
REGULANDO OS EFEITOS DA INTERDEPENDÊNCIA: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930)

Gilberto Hochman

O objetivo deste trabalho é analisar as relações entre a saúde pública e o processo de formação do Estado no Brasil na Primeira República. As interpretações mais gerais que orientam este texto são, primeiro, a de que a República Velha não foi um interregno no processo de formação do Estado brasileiro entre o Império e o período pós-1930, e nem este Estado já estava formado no final do Império; segundo, a de que a dominação oligárquica que caracterizou o primeiro período republicano não foi nem obstrutora nem incompatível, muito pelo con-

trário, com um crescente processo de centralização e intervenção estatal (Reis, 1989 e 1991). Considera-se, assim, que o processo de *state-building* não é um evento discreto no tempo e não tem um ponto de chegada e nem uma direção única (idem, 1991). De fato, a capacidade reguladora da União sobre o campo da saúde expandiu-se de maneira considerável especialmente na década de 1920, legando ao período varguista uma estrutura administrativa com um poder ampliado de intervenção sobre a saúde pública que não sofreu alterações significativas justo num momento em que a centralização e a expansão do Estado se davam de maneira inédita na história brasileira.

Nota: Este artigo é o resultado parcial de uma pesquisa mais extensa que desenvolvo na Casa de Oswaldo Cruz e parte da minha tese de doutorado em ciência política a ser apresentada ao IUPERJ. Agradeço a Elisa Pereira Reis, Maria Regina Soares de Lima e Renato Boschi por seus comentários e sugestões. Sou, contudo, o único responsável por quaisquer equívocos ou omissões.

Uma hipótese mais específica é a de que na Primeira República as políticas de saúde pública tiveram um papel central na criação e no aumento da capacidade do Estado brasileiro de intervir sobre o território nacional e efetivamente integrá-lo, independentemente de uma avaliação dos resultados dessas políticas sobre a saúde da população, em geral feita numa perspectiva de curto prazo. Assim, o fracasso das ações públicas na promoção da saúde não deve ofuscar o fato de que houve efetivamente, ao longo do período, constituição de poder público e aumento da capacidade de seu exercício sobre as elites e a população em todo o país via políticas de assistência à saúde e de saneamento, com impactos sobre o sistema político, sobre os grupos envolvidos com o problema e sobre a própria capacidade do Estado de produzir políticas. As razões desse fracasso devem ser buscadas no próprio processo de constituição da autoridade pública que, tanto nos seus fatores impulsionadores quanto nos seus constrangimentos, tornou alguns desenvolvimentos e resultados mais prováveis e mais possíveis que outros.

Os autores que trataram das políticas estatais de saúde na Primeira República em geral consideram-nas como resultados de estratégias das classes dominantes e pensam que seu desenvolvimento estaria associado à dinâmica do capitalismo, seja do ponto de vista nacional seja internacional. Além disso, consideram os principais atores públicos, especialmente os sanitaristas e burocratas da saúde, como intelectuais ligados aos interesses dominantes (Costa, 1985; Labra, 1985). Afastar-me-ei dessa perspectiva, considerando que as políticas de saúde são partes constitutivas de um processo mais amplo e complexo, no qual o Estado e as elites estatais têm especifici-

dades que lhes fornecem autonomia em relação aos interesses sociais, e têm objetivos também específicos, diversos e mesmo divergentes dos das elites sociais. Assim, os resultados de longo prazo de uma política que beneficia os grupos dominantes pode ser a incapacidade futura desses mesmos grupos para continuar, de forma autônoma, a influenciar e obter benefícios dessa política estatal.

Os trabalhos de Castro Santos (1985 e 1987) têm o mérito de analisar as questões de saúde pública na Primeira República de uma perspectiva macro-histórica, apontando para uma dinâmica na qual os diversos e complexos condicionantes das políticas podem ser tratados em tempos e espaços diferentes, dentro da perspectiva que considera o movimento sanitarista da Primeira República como o mais importante projeto de construção da nacionalidade. Ao desmembrar o movimento sanitarista e as políticas de saúde em fases ou conjunturas que exigem interpretações mais localizadas e complexas, Castro Santos (1987) escapa do determinismo já apontado, mas acaba perdendo, ao demarcar descontinuidades, a possibilidade de analisar de forma mais integrada as suas questões para todo o período. Proponho, também, uma mudança de ênfase. Ao invés de observar uma ideologia de construção da nacionalidade em suas dimensões simbólicas (1985), interessa-me o resultado concreto desse processo, qual seja, a construção de aparatos públicos e centralizados para implementar políticas de saúde.

Partindo das questões propostas por esses trabalhos, e utilizando-os como fontes secundárias, sugeri um modelo teórico-analítico que, sem ser determinista, mantém a capacidade de interpretar as relações entre constituição do Estado e saúde pública de ma-

neira integrada. Na próxima parte apresentarei e discutirei este modelo, para nas duas partes subseqüentes desenvolvê-lo à luz do período em questão.

II

Ao relacionar problemas de saúde com criação de poder público e, de maneira mais instrumental, com o surgimento de agências estatais centralizadas para tratar desses problemas, pretendo analisar a transformação da saúde em um bem coletivo e/ou público cuja produção exige a criação de arranjos coletivos, voluntários ou coercitivos. Portanto, é importante indicar tanto o caráter histórico da coletivização do bem – no caso a saúde que se torna pública – como a sua associação íntima com a criação e penetração do poder público em todo o território do país, materializada através de estruturas administrativas e de funcionários que prestam serviços à população e extraem recursos da sociedade para tal. Nesse sentido, sugiro que a formação do Estado interage fortemente, entre outras coisas, mas também, com a transformação da saúde em um bem público que exige cada vez mais respostas públicas, compulsórias e nacionais. Este é um processo de transformação no tratamento das deficiências e das adversidades humanas, que inicialmente eram cuidados individuais, depois passaram a ser coletivos – porém de caráter voluntário, comunitário e local – e, finalmente, tornaram-se cuidados estatais. Um processo que, cabe advertir, não é tão linear e evolutivo quanto a simples exposição dessas etapas possa insinuar.

O processo de coletivização da saúde, assim como o do cuidado com os pobres, o da educação e da seguridade,

isto é, o caráter histórico dos bens coletivos, tem sido, segundo Abraam De Swaan (1990), negligenciado pelas teorias formais. Ao analisar a “sócio-gênese” dos chamados Estados de Bem-Estar, De Swaan propõe um esquema analítico e uma interpretação, utilizando-se de alguns conceitos e relações que, juntamente com a contribuição de outros autores, devem ser retidos, criticados e reelaborados.

Em primeiro lugar, um elemento-chave para a compreensão da coletivização do bem-estar é a idéia de configuração, emprestada de Norbert Elias (1982, 1989), que pode ser definida como um padrão estruturado e mutante de interdependências entre seres humanos (Elias, 1989; De Swaan, 1990).¹ Para Elias, uma configuração é um “instrumento conceitual” para se escapar do antagonismo indivíduo *versus* sociedade, e a interdependência de indivíduos, grupos e instituições é a condição prévia para a formação e identificação de uma configuração (Elias, 1989).

Na passagem do mundo tradicional para o moderno, marcado pela emergência dos Estados Nacionais e pelo desenvolvimento do capitalismo (industrialização, urbanização e secularização), ocorreu um alargamento e uma complexificação das cadeias de interdependência a ponto de se tornarem opacas e incontroláveis por parte de qualquer indivíduo ou grupo, tornando-se impossível explicar uma configuração a partir das propriedades dos seus componentes (idem: 73 e 78). Um primeiro ponto crucial nesta perspectiva é que o desenvolvimento e a dinâmica histórica dessas cadeias de interdependência social geraram, e geram, conseqüências sociais não planejadas ou mesmo não desejadas por qualquer indivíduo ou grupo que as compõe mas, ao mesmo tempo, são resultados do entrecruzamento das motivações e ações desses

mesmos indivíduos e grupos (idem 1982:230 e 1989:103). Um segundo ponto importante a ser ressaltado é que a caracterização e a análise de configurações complexas só podem ser feitas através dos elos de interdependência que as constituem (idem, 1989:143).

A análise da emergência das políticas sociais é, para De Swaan, seguindo Elias, uma análise do processo histórico de generalização da interdependência humana e das respostas aos problemas por ela gerados, resultantes do surgimento dos Estados Nacionais e do desenvolvimento do capitalismo. O processo de coletivização do bem-estar, e de formação do Estado, é um processo mais específico de mudança e rearranjo nos elos da interdependência humana e de seus impactos, e está contido num processo mais geral e de longa duração, o processo civilizatório.

