (Brown, 1997).

No Brasil, o momento também se apresentava como particularmente promissor quanto às perspectivas de incremento nas ações e nos programas de saúde voltados para o combate às doenças endêmicas, especialmente em função da criação, em 6 de março de 1956, do DNERu (Lei n. 2.743), cuja direção foi entregue a Mario Pinotti, por muitos anos diretor do Serviço Nacional de Malária. O novo órgão do Ministério da Saúde absorveu as estruturas e atribuições de alguns serviços nacionais criados em 1941 e assumiu a responsabilidade de organizar e executar o combate às principais endemias do país, entre elas malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá e tracoma.

O DNERu era constituído dos seguintes órgãos: diretoria geral, Divisão de Profilaxia, Divisão de Cooperação e Divulgação, Instituto Nacional de Endemias Rurais (Ineru), Serviço de Produtos Profiláticos (que se encarregaria, entre outras funções, da produção de inseticidas para as campanhas), 25 circunscrições correspondendo ao Distrito Federal e a cada um dos estados e territórios, com sede nas respectivas capitais, e Serviço de Administração. Ao Ineru, composto por núcleos de pesquisa em várias regiões – entre os quais o Centro de Pesquisas de Belo Horizonte –, cabia realizar estudos sobre as endemias que apoiassem as ações do novo departamento. Em 1958, o país aderiu à Campanha Global de Erradicação da Malária da OMS, criando a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), coordenada por um grupo de trabalho vinculado ao DNERu. Essa campanha – que, com várias mudanças, se desenvolveu até 1970 –, foi a maior e mais ambiciosa ação da saúde pública no período.

A criação do Ministério da Saúde e a reforma dos serviços nacionais, até então especializados na definição e implementação de medidas isoladas para cada doença, com sua integração em um órgão único, o DNERu, mantinha como posição hegemônica a defesa do foco central nas doenças das coletividades, em especial nas endemias rurais que obstaculizavam o desenvolvimento em um país ainda rural. Ainda que o DNERu integrasse ações antes dispersas em diferentes órgãos que combatiam isoladamente doenças específicas, o modelo ainda se mantinha vertical, orientado para enfermidades rurais e coordenado pelo governo federal.

No programa para a área de saúde pública do então candidato à presidência Juscelino Kubitschek, coordenado por Mário Pinotti – depois seu ministro da Saúde (1958-1960) –, firmava-se a disposição em apoiar a continuidade do trabalho até então desenvolvido – “trabalho imenso, apenas iniciado, de libertar milhões de brasileiros de suas seculares e devastadoras doenças de massa” – e enaltecia-se o exemplo dado pelo estado de Minas, durante a administração JK, no combate às endemias rurais (Kubitschek, 1955: 1). Eleito, JK reafirmaria este compromisso ecoando a concepção de que seria possível erradicar doenças independentemente do desenvolvimento econômico do país:

Embora não seja possível dar saúde, no seu conceito mais amplo – que não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social –, torna-se, no entanto, possível evitar os sofrimentos de muitas delas por meio de medidas simples, de custo reduzido. O Governo terá o maior empenho em aplicar os métodos modernos e práticos na eliminação dessas doenças. A nosso favor está a coincidência de que, exatamente para muitas destas enfermidades que mais afligem as populações dos países subdesenvolvidos, novas descobertas da terapêutica e da profilaxia tenham tornado o seu combate, e conseqüentemente sua grande redução, ou mesmo eliminação, independente dos problemas de desenvolvimento econômico e de aparelhamento médico-sanitário de custo elevado. (Kubitschek, 1956: 187)

Na década de 1950 e no início da de 1960, ações e campanhas de combate às endemias rurais mobilizaram recursos humanos e financeiros e estiveram associadas aos projetos e às ideologias de desenvolvimento. Recuperação da força de trabalho no campo, modernização rural, ocupação territorial e incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista corresponderam à associação entre saúde e desenvolvimento, a primeira ajudando

a promover o segundo. Em outras palavras, prevalecia o que os antropólogos norte-americanos Randall Packard e Peter Brown denominam de abordagem restrita da relação saúde e desenvolvimento (Packard e Brown, 1997).