Os elos de interdependência que fundariam a necessidade da "coletivização" do cuidado com os pobres, destituídos, desnutridos, doentes, iletrados ou quaisquer outros indivíduos que sofram adversidades temporárias ou permanentes, são os efeitos externos ou externalidades. Isto é, as consequências indiretas das deficiências e adversidades de uns indivíduos sobre outros que são imediatamente atingidos, apesar de não sofrerem desses problemas. Por exemplo, a ameaça da doença, do crime, da improdutividade e da rebelião causada pela pobreza e pela destituição sobre os demais membros da sociedade (De Swaan, 1990).²

O crescimento da interdependência humana trouxe a extensão e a intensificação dos efeitos externos da ação, ou da própria existência, de uns, pobres, sobre outros, ricos. A transição para uma sociedade urbana e industrial, que evidencia os problemas da dependência mútua, significou o abandono gradual tanto, devido à sua impossibilidade, de

soluções individuais como fugir do contato com os destituídos e/ou deixá-los ao sabor da sorte ou do mercado, quanto, devido à sua ineficácia frente ao tamanho do problema, de soluções voluntárias como as organizações filantrópicas, de caridade e auxílio-mútuo. As políticas de bem-estar contemporâneas, como o próprio Estado que as produz, seriam resultados históricos não antecipados dos esforços das elites, e dos conflitos intra-elites, para explorar, administrar, controlar e remediar os crescentes efeitos externos da destituição, diante do crescente insucesso das soluções individuais e da precariedade das soluções voluntárias.³

Neste processo temos a gênese da chamada consciência social, fundamental na formação de uma identidade coletiva e nacional, definida como "consciência do crescimento intensivo e extensivo dos laços de interdependência, junto com a disposição de contribuir com os remédios para as adversidades e deficiências que afetam os outros" (De Swaan, idem:10).⁴ Esse senso de responsabilidade, que não eliminou a ação filantrópica, requer cada vez mais cuidados estatais e recursos que serão extraídos compulsoriamente da sociedade e beneficiarão a todos, contribuintes ou não. O Estado se constituiu como organização legítima, devido à formação dessa consciência social, e capaz, devido às suas características específicas, de regular os efeitos negativos das interdependências sociais, que, ao longo do tempo, tendem a ser reduzidas a soluções legais e administrativas sob a responsabilidade de uma burocracia.⁵

Esse processo de coletivização e estatização dos remédios para a destituição, deficiência e adversidade se daria em três dimensões: a) na ampliação de seu alcance ou escala (da inclusão de alguns indivíduos para a inclusão de categorias de cidadãos ou de todos os

cidadãos de um país); b) no aumento do seu caráter coletivo (acesso aos benefícios mais independente da contribuição, e mais dependente da condição dos indivíduos); e c) no aumento de seu caráter estatal ou público (aumento do consentimento ao exercício da autoridade, da compulsoriedade e da burocratização) (De Swaan, 1990:7).

Esse processo dependeria, e esse é um ponto importante, de certas condições para o seu desenvolvimento. Duas delas, o aumento dos graus de incerteza sobre o momento e a magnitude da adversidade e da incerteza sobre a eficácia das soluções existentes, promovem a coletivização porém não necessariamente a estatização. A terceira condição, a tendência ao aumento do alcance e extensão dos efeitos externos da adversidade, promoveria a estatização porque implica problemas de uma tal magnitude, envolvendo um número tão grande de pessoas, que não há solução possível via mercado, e dificilmente haverá através de arranjos cooperativos devido aos sucessivos dilemas de ação coletiva que eles enfrentam (De Swaan, 1990).

Especificamente em relação à saúde pública, os fluxos migratórios para a cidade e o processo de urbanização e industrialização criaram adversidades e deficiências até então desconhecidas que atingiram tanto os imigrantes como os antigos moradores. A densidade urbana e as crescentes conexões econômicas entre ricos “saudáveis” e pobres “doentes” intensificaram e ampliaram os efeitos externos da adversidade individual a ponto de ser quase impossível o simples isolamento das ameaças à vida urbana através, por exemplo, da segregação espacial, ou da exclusão de alguns dos benefícios dos serviços que outros pagavam para si, como coleta de lixo e abastecimento de água (De Swaan, 1990: cap.4).

A epidemia de massa, especialmente a do cólera, seria o “paradigma da interdependência”, isto é, o paradigma dos efeitos externos das adversidades individuais que alcançam toda a sociedade e da incerteza quanto à eficácia de qualquer solução individual e localizada (idem: 124-131). Sugiro, então, que a epidemia de massa seja tratada como um “mal público”, pois atinge a todos os membros de várias coletividades, independentemente de terem contribuído ou não para o seu surgimento e disseminação.⁶ A experiência das epidemias de cólera do século XIX na Europa e nos Estados Unidos, que atingiram a todos, ricos e pobres, em quase todos os lugares – cidades, regiões, países –, explicitou para as elites os problemas da interdependência social e a necessidade da criação de organizações e políticas permanentes, amplas, coletivas, compulsórias e supralocais para prevenir e combater os riscos da infecção e do contágio em massa. Foi dessa forma que o tema da reforma urbana e sanitária, que mobilizou as elites políticas e intelectuais, entrou na agenda pública e gerou resultados concretos (Briggs, 1961; Fraser, 1986: cap.3; Duffy, 1990: cap.6). A constituição de um sistema sanitário e de uma política de cuidados com a saúde, primeiro em base privada e voluntária, e depois, compulsória e pública, representaria “um capítulo especial na sócio-gênese do Estado de Bem-Estar” (De Swaan, idem:131).

Enfim, a complexidade crescente das configurações sociais – mais indivíduos, mais interdependência e mais externalidades – não só requer a formação de uma autoridade pública capaz de extrair compulsoriamente recursos da sociedade e produzir políticas de largo alcance para solucionar ou remediar os efeitos da interdependência social, como também forma uma

“consciência” sobre essa interdependência e sobre a necessidade de contribuir para remediar os seus efeitos negativos. Para De Swaan, o Estado contemporâneo é em grande parte produto da necessidade de regulação dos efeitos externos e de produção de bens públicos, isto é, da coletivização dos cuidados com a saúde, da educação e da manutenção de renda (idem: 11).

Um primeiro problema dessa perspectiva é que ela acaba tomando o desenvolvimento das políticas sociais como um processo cumulativo, evolutivo e crescentemente indiferenciado.⁷ Com isso perde-se a percepção de que cada uma das etapas de coletivização e seus respectivos arranjos conviveu com outros arranjos durante um longo período, sendo que nem os arranjos individuais nem os voluntários foram eliminados, e nem a estatização foi sempre a solução última ou a etapa derradeira desse processo.⁸ Essa perspectiva, e esse é o segundo problema, tende a conceber o Estado como resultado de processos sociais de longo prazo que conseguem explicar a emergência de agências estatais e políticas públicas, mas que pouco têm a dizer sobre a sua continuidade e desenvolvimento. A formação do Estado é vista como resposta a problemas que se tornaram insolúveis no nível da sociedade. Um terceiro problema, derivado do anterior, é que não se reconhece no Estado atributos específicos e diferenciados dos existentes em outras organizações da sociedade.

Para fins da minha análise procurei reelaborar as sugestões de De Swaan e superar algumas dessas restrições. Proponho a consideração do Estado como um *locus* de poder autônomo, diferenciado e não-redutível a um simples resultado e/ou instrumento das condições, preferências e demandas sociais, ou a uma neutralidade social (Mann, 1991). Um segundo pon-

to é a consideração do impacto das políticas estatais sobre a própria capacidade do Estado de continuar a implementá-las, sobre o sistema político previamente existente e sobre os grupos envolvidos na questão, crucial para a explicação do desenvolvimento de políticas de proteção social depois de sua instauração (Skocpol, 1985 e 1992).

Para argüir a natureza específica do poder autônomo do Estado em relação à sociedade, Michael Mann propõe separá-lo em duas dimensões analiticamente distintas. Uma primeira dimensão ou significado, o poder despótico, seria “a extensão das ações que a elite [estatal] é capacitada a empreender sem a negociação de rotina, institucionalizada, com os grupos da sociedade civil” (Mann, 1991:168). A segunda, o poder (ou coordenação) infra-estrutural, define-se como “a capacidade do Estado de realmente penetrar e de implementar logisticamente as decisões políticas por todo seu domínio” (idem:169). O problema seria como variaram e se combinaram essas duas dimensões na constituição e no desenvolvimento do Estado.

Essa sugestão analítica segue uma tradição que considera o Estado como um conjunto de instituições diferenciadas que reivindica a centralidade, a soberania e o controle coercitivo sobre um território e sua população, procurando defendê-los e estendê-los na competição com outras instituições sociais e outros Estados (Mann, 1991:167-168; Hall e Inkenberry, 1990:12-14; Tilly, 1975: 70-71; Weber, 1944: 1047-1059; Hintze, 1975). Para Mann, os mecanismos de poder utilizados pelo Estado não se diferenciam dos utilizados pela sociedade. O elemento-chave, nesta definição, seria a centralidade territorial, o atributo distintivo do qual deriva o poder autônomo do Estado. O Estado seria “tanto um lugar central, quanto um alcance

territorial definido” (Mann, *idem*:183), enfim, uma “organização sócio-espacial” distinta de qualquer outra instituição social. Assim, a centralização territorial seria “uma base potencialmente independente de mobilização de poder” exclusiva do Estado (*idem*: 186).

Essa peculiaridade do Estado permite que sua capacidade infra-estrutural, ao mesmo tempo derivada da utilidade social da centralidade territorial e incrementadora da “territorialidade da vida social”, seja convertida em poder despótico pela incapacidade das forças sociais em controlá-la (*idem*:187). Assim, o processo de formação do Estado “envolve uma tensão constitutiva entre poder público e privado” (Reis, 1991:48) e uma continuada tentativa de conversão da capacidade infra-estrutural do Estado em poder despótico.

Partilhando da definição geral do Estado formulada mais acima e das críticas às visões instrumentais, deterministas e evolucionistas do Estado e da política, Skocpol propõe uma abordagem denominada “*structured polity*” na análise da instituição e, principalmente, do desenvolvimento da provisão social. A política é vista como o *locus* primário da ação, e as atividades de burocratas, políticos e grupos sociais como condicionadas pelas configurações institucionais dos governos e do sistema político (Skocpol, 1992: 41).⁹

Essa abordagem implica a consideração de alguns tipos de processos. A meu ver, o mais importante é a perspectiva de que “*as politics creates policies, policies also remake politics*” (*idem*: 58). Os esforços de implementação de novas políticas estatais podem transformar e expandir as capacidades do Estado e do sistema político, alterando e afetando o desenvolvimento posterior dessas políticas e as possibi-

lidades de novas políticas. Esse mesmo processo também afeta as “identidades sociais, metas e capacidades dos grupos que estarão em conflito ou aliança no processo político subsequente” (*idem*). Para Skocpol, uma política (*policy*) é bem-sucedida quando aumenta a capacidade do Estado, e do sistema político, de promover o seu desenvolvimento futuro, estimulando indivíduos, grupos e alianças políticas na defesa de sua continuação e expansão, inclusive criando e politizando interesses e identidades sociais. Com isso, sugere que a avaliação de uma política seja feita em termos do processo político em andamento, “*feedback process*” e não apenas pela avaliação de sua eficiência baseada em critérios econômicos externos ou valores morais retirados de algum padrão normativo (Skocpol, 1992: 58-59).

Para a análise subsequente gostaria de ressaltar e reter os seguintes pontos: em primeiro lugar, com Elias, temos o processo de generalização da interdependência humana, um processo histórico de longa duração que transcende as motivações dos indivíduos nele envolvidos e que só pode ser analisado através dos elos de interdependência que constituem uma configuração social. A formação do Estado seria parte constitutiva desse processo. Em segundo lugar, De Swaan, ao analisar a formação do Estado e das políticas de bem-estar, identifica como o principal elo de interdependência, numa sociedade que se torna urbana e industrial, os efeitos negativos das ações de uns – que sofrem da adversidade e da destituição – sobre outros, que delas não sofrem. Essas externalidades exigem crescentemente, devido ao seu alcance e intensificação e à incerteza em relação à eficácia das soluções existentes, a coletivização e/ou estatização dos cuidados com a destituição e a adversidade humana. Com isso,

o Estado se constitui como a solução para a incapacidade da sociedade em superar os dilemas da ação coletiva. A distinção entre bem público e mal público, proposta por Santos, qualifica a perspectiva proposta por De Swaan. Em terceiro lugar, Mann ressalta o atributo distintivo e exclusivo do qual deriva o poder autônomo do Estado, a centralidade territorial, cujo fortalecimento possibilita a conversão da capacidade infra-estrutural em poder despótico, alterando as relações entre poder público e privado. Por último, com Skocpol, temos a consideração das políticas estatais como resultados de um Estado e um sistema político previamente constituídos, mas também, e principalmente, dos seus impactos sobre o próprio Estado, sobre o sistema político e sobre os grupos sociais envolvidos, definindo, dessa forma, as possibilidades de continuidade e expansão dessas mesmas políticas.

até a década de 1910, não eram priorizados na agenda política do país, a não ser nos foros especializados, como a Academia Nacional de Medicina (ANM) e o Instituto Oswaldo Cruz, e numa florescente imprensa médica.¹¹ De um modo geral, apenas em situações de crise sanitária, como na ocorrência de epidemias urbanas, o tema da saúde ganhava espaço na tribuna da Câmara Federal ou numa Mensagem Presidencial.

Todo esse ordenamento constitucional e político se encontrava diante de um quadro sanitário catastrófico. As chamadas endemias rurais, como a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas, grassavam pelo interior do país e mesmo na periferia dos centros urbanos, ao mesmo tempo em que se registrava a presença avassaladora das doenças infecto-contagiosas como a varíola, a tuberculose e as doenças venéreas. A presença da peste e da febre amarela só agravava esse quadro.

No arranjo federativo caberia aos poderes locais, portanto, o cuidado com a saúde da população. Ao governo federal competiam, basicamente, as ações de saúde no Distrito Federal (DF), a vigilância sanitária dos portos e a assistência aos estados em casos previstos e regulados constitucionalmente. O órgão federal responsável era o Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP). Criado em 1897 e vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o DGSP tinha como atribuições principais e específicas a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; os estudos sobre doenças infecto-contagiosas; a organização de estatísticas demógrafo-sanitárias, e o auxílio aos estados mediante solicitação dos respectivos governos.

Em 1902 e 1904, sob a direção de Oswaldo Cruz e sob o impacto da epidemia de febre amarela, o DGSP expan-

III

Durante grande parte da República Velha, os limites legais da atuação da União no campo da saúde estavam dados pela Constituição de 1891, que garantia a autonomia estadual e municipal e explicitava as condições que permitiriam a violação do princípio federativo, sempre por solicitação dos estados, nunca por iniciativa da União.¹⁰ Assim, um aumento da capacidade de penetração e intervenção do Estado sobre o território brasileiro seria, sempre, um questionamento do pacto federativo e dos poderes das oligarquias estaduais. O recurso a esses princípios constitucionais foi a principal arma utilizada para tentar conter qualquer projeto ou decisão que significasse um aumento da competência da União. Além disso, os problemas de saúde pública, pelo menos

diu-se, juntamente com uma legislação sanitária, incorporando os serviços de higiene defensiva, a polícia sanitária, a profilaxia geral e a higiene domiciliária do Distrito Federal. Criou-se também o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e o Regulamento Processual da Justiça Sanitária (Costa, 1985; Castro Santos, 1987; Benchimol, 1990a e 1990b). Com isso, o governo federal ampliou a sua atuação no âmbito do Distrito Federal e aumentou sua capacidade de normalização e regulação sobre a saúde e a higiene da população. Foi um período de intensa agitação política, especialmente na capital federal, com a saúde ocupando um espaço central na agenda pública (Sevcenko, 1984; Carvalho, 1987).

O intervalo de 15 anos entre as reformas realizadas por Oswaldo Cruz e as mudanças significativas na organização dos serviços federais de saúde ocorridas a partir de 1919-20 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), revelaria, para alguns, as dificuldades na ampliação da capacidade do poder público federal para lidar com um grave quadro sanitário. Penso que, ao contrário, se estas modificações forem analisadas numa perspectiva de longo prazo, é possível tratá-las como episódios específicos, porém significativos, no processo de expansão do Estado no Brasil.