Porém, a dinâmica política da sociedade brasileira começava, desde meados da década de 1950, a permitir deslocamentos na compreensão dessas relações e proposições de mudanças nas políticas da saúde, promovidas pelos 'desenvolvimentistas'. Em discursos de 1955, por exemplo, o ministro da Saúde do governo Café Filho, Aramis Athayde, já defendia abertamente a idéia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma conseqüência dele. Desse modo, a saúde dependeria da infra-estrutura econômica de cada sociedade específica. Nesses discursos, também críticos à centralização herdada da gestão de Barros Barreto no DNS, defendia-se a ampliação do papel dos municípios e a necessidade de melhor aparelhamento dos serviços sanitários (Athayde, 1957).

Há claramente uma disputa entre projetos políticos-sanitários diversos, que se acirra no final do período democrático com a radicalização das lutas por reformas sociais. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em dezembro de 1963, foi o evento dramático e final da saúde na experiência democrática. Ela foi pautada pelo Plano Trienal do governo Goulart e pelo XV Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1962, no momento em que os sanitaristas desenvolvimentistas obtiveram o controle da Sociedade Brasileira de Higiene (Labra, 1988; Fundação Municipal de Saúde, 1991). Os principais pontos da 3ª CNS eram a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalizações dos serviços de saúde, intenção revelada no temário da conferência e explicitada nos discursos do presidente da República e do ministro da Saúde Wilson Fadul. Os pêndulos citados por Farley se moviam rapidamente e o discurso de João Goulart na sessão inaugural da 3ª CNS é talvez a melhor expressão:

a política que o Ministério da Saúde deseja implantar na orientação das atividades médico-sanitárias do País se enquadra precisamente dentro da filosofia de que a saúde da população brasileira será uma conseqüência do processo de desenvolvimento econômico nacional, mas que para ajudar nesse processo o Ministério da Saúde deve dar uma grande contribuição, incorporando os Municípios do país em uma rede básica de serviços médico-sanitários, que forneçam a todos os brasileiros um mínimo indispensável à defesa de sua vida (...). (Fundação Municipal de Saúde, 1991: 23)

Esse movimento na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964.

Referências bibliográficas

- ATHAYDE, A. *Conferências pronunciadas em 1955 pelo Ministro Aramis Athayde*. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação do Ministério da Saúde, 1957.
- BARBOSA, R. *Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa, 1999.
- BARROS BARRETO, J. de. A III Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde. *Arquivos de Higiene*, VI(2): 135-160, 1936.
- BARROS BARRETO, J. de. Normas para uma organização estadual de saúde pública. *Arquivos de Higiene*, VII(2): 339, 1937.
- BARROS BARRETO, J. de. A Conferência Sanitária Pan-Americana de 1940. *Arquivos de Higiene*, (11)1: 183, 1941.
- BARROS BARRETO, J. de. A V Conferência Pan-Americana dos Diretores Nacionais de Saúde. *Arquivos de Higiene*, 14(3): 183-200, 1944.
- BENCHIMOL, J. & TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos & Outros Bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: UFRJ/Casa de Oswaldo Cruz, 1993.
- BIELSCHOWSKY, R. *Pensamento Econômico Brasileiro*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000.
- BRAGA, J. C. de S. & PAULA, S. G. de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional pelo Presidente da República Eurico Gaspar Dutra*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1949.
- BROWN, P. Malaria, *miseria* and underpopulation in Sardinia: the 'malaria blocks development' cultural model. *Medical Anthropology*, 17(3): 239-254, 1997.
- CAMARGO, A. et al. *O Golpe Silencioso*. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1989.
- CANDAU, M. & BRAGA, E. Novos rumos para a saúde pública. *Revista da Fundação Especial de Saúde Pública*, 2(2): 569-590, 1948.
- CASA DE OSWALDO CRUZ. *A Ciência a Caminho da Roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- CASTRO SANTOS, L. A. de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, 28: 193-210, 1985.

- CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, ideology and public health in Brazil (1889-1930)*, 1987. Tese de Doutorado, Cambridge: Department of Sociology, Harvard University.
- DE SWAAN, A. *In care of the State: Health care, education and welfare in Europe in the modern era*. Cambridge: Polty Press, 1990.
- DINIZ, E. (1983) *O Estado Novo: estrutura de poder e relação de classes*. In: FAUSTO, B. (Org.). HGCB, tomo III. São Paulo: Difel, 1983.
- ESCOBAR, A. *Encountering Development: the making and unmaking of the Third World*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.
- ESCOREL, S. *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- GOMES, A. de C. *Regionalismo e Centralização Política: partidos e constituinte nos anos 30*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- FARLEY, J. *To Cast Out the Disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York: Oxford University Press, 2004.
- FAUSTO, B. A. *Revolução de 1930*. São Paulo: Brasiliense, 1970.
- FONSECA, C. M. O. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. *Febre Amarela: a doença e a vacina – uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Fiocruz, 2001.
- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. 3ª Conferência Nacional de Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1991.
- HAMILTON, W. & FONSECA, C. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10(3): 791-826, 2003.
- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.
- KUBITSCHKE, J. *Programa de Saúde Pública do Candidato*. São Paulo: L. Nicollini, 1955.
- KUBITSCHKE, J. *Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1956*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1956.
- LABRA, M. E. *O movimento sanitarista dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.
- LABRA, M. E. *O Sanitarismo desenvolvimentista*. In: TEIXEIRA et al. (Orgs.) *Antecedentes da Reforma Sanitária (1955-1964)*. Textos de apoio. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1988.
- LAFER, B. M. (Org.). *Planejamento no Brasil*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- LESSA, R. (1988) *A Invenção Republicana: Campos Sales, as bases e a decadência da Primeira República*. São Paulo: Vértice/Iuperj, 1988.
- LESSA, R. Apresentação. In: HOCHMAN, G. (Org.). *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.
- LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Iuperj/Revan, 1999.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Opas/Fiocruz, 2002.
- LOBATO, M. *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. São Paulo: Brasiliense, 1957.
- LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- MALLOY, J. *A Política da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MYRDALL, G. Les aspects économiques de la santé. *Chronique de L'organisation Mondiale de la Santé*, 6(7-8): 224-242, 1952.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F. *(Im)previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1986.
- OLIVEIRA, L. L. *A Questão Nacional na Primeira República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- PACKARD, R. M. Malaria dreams: postwar visions of health and development in the Third World. *Medical Anthropology*, 17(3): 279-296, 1997.
- PACKARD, R. M & BROWN, P. Rethinking health, development and malaria: historicizing a cultural model in International Health. *Medical Anthropology*, 17(3): 181-194, 1997.
- PENA, M. V. J. Saúde nos planos nacionais de desenvolvimento. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 16: 69-96, 1977.
- REIS, E. *The agrarian roots of authoritarian modernization in Brazil, 1880-1930*, 1979. Tese de Doutorado. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- REIS, E. Elites agrárias, state building e autoritarismo. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 25(3): 331-348, 1982.
- REIS, E. Poder privado e construção de Estado na Primeira República. In: BOSCHI, R. (Org.). *Corporativismo e Desigualdade: a construção do espaço público no Brasil*. Rio de Janeiro: Rio Fundo /Iuperj, 1991.
- SANTOS, W. G. dos. *Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- SANTOS, W. G. dos. *Roteiro Bibliográfico do Pensamento Político-Social Brasileiro (1870-1965)*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: UFMG/Casa de Oswaldo Cruz, 2002.