Em termos mais específicos, alguns fatos e a atuação de alguns atores geraram um contexto favorável a uma inflexão no papel do Estado no campo da saúde, que resultou na criação e na atuação do DNSP. Em primeiro lugar, o período correspondente à Primeira Guerra Mundial e ao imediato pós-guerra foi, no exterior e no Brasil, marcado por uma intensa atuação de movimentos de caráter nacionalista, que pretendiam descobrir, afirmar e reclamar os princípios da nacionalidade e realizá-los através do Estado Nacional

(Hobsbawn, 1991: cap.IV). No caso brasileiro, esses movimentos vislumbravam vários caminhos para a recuperação e/ou fundação da nacionalidade: educação, saúde, valores nacionais etc. (Oliveira, 1990). Um desses movimentos, a Liga Pró-Saneamento do Brasil, fundada em 1918, pretendia alertar as elites políticas, intelectuais e econômicas para a precariedade das condições sanitárias e obter apoio para uma ação de saneamento do interior do país ou, como ficou consagrado, para o “saneamento dos sertões”, visto como caminho para recuperar e civilizar o país. Desde 1916, com a publicação do relatório da expedição médico-científica realizada por Belisário Penna e Arthur Neiva em 1912 (Penna e Neiva, 1916: 74-224; Casa de Oswaldo Cruz, 1991)¹² e diante da enorme repercussão da frase “O Brasil é um imenso hospital!”, de Miguel Pereira, a saúde e o saneamento se tornaram temas nacionais.¹³ Esse movimento congregou um grande número de intelectuais, médicos, políticos, jornalistas e cientistas, e as inúmeras adesões recebidas entre 1918 e 1919 refletem um certo consenso das elites intelectuais, e de parte das elites políticas, quanto à necessidade de uma ação mais vigorosa no combate às endemias rurais, especialmente a doença de Chagas, a ancilostomose e a malária (Castro Santos, 1985 e 1987; Costa, 1985 e Labra, 1985: cap.2).

Para unificar um enorme e heterogêneo grupo como o dos membros da Liga Pró-Saneamento, era preciso um objetivo muito geral e agregador como o do “saneamento dos sertões” e, o mais difícil, uma proposta concreta que tornasse viável esse objetivo. O consenso estava na unificação, uniformização e centralização dos serviços sanitários em uma agência federal (Castro Santos, idem; Labra, idem).¹⁴

Essa proposta está claramente descrita no Programa da Liga Pró-Saneamento do Brasil, da qual retiro apenas uma parte:

“Estamos convencidos de poder a União intervir livremente nos estados em questões de higiene, indissoluvelmente ligadas a todos os problemas de ordem econômica, política e social. Não compreendemos autonomias estaduais e municipais em matéria de saúde pública (...) Nesse assunto não pode, nem deve haver simples interesse regional ou local, porque ele é nacional, devendo haver uma só orientação e uma só ação, embora auxiliada essa pelos estados e municípios, que participarem dos benefícios” (Penna, 1918:295-296).

Diante de um “mal” que se torna público e nacional, propõem a produção de um bem, a saúde pública, através do poder público federal.

Independentemente das divergências internas existentes entre os dirigentes do movimento, perceptíveis através da leitura da publicação oficial da Liga, a revista *Saúde*,¹⁵ essas diferenças diminuía bastante quando a proposta era reformar os serviços de saúde a partir do princípio da centralização administrativa. É preciso reconhecer, portanto, o papel propagandístico e político da Liga na introdução da saúde pública no centro do debate político brasileiro, na pressão por mudanças no papel do governo federal e na assessoria aos projetos de lei que visavam reformar as instituições do setor. E seriam membros e dirigentes da Liga, como Belisário Penna e Carlos Chagas, que dirigiam as agências federais que foram criadas no final da década de 1910. Não só propunham a reforma do Estado como se ofereciam para ocupá-lo enquanto técnicos e especialistas.

Outro elemento crucial para esse debate, que antecede e acompanha as atividades da Liga Pró Saneamento do Brasil, é a manifestação das instituições representativas dos médicos, especialmente aquela que veiculava as opiniões das elites médicas: a Academia Nacional de Medicina (ANM). Ainda em 1917, uma comissão de notáveis, nomeada pela ANM, apresentou um relatório com sugestões para a promoção do “saneamento dos sertões”.¹⁶

A principal conclusão da comissão foi que, para sanear o interior do país, e considerando o caráter técnico do empreendimento, a complexidade do país, a disseminação e a infestação da população, seria necessário conceder autonomia aos serviços de saúde pública. O mecanismo aconselhado era a criação do Ministério da Saúde Pública, “constituído pela fusão dos vários serviços de higiene e assistência públicas, dotado de um regulamento que o fortaleça na sua missão e entregue a um profissional de indiscutível competência”.¹⁷ O ministério era apresentado como solução, mas sabendo das dificuldades, a comissão sugeriu como recurso provisório a criação de um Conselho Superior de Higiene, com atribuições de coordenar as ações de saúde e saneamento. O que interessa salientar é que para a elite médica e para a sua instituição mais poderosa, com estreitos vínculos com a elite política brasileira, ou melhor, parte dela, a solução seria uma agência centralizadora, com autonomia política, técnica, financeira e administrativa.¹⁸

Foram incorporadas pelo governo Wenceslau Braz duas sugestões da comissão que tempos depois transformaram-se em decretos: a criação do Serviço de Quinina Oficial (Decreto nº 13.000, de maio de 1918), para a produção de medicamentos pelo governo, e a criação de um serviço de profilaxia rural, autônomo em relação ao DGSP,

a partir da experiência dos postos sanitários na periferia do Distrito Federal. Esses serviços foram a base para as primeiras mudanças significativas no papel da União que ocorreriam a partir de 1919. As propostas dessa comissão seriam retomadas no intenso debate legislativo que resultou na aprovação do DNSP.

Cabe ressaltar que o debate que ocorria no Brasil era absolutamente contemporâneo aos debates que estavam ocorrendo em vários países como Inglaterra, França e EUA, onde reformas dos serviços de saúde, com projetos de criação de Ministério da Saúde, tramitavam nos respectivos legislativos. Além disso, o final da guerra na Europa gerou problemas de imigração, higiene, controle sanitário das importações e exportações etc. Várias conferências internacionais foram organizadas para discutir e criar regras e estratégias de controle sanitário (Carvais, 1986) que tinham sérias implicações para um país exportador de alimentos e receptor de imigrantes como o Brasil.

Assim, é impossível desconsiderar as influências e pressões internacionais sobre o Brasil.¹⁹ Num mundo cada vez mais interligado, a saúde pública torna-se uma questão que afeta tanto relações intra-regionais como internacionais. As endemias e epidemias deixam de ser problemas localizados para se tornarem cada vez mais, devido aos riscos permanentes de seu alastramento de uma região e país para outras regiões e países, objetos da atenção e ação de organizações que, além de poderem, pela sua especificidade, penetrar em todo o território de um país e implementar políticas, detêm o monopólio no relacionamento com outras organizações do mesmo tipo: o Estado.²⁰

Por último, um fato pontual e trágico que, a meu ver, foi mais decisivo do que

as demandas do movimento pelo saneamento do Brasil. Desde o final de 1918, o país, especialmente as grandes cidades, era atacado pela última pandemia deste século: a gripe espanhola. A capital do país, entre outubro e dezembro, desorganizou-se completamente. Além de causar um grande número de mortes, a epidemia paralisou a vida da cidade, que sofria com a falta de alimentos e remédios, a carestia, e a completa incapacidade das autoridades públicas em responder adequadamente a uma doença pouco conhecida que atingiu a Europa e os EUA no mesmo período com igual ou maior intensidade. As descrições dos jornais, que foram submetidos a censura, são aterrorizantes. Faltavam coveiros e caixões para tantos mortos. Essa experiência de terror e medo causada por uma epidemia que atingiu as cidades sem muita distinção de classe social, ocupação ou região, com a autoridade pública revelando-se impotente e despreparada, significou uma inflexão nas respostas até então dadas pelo Estado. No Distrito Federal calcula-se que metade da população tenha contraído a gripe, contando-se aproximadamente 15 mil mortos entre outubro e dezembro de 1918. Por isso, para alguns jornais, a gripe espanhola teria sido uma “gripe democrática”. É importante perceber a epidemia como uma experiência coletiva singular que, por isso, teve impactos significativos sobre a política de saúde.²¹

O ano de 1919 mal começara, e a gripe espanhola vitimava, em 16 de janeiro, o presidente eleito Rodrigues Alves. A morte do presidente demonstrava, de forma trágica, que representantes de ambos os lados do debate teriam razões suficientes para desconfiar e considerar falida a atuação federal na área de saúde. Para os defensores da centralização, as estruturas públicas existentes não seriam mais ca-

pazes de resolver problemas elementares de saúde pública, e portanto seria necessário uma revisão completa da competência da União nessa área. A morte de Rodrigues Alves revelava uma das faces do estado sanitário do país. Ao atingir também o presidente da República, a epidemia gerou um consenso sobre a necessidade urgente de mudanças na área de saúde pública. Afinal, todos eram iguais perante algumas epidemias, o que certamente aumentou a sensibilidade de muitos parlamentares para as propostas de mudança na organização dos serviços de saúde. Não foram as endemias rurais (ancilostomose, doença de Chagas e malária) – objeto central da atenção do movimento pelo “saneamento do Brasil” –, mas uma epidemia urbana que, ao explicitar, de forma paradigmática, os efeitos negativos da crescente interdependência social, promoveu uma consciência sobre a necessidade de soluções amplas e de largo alcance. A Câmara dos Deputados, que em 1918, através da sua Comissão de Saúde Pública, vetara o projeto de criação do Ministério da Saúde do deputado Azevedo Sodré, um ano depois aprovava um substitutivo a uma mensagem de Epitácio Pessoa criando o DNSP com atribuições e mecanismos de financiamento mais amplos do que aqueles propostos por Sodré.²²

Durante a década de 1920 é possível observar indicações efetivas da expansão do papel do Estado na área de saúde pública, refletindo a atuação da nova agência federal. Ao iniciar o seu último ano de mandato, Pessoa faz um cuidadoso balanço das realizações do DNSP.²³ Alguns dados são importantes. Em 1922, 16 dos 21 estados da federação, mais o Distrito Federal, tinham feito acordos com a União para serviços de profilaxia e combate às endemias rurais.²⁴ Ao lado das sedes dos

serviços nas capitais desses estados (16), funcionavam 88 postos sanitários rurais, além dos postos da Rockefeller Foundation instalados no Maranhão, Pernambuco, Alagoas, Espírito Santo e Rio de Janeiro. A metade dos postos estava estabelecida no Distrito Federal (17), em Minas Gerais (18) e no Paraná (8). Foram construídos 6 hospitais regionais para complementar os serviços de saneamento e profilaxia rural, além de hospitais de isolamento, de assistência geral, asilos e 27 dispensários. Dados dos anos posteriores revelam um aumento constante do poder público federal na área de saúde. Por exemplo, em 1926, pelo mesmo mecanismo de acordo, o governo federal já tinha criado em 18 estados cerca de 130 dispensários e no Distrito Federal, 18 (Fraga, 1926: 521-535).²⁵

O próprio decreto de criação do DNSP, e suas regulamentações subsequentes, já indicavam uma ampliação considerável das atribuições legais do Estado no campo da saúde pública em comparação ao DGSP.²⁶ A estrutura estatal e regulatória formada ao longo dos anos 1920 foi em grande parte herdada pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) do Ministério da Educação e Saúde Pública, criado em 1930 (Fonseca, 1991).

Até aqui procurei isolar atores e fatos que explicam o contexto mais específico de uma decisão política que possibilitou mudanças no papel do Estado. Indiquei, também, que existem informações suficientes para se apontar um processo de penetração e expansão deste Estado pelo território da federação. Porém, tanto os fatos, como os discursos dos atores, os debates e as decisões legislativas de um período relevante, mas muito exíguo, revelam diagnósticos e são resultados, e não explicações, de um processo mais amplo e mais longo.

Nesse sentido, na próxima e última parte procurarei responder a duas perguntas: por que, apesar das limitações constitucionais, da ausência de demandas da população, do discurso contrário e da oposição política de parcelas significativas das elites políticas e oligárquicas, houve, ao longo do primeiro período republicano, com a aquiescência dessas mesmas elites, criação e expansão da capacidade do Estado de implementar políticas de alcance nacional, aparentemente agredindo o princípio federativo e o pacto oligárquico sobre os quais se organizava a República? Quais as conseqüências desse processo?

IV

Se tomarmos a organização federativa como uma configuração, com um padrão estruturado e mutante de interdependência entre as suas unidades e entre estas e o poder central, os problemas sanitários podem ser tratados como importantes elos de interdependência entre os estados e municípios, produtores de externalidades. As doenças, as endemias e epidemias tendem a transpor as fronteiras da unidade na qual teriam tido condições de surgir, atingindo, por exemplo através da água ou de vários tipos de relações sociais e econômicas, outras unidades territorialmente mais próximas, toda uma região ou mesmo quase todo o país. Portanto, os problemas sanitários de uma localidade podem produzir efeitos externos negativos sobre outras. A doença, ou sua ameaça, um mal público, num país pouco integrado territorialmente, acaba sendo um importante elemento constituidor da interdependência entre unidades dispersas.²⁷

Duas soluções possíveis, mas pouco prováveis dependendo da magnitude do

problema, seriam uma ação cooperativa entre municípios e estados para solucionar ou remediar os efeitos dessa relação, ou uma ação individual de uma unidade para a solução de seus problemas sanitários e para a defesa contra os efeitos externos causados pelas demais. No primeiro caso, teríamos tanto dilemas de ação coletiva quanto problemas de coordenação. Essa solução nunca foi aventada no Brasil, inclusive por um obstáculo crucial para a produção de qualquer política – a incapacidade de financiamento, e mesmo técnica, da maioria dos estados e municípios, que dificultava também a segunda solução.²⁸ Esta, a internalização dos custos da defesa frente a um mal público e da produção de um bem para a população por um estado diante do imobilismo dos demais e da lentidão do governo federal, é, em outras palavras, uma solução individual para alguns dilemas de ação coletiva (Santos, 1993).²⁹ Esta saída foi tentada por São Paulo na reforma dos seus serviços de saúde pública em 1917, que buscava, também, a preservação da autonomia das elites estaduais frente à ingerência do poder central. Dados os limites dessas soluções para remediar os efeitos negativos da interdependência, e diante da existência de um mal potencialmente público que atinge um amplo território e um grande contingente de sua população, a saída foi a criação e o aumento da capacidade de ação da instituição que tem como atributo distintivo a centralidade territorial: o Estado. Os problemas de saúde, ao se tornarem públicos pela cláusula da não-exclusão, e pelos seus efeitos externos, apontaram para o Estado como a organização com poder de implementar de forma coordenada políticas de saúde e saneamento em todo território nacional.

Estou sugerindo que os problemas gerados pelas condições sanitárias do

país, ao evidenciarem os efeitos da interdependência entre as unidades federativas e as limitações das soluções localizadas, modificaram ao longo do tempo a configuração estabelecida pela Constituição de 1891. Essas mudanças tenderam a fortalecer o Estado em detrimento dos poderes das oligarquias estaduais, aumentando a capacidade de coordenação infra-estrutural do Estado, constituindo o poder público e tornando o Estado presente em todo o território nacional, pondo-o em contato com toda a população. Não seria exagerado afirmar que as modificações constitucionais ocorridas em 1926 seriam, entre muitas outras coisas, um reconhecimento formal de processos políticos e societários que estavam transformando a configuração política estabelecida na Constituição.

Portanto, ao se tornar pública, a promoção da saúde exigiu respostas públicas e nacionais. Esse processo de coletivização interagiu fortemente com o próprio processo de formação do Estado, no qual se deu o rearranjo nas relações entre poder central e poderes locais, cada vez mais incapazes de controlar as formas de centralização territorial. Assim, o aumento da capacidade infra-estrutural do Estado foi se convertendo em poder despótico. A atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em fins de 1919, por mais que não tenha solucionado os problemas de saúde da população, significou um aumento da presença do poder público em quase todas as unidades da federação, um incremento na sua capacidade de legislar sobre assuntos direta ou indiretamente vinculados à saúde pública e, com isso, regular uma ampla gama de atividades sociais e econômicas.³⁰ A saúde pública é a ilustração do processo de penetração estatal na vida social. Isso significou, de modo inverso, a perda da capacidade de legislação, controle e intervenção das

elites políticas *vis-à-vis* às elites estatais, principalmente do seu principal *forum* decisório, o Legislativo federal.

Começou a se formar no país uma teia de regulamentações e organizações estatais, principalmente com a instalação de postos sanitários em áreas não-urbanas e nas periferias das principais cidades, muitas vezes significando o primeiro contato efetivo da população dessas áreas com o poder público. O “saneamento dos sertões”, que como vimos começava na periferia dos centros urbanos, não era apenas uma figura de retórica de um movimento que buscava a construção de uma identidade nacional, mas um projeto e um processo de construção do poder público, e através deste, de integração territorial. Com isso podemos falar, usando as dimensões temporais sugeridas por Rokkan (1975), tanto de *state-building*, com a criação, penetração e expansão do poder público, via centralização territorial, como de um processo efetivo de *nation-building*, a partir da ação normalizadora, educativa e regulatória, e portanto homogeneizadora, dos agentes do Estado sobre a população.³¹

Assim, apesar do apelo à Constituição, dos discursos nas principais tribunas públicas e dos obstáculos criados nos principais espaços de decisão política às medidas que significassem aumento da presença da União, o fato é que, como vimos, o poder das elites políticas não podia concorrer com o do Estado na resolução dos males gerados pela precariedade das condições de saúde da população. Ressalte-se que as medidas cruciais que deram início a um período de aceleração da expansão do poder público, a década de 1920, foram aprovadas pelos representantes dos poderes que estariam sendo lesados por essas mesmas medidas. Com isso, pretendo corroborar a interpretação de que

não se deve tomar a relação entre poder público e poder privado como um simples jogo de soma zero, mas compreender que incrementos no poder público podem ser gerados pela expectativa de benefícios para aqueles que terão seus poderes expropriados, com resultados finais diferentes, ou mesmo opostos, ao que fora pretendido inicialmente (Reis, 1991).

Essa dinâmica pode ser exemplificada através dos mecanismos de financiamento que são discutidos e aprovados no Legislativo federal e começam a ser utilizados em 1919, com a criação do Serviço de Profilaxia Rural, depois incorporado ao DNSP quando de sua criação.³²

Com o DNSP, introduz-se como mecanismo de financiamento, além dos recursos orçamentários, um Fundo Sanitário Especial, específico para os serviços de profilaxia rural e obras no interior. Esse fundo seria composto, com algumas diferenças, da taxa sobre bebidas alcoólicas, percentual sobre o produto dos jogos de azar, receita da venda do selo sanitário, renda dos laboratórios e institutos oficiais de pesquisa médica e saldos orçamentários do Ministério ou Departamento. Esse fundo transferiria recursos da sociedade para a União operar serviços sanitários no interior desses mesmos estados.

Para a implantação de serviços sanitários rurais, ainda mantida a necessidade legal de um convênio, algumas mudanças feitas em relação ao decreto de 1919 têm impactos significativos. Passa a ser dada preferência aos estados que pudessem arcar com a metade das despesas dos serviços, e os que não pudessem indenizariam mais tarde a União. Se no decreto de 1919 o convênio implicava necessariamente que parte dos recursos fosse financiada pelos estados, agora essa condição era apenas retórica, já que na prática todos os esta-

dos poderiam, pelo decreto de 1920, contar com as obras de saneamento com recursos federais, estabelecendo uma taxa de valorização dos terrenos saneados, ou adicional no imposto territorial, para indenizar a União no futuro. Mesmo assim, essa indenização, se um dia fosse paga, deveria cobrir apenas metade do total dos gastos federais.³³

Assim, ao longo do tempo, a União passou a arcar com as despesas de profilaxia e saneamento rural. Isso significava, efetivamente, que o custeio de obras de saneamento e de profilaxia e a implementação de políticas de saúde e saneamento nos estados realizavam-se cada vez mais, ainda que com a prévia autorização destes, de forma centralizada por uma agência federal. A quase totalidade dos estados, impossibilitados técnica e financeiramente de dar respostas aos imensos problemas de saúde pública, negociou sua autonomia pelo ingresso de recursos financeiros e humanos sob controle e administração direta do governo federal.

Um dos resultados não planejados dessa negociação foi o deslocamento da capacidade de legislar sobre assuntos de saúde pública do Legislativo para agências do Estado e seus burocratas. Depois de um intenso debate parlamentar que percorreu os anos de 1918 e 1920 e que resultou na aprovação do DNSP pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, sem votos contrários, em dezembro de 1919 (Hochman, 1991), observa-se um lento porém contínuo processo de autonomização dessa agência estatal em relação ao sistema político que a criara, que se inicia com a elaboração de sua própria regulamentação, quase um Código Sanitário Nacional. E o mais importante: a especificidade técnica de suas atividades e a sua própria rotinização, a sua complexidade e o seu alcance territorial foram aumentando o escopo de

suas atribuições e sua autonomia de formulação, decisão e implementação de políticas frente ao sistema político. Portanto, ao buscarem se beneficiar ou se apropriar da capacidade infra-estrutural do Estado, as elites políticas contribuíram para o aumento da dimensão despótica do poder desse Estado. A implementação de uma política reordenou as relações entre Estado, sistema político e grupos sociais.

Um impacto significativo desse processo de deslocamento foi a formação de quadros profissionais para gerenciarem essas mesmas agências e de uma identidade profissional. Deu-se um lento porém evidente processo de diferenciação entre os médicos clínicos e os higienistas/sanitaristas. Se a reivindicação inicialmente era de que os cargos fossem monopólio de médicos, em 1929 a demanda não era para quaisquer médicos, mas médicos formados e especializados em saúde pública. Esse movimento de constituição de diferentes identidades profissionais que começa no final do século passado sofre o impacto do crescimento do Estado na área de saúde.³⁴

Essa formação se daria via cursos de higiene e saúde pública ministrados pelo Instituto Oswaldo Cruz e pela Faculdade Nacional de Medicina, pela ida de médicos brasileiros para a John Hopkins School e pelo treinamento nos próprios serviços, e seria amplificada pela atuação da Sociedade Brasileira de Higiene, criada em 1923 (Benchi-mol, 1990; Labra, 1985). A diferenciação não foi apenas intra-elite médica, mas também, ainda que de forma mais lenta, entre elites políticas e elites médicas. Foi esse processo de formação de um grupo de profissionais médicos, empregados do Estado e especializados em saúde pública, que deu início a essa separação entre elites estatais profissionais e elites políticas. Enfim, conformou-se uma comunidade profes-

sional produzida e associada ao Estado, que passou a ser interlocutora dos grupos que tinham interesses vinculados às atividades estatais nas áreas da saúde e do saneamento. O ponto privilegiado de acesso às decisões, para pressão e veto, deixou de ser as Comissões de Saúde Pública, e o próprio Legislativo, e deslocou-se para a burocracia pública.³⁵

Enfim, as elites políticas, representantes dos interesses estaduais, ao vislumbrarem a obtenção de um benefício, a proteção em relação às externalidades causadas pelo precário estado sanitário do país que poderiam ameaçar as configurações políticas existentes, agiram no sentido de um aumento da capacidade infra-estrutural do Estado, que se converteria em poder despótico, reconfigurando ao longo do tempo as relações entre Estado e poderes locais num sentido por elas não antecipado: a ampliação do intervencionismo estatal.

Concluindo: o processo de nacionalização e a coletivização dos cuidados com a saúde, acompanhada nos anos 1920 da criação de mecanismos públicos de seguridade social e de proteção trabalhista (Gomes, 1979; Malloy, 1986), certamente não solucionou o problema das endemias rurais, dos surtos epidêmicos, de falta de saneamento, mas quase todas as avaliações do período indicavam melhorias em relação à situação anterior. Esse período foi marcado pela criação e expansão do Estado pelo território nacional, alcançando com suas ações parcelas maiores da população.

O período varguista herdava uma estrutura estatal e uma burocracia com razoável capacidade de atuação autônoma sobre o território nacional. O que ocorreu foi um deslocamento das atenções para a regulação dos efeitos da interdependência entre trabalhadores urbanos, empresários e Estado através da expansão das políticas de

previdência social, e com elas a assistência médica, produzindo bens coletivos para grupos específicos. Este deslocamento promoveu a separação institucional, territorial, burocrática e política entre saúde pública e assistência médica, entre a produção de um bem público e de um bem categórico, resultando, assim, no arrefecimento dos incrementos à capacidade infra-estrutural do Estado no campo da saúde pública. De uma perspectiva de longo prazo, creio que o fracasso das políticas estatais de saúde estaria vinculado menos a um “acanhamento” estrutural do poder público durante o primeiro período republicano, e mais ao deslocamento do processo de coletivização e estatização do bem-estar no sentido das crescentes externalidades causadas pela dimensão urbana e industrial da sociedade brasileira. Os resultados desse direcionamento do intervencionismo estatal perduram até hoje. O cólera não me deixa mentir.

Notas

1. Para fins de citação utilizo a edição portuguesa do livro de Elias, publicado em inglês em 1978.

2. O que autor propõe é a combinação de uma literatura econômica, que procura identificar e analisar as razões e condições para a intervenção e a regulação estatal em situações de interação e interdependência humana (a existência de bens públicos, das externalidades negativas e os problemas da ação coletiva), com a sociologia histórica que analisa como os efeitos da interdependência operam no desenvolvimento da sociedade. Assim, se introduziria a idéia de processo e mudança na análise das interações e escolhas individuais, aproximando a concepção de “resultados agregados esperados” da visão de “blind process” (De Swaan, 1990:2 e 4).

3. De Swaan, utilizando Olson (1966), chama a atenção para o fato de que, em sociedades cada vez mais complexas, as organizações voluntárias vão se tornando instáveis devido tanto às dificuldades de coordenação quanto aos dilemas da ação coletiva – pela dificuldade de se controlar os caronas (“free-riders”) que se beneficiam desses arranjos sem contribuir para produzi-los ou mantê-los. O problema enfrentado seria como produzir um bem coletivo e como distribuir os custos de sua produção quando, pela sua própria natureza, nenhum membro da coletividade puder ser excluído do seu consumo ou usufruto. A solução encontrada será a compulsoriedade da contribuição e a produção de proteção social via Estado.

4. As traduções das citações ao longo do texto são minhas.

5. A possibilidade dessa leitura retiro de uma passagem, secundária para o seu ponto principal, onde Elias critica a concepção weberiana da burocracia como organização racional (Elias, 1989:33).

6. Utilizo a distinção entre bem coletivo e mal coletivo proposta por Santos: “ninguém pode ser impedido de consumir um bem coletivo, se assim o quiser; e (...) ninguém poderá abster-se de consumir um mal coletivo, mesmo contra a sua vontade” (Santos, 1993:52). Os bens e males categóricos são os que “atingem uma coletividade relevante cujos limites são claros” (idem: 50).

7. De Swaan refere-se a uma “*hyperbole of expansion*” das políticas de bem-estar que fez com que houvesse uma certa convergência dos vários países (idem: 223-230), o que dificultaria uma abordagem sobre as variações nos graus de estatismo (“*stateness*”) existentes (Nettl, 1968).

8. E mais, recentemente o ataque conservador ao Estado de Bem-Estar pode, se bem-sucedido, promover uma “involução” neste processo.

9. A autora diz ter abandonado o nome “*state-centered approach*” utilizado em textos anteriores (Skocpol, 1985) para escapar de qualquer determinismo burocrático.

10. Pelo artigo 5º, “a União (...) prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar”. Pelo inciso 3º do artigo 6º, “a União não poderá intervir em negócios peculiares aos estados, salvo: (...) Para restabelecer a ordem e a tranqüilidade nos estados, à requisição dos respectivos governos”. Com a emenda constitucional de 3/9/1926 houve uma sensível ampliação da capacidade de intervenção do governo federal.

11. Os principais periódicos eram *Brasil-Médico*, *Anais da Academia Nacional de Medicina*, *Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia*.

12. A publicação desse relatório teve um grande impacto por revelar a miséria e as condições de vida no campo e no interior. Os diagnósticos e as propostas que aparecem entre 1916-1930 são fortemente influenciados por esse relatório.

13. Sobre o contexto e as repercussões dessa frase de Miguel Pereira, ver Britto (1992).

14. Devo ressaltar que a concepção de “sertões” é muito ampla. Para o médico e escritor Afrânio Peixoto, membro e fundador da Liga, a situação das endemias era tão grave e tão próxima que considerava que “os sertões do Brasil” começavam quando terminava a Avenida Central. Citado nos *Anais da Câmara dos Deputados* em 1918.

15. Uma análise detalhada sobre essa publicação e sobre as idéias nacionalistas da Liga Pró-Saneamento do Brasil está em Britto e Lima (1991).

16. A comissão era composta pelo que seria a “nata” da elite médica: Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Seidl, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas e Aloysio de Castro. Todos médicos, professores e diretores de órgãos públicos.

17. O relatório da comissão está publicado nos *Anais da Câmara dos Deputados* na sessão de 10/9/1917. As citações abaixo referem-se a essa publicação.

18. As sugestões da comissão concediam ao Conselho Superior de Higiene, a ser composto por cinco médicos, poderes e au-

tonomia nas áreas de recursos humanos, de fiscalização, de orçamento e de autorização de despesas, além de franquias postais, aduaneiras e de transporte para produtos, publicações e pessoal, e sugeria a distribuição pelo Estado da quinina (adquirindo a matéria-prima no exterior e manipulando-a nos laboratórios oficiais) para o combate à malária. Enquanto não ocorresse “o ideal de centralização”, o ministério, o conselho coordenaria os serviços das áreas endêmicas e negociaria com estados e municípios um plano geral de saneamento.

19. Tampouco é possível tratar este debate como muito específico, já que, por exemplo, as relações entre União e estados no âmbito de políticas de saúde eram um tema igualmente sensível e problemático nos EUA no mesmo período (Duffy, 1990).

20. Ressalte-se o aumento da influência das organizações supra-nacionais, que também passam a ter um importante papel normalizador e regulador das relações sanitárias entre Estados.

21. Para detalhes sobre a epidemia no Distrito Federal ver Britto (1991) e em São Paulo ver Bertolli Filho (1989).

22. O debate político e parlamentar sobre a reforma dos serviços federais de saúde está detalhadamente descrito em Hochman (1991). Ver também Castro Santos (1987).

23. As Mensagens Presidenciais enviadas a cada início de ano ao Congresso são um bom indicador do lugar ocupado pela saúde nas prioridades do Executivo. Entre 1915 e 1920, os presidentes não dedicam mais do que duas páginas ao tema. Em 1921-22, Pessoa discorre por cinco e sete páginas sobre os resultados da nova organização dos serviços de saúde. Ver BRASIL. Presidente, 1915-1918 (Wenceslau Bráz). *Mensagens Presidenciais*, Brasília, Câmara dos Deputados, 1978 (Documentos Parlamentares, 68) e BRASIL. *Mensagens Presidenciais (Delfim Moreira, 1919 e Epitácio Pessoa, 1920-1922)*, Brasília, Câmara dos Deputados, 1978 (Documentos Parlamentares, 71). As informações das mensagens de Pessoa foram comparadas com Fontenelle (1922).

24. Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná e Maranhão já tinham feito convênios em 1919; seguiram-nos Rio de Janeiro, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Alagoas, Bahia, Ceará, Pará, Amazonas, Santa Catarina e Mato Grosso. Em 1922 não tinham firmado convênios para o saneamento rural os estados de Goiás, Sergipe e Piauí; dois estados importantes com forte tradição autonomista estavam fora desses convênios: São Paulo e Rio Grande do Sul. No caso de São Paulo, o estado tinha realizado uma reforma nos seus serviços de saúde pública ainda em 1917, e dispensou a ajuda federal até o final da Primeira República; os demais estados aderiram aos convênios ao longo do tempo. Para a reforma sanitária paulista ver Castro Santos (1987: cap.4) e Merhy (1992).

25. É difícil obter dados para todos os anos. As fontes consultadas foram as Mensagens Presidenciais, os relatórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, os raros relatórios do DNSP, e discursos e textos comemorativos, de propaganda e de avaliação, publicados por técnicos e dirigentes do setor como Carlos Chagas, Clementino Fraga e J.P.Fontenelle. Foram consultados também os arquivos privados de Belisário Penna e Clementino Fraga no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz.

26. O Decreto nº 3.987 de 02/01/1920 criava o Departamento Nacional de Saúde Pública subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores com as seguintes atribuições e serviços: serviços de higiene do Distrito Federal; serviços sanitários marítimos e fluviais; profilaxia rural no Distrito Federal, estados e território do Acre; estudos e pesquisas científicas de interesse da saúde; produção, fornecimento e fiscalização de soros, vacinas e produtos congêneres; fornecimento de medicamentos oficiais pelo IOC; exame químico dos alimentos nacionais e importados; inspeção médica dos imigrantes e outros passageiros que se destinem aos portos brasileiros; assistência a doentes que necessitem de isolamento no Dis-

trito Federal; organização e divulgação de estatísticas demógrafa-sanitárias; fiscalização de esgotos e da construção de novas redes no Distrito Federal; fiscalização dos produtos farmacêuticos postos à venda; organização do Código Sanitário, a ser aprovado pelo Congresso Nacional; prescrição de multas e penas para falsificadores de alimentos e de medicamentos (nenhuma obra será iniciada sem prévio acordo com os estados).

27. Ao me referir aos estados como atores nessa configuração, refiro-me à elite que detém quase sempre monopolisticamente o poder estadual e aos seus representantes, conforme o "modelo Campos Sales" vigente na Primeira República (Lessa, 1987).

28. Sobre os problemas econômicos do período ver Fritsch (1989).

29. Será racional para um ator participar dos custos da produção de um bem público quando os da sua não-produção são maiores do que os de sua produção, independentemente de esse bem poder ser consumido por aqueles que não participaram dos seus custos, os "caronas" (Santos, 1993: 51-59).

30. O decreto que regulamentou o DNSP pode ser considerado como um código sanitário nacional, publicado com mais de 1.195 artigos (Decreto nº 14354 de 15/9/1920). Ver também referências em Fontenelle (1922) e Chagas Filho (1993).

31. Para uma análise da articulação entre Estado e nação, ver Reis (1989).

32. Este primeiro decreto (nº 13538, 9/4/1919) propõe como alternativas possíveis para a implantação pela União desses serviços nos estados, sob a forma de convênio, a participação do governo federal com 1/3 dos recursos anuais ou mais, dependendo se fosse ela ou o estado o executor dos serviços. Caso o convênio fosse entre o estado e a Fundação Rockefeller, a União arcaria com 1/4 das despesas anuais se o estado arcasse com 2/4. A importância desse decreto é que ele impunha, pela primeira vez, alguma forma mais efetiva de regulação e controle sobre os serviços sanitários dos estados, mesmo

que sob forma de convênio, já que a União participava, de qualquer maneira, do custeio e da fiscalização desses serviços, da normalização geral e da nomeação dos principais quadros.

33. É interessante que o decreto que criou o DNSP utilizasse termos bastante vagos como “preferência” e “indenizar mais tarde”, sem precisar como e quando se indenizaria.

34. Nos projetos da ANM, da Liga Pró-Saneamento e de vários médicos, reivindicava-se simplesmente os principais cargos para os médicos. Às vésperas da Revolução de 30, a Sociedade Brasileira de Higiene realizou seu V Congresso, onde Barros Barreto, que seria interventor na Bahia, defendeu em discurso a criação do ministério associada ao monopólio dos cargos de ministro e de diretorias a “sanitaristas de profissão” e à adoção da dedicação exclusiva em regime de tempo integral pelos sanitários deste ministério. Além disso, propôs que o ministério tivesse uma Escola de Saúde Pública para a formação de quadros. Em A.L.C.A. de Barros Barreto, “Como organizar o Ministério da Saúde e Assistência Pública no Brasil”, *Anais do Quinto Congresso Brasileiro de Higiene*, Recife, 1929, p.63-85.

35. Para uma discussão detalhada sobre “pontos institucionais de veto”, ver Immergut (1990).

BERTOLLI FILHO, Cláudio. 1989. “Gripe espanhola em São Paulo”. *Ciência Hoje*, vol.10, nº 58.

BRIGGS, Asa. 1961. “Cholera and society in the nineteenth century”. *Past and Present*, nº 19 (april).

BRITTO, Nara. 1991. “*La Dansarina: a epidemia de gripe espanhola na cidade do Rio de Janeiro pela imprensa carioca*”. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, datilo.

—. 1992. “Oswaldo Cruz: a construção de um mito da ciência brasileira”. Rio de Janeiro, DCS/IFCS/UFRJ, datilo. (dissertação de mestrado em sociologia).

— e LIMA, Nísia. 1991. “Saúde e questão nacional: a proposta do saneamento rural – um estudo da revista *Saúde* (1918-1919)”. *Estudos de História e Saúde*, nº 3.

CARVAIS, Robert. 1986. “La maladie, la loi et les moeurs”, em Claire Salomon-Bayet (org.). *Pasteur e la révolution pastoriennne*. Paris, Payot.

CARVALHO, José Murilo de. 1980. *A construção da ordem: a elite política imperial*. Brasília, Editora da UnB.

—. 1987. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo, Companhia das Letras.

CASA DE OSWALDO CRUZ, 1992. *A ciência vai à roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil (1911-1913)*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

CASTRO SANTOS, Luís A. 1985. “O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. *Dados*, vol.28, nº 2.

—. “Power, ideology and public health in Brazil (1889-1930)”. Cambridge, Harvard University, datilo. (tese de doutorado em sociologia).

CHAGAS FILHO, Carlos. 1993. *Carlos Chagas: meu pai*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

COSTA, Nilson do Rosário. 1985. *Lutas urbanas e controle sanitário; origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes/ABRASCO.

Bibliografia

Artigos e livros (outras fontes e documentos aparecem ao longo das notas):

BENCHIMOL, Jaime (coord.). 1990a. *Manguinhos: do sonho à vida – a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

—. 1990b. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes. Biblioteca Carioca vol.11.

- DE SWAAN, Abraam. 1990. *In care of the State*. London, Polity Press.
- DUFFY, John. 1990. *The sanitarians: a history of American public health*. Urbana & Chicago, University of Illinois Press.
- ELIAS, Norbert. 1982. *State-formation and civilization: the civilizing process*. Oxford, Basil-Blakwell.
- . 1989. *O que é sociologia?* Lisboa, Edições 70.
- FONSECA, Cristina M.O. 1991. "Origens do Ministério da Educação e Saúde Pública: criação e estrutura administrativa durante o governo provisório". Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, datilo.
- FONTENELLE, J.P. 1922. "Higiene e saúde pública", capítulo para a edição comemorativa do Centenário da Independência. Rio de Janeiro, Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, datilo.
- FRAGA, Clementino. 1926. "Saneamento urbano e rural", em *Livro do Centenário da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro, Imprensa Brasil.
- FRASER, Derek. 1986. *The evolution of the British Welfare State*. 2a ed. London, MacMillan.
- FRITSCH, Winston. 1989. "Apogeu e crise na Primeira República", em Marcelo de Paiva Abreu (org.). *A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana (1889-1989)*. Rio de Janeiro, Campus.
- GOMES, Ângela de C. 1979. *Burguesia e trabalho*. Rio de Janeiro, Campus.
- e FERREIRA, Marieta de M. 1989. "Primeira República: um balanço historiográfico". *Estudos Históricos*, nº 4.
- HALL, John & IKENBERRY, G. John. 1990. *O Estado*. Lisboa, Editorial Estampa.
- HINTZE, Otto. 1975. *The historical essays of Otto Hintze*, Felix Gilbert (ed.). New York, Oxford University Press.
- HOBSBAWM, Eric. 1991. *Nações e nacionalismo desde 1780*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- HOCHMAN, Gilberto. 1991. "Veto e negociação: a centralização da política de saúde em debate na Câmara dos Deputados (1918-1919)". Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, datilo.
- IMMERGUT, Ellen M. 1990. "Institutions, veto points, and policy results: a comparative analysis of health care". *Journal of Public Policy*, vol. 10(4).
- KUZMICS, Helmut. 1988. "The civilizing process", em John Keane (ed.). *Civil society and the State: new European perspectives*. London, Verso.
- LABRA, Eliana. 1985. "O movimento sanitário dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil". Rio de Janeiro, EBAP/FGV, mimeo (tese de mestrado).
- LESSA, Renato. 1987. *A invenção republicana: Campos Sales, as bases e a decadência da Primeira República brasileira*. São Paulo, Vértice/TUPERJ.
- MALLOY, James. 1986. *A política de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.
- MANN, Michael. 1992. "O poder autônomo do Estado: suas origens, mecanismos e resultados" em John Hall (org.). *Os Estados na história*. Rio de Janeiro, Imago.
- MERHY, Emerson E. 1992. *A saúde pública como política*. São Paulo, Hucitec.
- MERQUIOR, José Guilherme. 1992. "Padrões de construção do Estado no Brasil e na Argentina", em John Hall (org.). *Os Estados na história*. Rio de Janeiro, Imago.
- NETTL, J.P. 1968. "The State as a conceptual variable". *World Politics*, 20(4).
- OLIVEIRA, Lúcia Lippi. 1990. *A questão nacional na Primeira República*. São Paulo, Brasiliense/CNPq.
- OLSON, Mancur. 1965. *The logic of collective action: public goods and theory of groups*. Cambridge, Harvard University Press.
- PENNA, Belisário e NEIVA, Arthur. 1916. "Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás". *Memórias do*

- Instituto Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro, 8(30).
- PENNA, Belisário. 1918. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro, Revista dos Tribunais.
- REIS, Elisa P. 1989. "O Estado nacional como ideologia". *Estudos Históricos*, vol.1(2).
- . 1991. "Poder privado e construção de Estado sob a Primeira República", em Renato Boschi (org.). *Corporativismo e desigualdade: a construção do espaço público no Brasil*. Rio de Janeiro, IUPERJ/Rio Fundo Editora.
- ROKKAN, Stein. 1975. "Dimensions of State formation and nation-building: a possible paradigm for research on variations within Europe", em C.Tilly (ed.). *The formation of Nation States in Western Europe*. Princeton, Princeton University Press.
- SANTOS, Wanderley G. dos. 1993. *Razões da desordem*. Rio de Janeiro, Rocco.
- SEVCENKO, Nicolau. 1984. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo, Brasiliense.
- SKOCPOL, Theda. 1985. "Bringing the State back in: strategies of analysis in current research", em P.Evans, D. Ruesmeyer e T. Skocpol (eds.). *Bringing the State back in*. Cambridge, Cambridge University Press.
- . 1992. *Protecting soldiers and mothers: political origins of social policy in the United States*. Cambridge, Harvard University Press.
- SOUZA, Maria do C. Campelo de. 1977. "O processo político-partidário na Primeira República", em Carlos Guilherme Mota (org.). *O Brasil em perspectiva*. 9ª ed. São Paulo, DIFEL.
- TILLY, Charles. 1975. "Reflections on the history of European State-making", em C.Tilly (ed.). *The formation of Nation States in Western Europe*. Princeton, Princeton University Press.
- WEBER, Max. 1944. *Economia y sociedad*. México, Fondo de Cultura Económica.

(Recebido para publicação em maio de 1993)

Gilberto Hochman é pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz.