



**Política, atores e
interesses no
processo de
mudança
institucional: a
criação do
Ministério da Saúde
em 1953**

*Politics, actors, and
interests in the process
of institutional
change: the creation
of the Brazilian
Ministry of Health in
1953*

Wanda Hamilton

Departamento de Pesquisa/
Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz
Av. Brasil, 4036, 4º andar
21040-361 Rio de Janeiro — RJ Brasil
wandash@coc.fiocruz.br

Cristina Fonseca

Departamento de Pesquisa/
Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz
Av. Brasil, 4036, 4º andar
21040-361 Rio de Janeiro — RJ Brasil
fonseca@coc.fiocruz.br

HAMILTON, W. e FONSECA, C.: 'Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 10(3): 791-825, set.-dez. 2003.

Este trabalho analisa a criação do Ministério da Saúde, em 1953, por meio da identificação dos principais agentes envolvidos, seus interesses e estratégias utilizadas para atingir seus objetivos e influenciar o processo de mudança institucional. Relacionando este processo às características particulares do contexto político da época, identificaremos, entre as arenas de decisão, aquela que ganhou relevância; apresentaremos as variáveis políticas que interferiram no surgimento dessa nova agência estatal autônoma para a saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: história da saúde, Ministério da Saúde, políticas públicas.

HAMILTON, W. e FONSECA, C.: 'Politics, actors, and interests in the process of institutional change: the creation of the Brazilian Ministry of Health in 1953'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 10(3): 791-825, Sept.-Dec. 2003.

This analysis of the 1953 creation of the Ministry of Health identifies the main actors involved, their interests, and the strategies they employed to reach their goals and influence the process of institutional change. Placing the process within the context of the era's specific political characteristics, the article identifies the predominant decision-making arena as well as the political variables that influenced the emergence of this new, autonomous government agency for public health.

KEYWORDS: history of health, Ministry of Health, public policies.

Introdução

O objetivo deste artigo é analisar o processo de criação do Ministério da Saúde, enfim separado da pasta da Educação em julho de 1953, relacionando-o às características particulares do contexto político da época. Para tal, acompanharemos os debates que precederam a sua criação, a fim de identificar os atores envolvidos; as posições dos partidos políticos que se pronunciaram a respeito do formato que deveria assumir a nova agência estatal; as diferentes concepções de saúde e os interesses em jogo, de modo a verificar quais foram as motivações que levaram à criação de uma pasta autônoma para a saúde pública.

Recorre-se aqui ao uso de fontes originais que nos permitem refletir a respeito da constituição histórica dos atores e suas escolhas estratégicas na definição de projetos políticos e institucionais. Este trabalho tem, assim, um caráter inédito, visto que as poucas abordagens existentes sobre a criação do Ministério da Saúde se preocupam em apontar, basicamente, as conseqüências da separação da pasta da saúde e da educação.¹ A maior parte deles não procura explicitar os interesses, conflitos e motivos que levaram ao aparecimento desse ministério.

A intenção de criar um ministério específico para o setor da saúde não era uma proposta original daquele período de nossa história política. No decorrer do processo de institucionalização da saúde pública no Brasil — intensificada a partir dos primeiros anos do século XX, quando se iniciaram os debates relativos ao tema e começaram a ser implementadas reformas na área da saúde —, encontram-se várias propostas relativas à criação de um Ministério da Saúde que, por diferentes razões, não chegaram a se concretizar.

Uma breve recuperação histórica nos mostra que em 1910 um projeto de criação do ministério já havia sido alvo de intensos debates no Congresso Nacional. Contudo não conseguiu obter votos suficientes para sua aprovação, pois esbarrava na forte oposição das oligarquias rurais, que viam na criação desse órgão uma ameaça à autonomia dos estados diante da possível interferência do governo federal. A solução encontrada para conciliar os interesses políticos resultou na negociação que levou a uma importante reforma no setor da saúde, culminando com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 (Hochman, 1998).²

A Revolução de 1930, que marcou a ascensão de Getúlio Vargas, foi um marco da transição das antigas estruturas de poder oligárquico para uma sociedade que buscava se modernizar, sobretudo pelo incentivo do Estado ao processo de industrialização do país —, que se acelerou a partir da década de 1950.

O projeto centralizador inaugurado nesse período colocou em discussão a reforma das estruturas do Estado, com o objetivo de reforçar sua capacidade de intervenção e coordenação das ações de saúde em

todo o território nacional. Um primeiro resultado desse impulso seria a criação, em 1930, de uma pasta ministerial para a saúde pública, que no entanto surgiria vinculada ao setor de educação. Entretanto, a idéia de um ministério autônomo para a saúde permaneceria como uma aspiração vocalizada por Belisário Penna. Apesar da posição de importância que esse médico ocupava na esfera governamental — foi diretor do DNSP a partir de 1930 e ministro interino da Educação e Saúde Pública entre setembro e dezembro de 1931 —, sua proposta não seria implementada.

Ao longo de toda a década de 1940, o projeto de um ministério específico para a saúde voltou, por diversas vezes, a ser tema de debates no interior da arena política. Em 1941, durante a realização da I Conferência Nacional de Saúde no Rio de Janeiro, os delegados de Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina questionaram a direção do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Queriam saber por que não havia sido incluída entre os temas da conferência a proposta que haviam apresentado no ano anterior, indicando a necessidade de criação de um ministério para a saúde (Hochman *et alii*, 2000).

O ressurgimento dos debates em torno da criação dessa agência estatal após a redemocratização do país, em 1945, pode ser entendido, portanto, como a continuidade de um movimento que tinha entre seus principais defensores médicos e sanitaristas brasileiros em atividade no setor público. A dificuldade de identificar movimentos sociais relevantes que, nesse período, demandassem a intervenção do Estado na área da saúde e o aspecto eminentemente técnico que assumiriam os debates em torno das condições sanitárias nacionais transformaram médicos e sanitaristas em formuladores privilegiados das políticas de saúde.

O consenso em torno da necessidade de criação de uma pasta autônoma para a saúde pública pode ser relacionado ao clima geral de “otimismo sanitário” que se difundiu durante a Segunda Guerra Mundial. Os avanços na elaboração de vacinas e o desenvolvimento de antibióticos, sobretudo a penicilina, e inseticidas, como o DDT, confirmavam a crença de que a medicina e a ciência levariam a humanidade a dar um grande salto na luta contra os micróbios, motivando uma confiança sem precedentes quanto à erradicação das doenças infecciosas (Garret, 1995).

No contexto nacional, essa orientação refere-se à visibilidade que o tema das endemias rurais assumiu no cenário político marcado pelos programas para o desenvolvimento econômico do país, lançados com a redemocratização no pós-guerra. Reeditando as argumentações do movimento pelo saneamento rural das décadas de 1910 e 1920, médicos e sanitaristas indicavam que as condições precárias de saúde da maioria da população, ainda concentrada na área rural, aliadas ao subdesenvolvimento e à pobreza poderiam ser superadas com a criação de um ministério. Este deveria ser comandado por um especialista na área e contar com maiores recursos orçamentários para promover as políticas sanitárias.

No entanto, a peculiaridade do processo em análise reside no fato de que, a partir de 1946, se incorporaram também a esse debate representantes dos partidos políticos, formulando e disputando projetos para o setor. Tanto na Assembléia Constituinte quanto na Comissão de Saúde da Câmara Federal havia uma forte mobilização em prol da criação do Ministério da Saúde. Buscando se articular ao Poder Executivo, o movimento pressionou o governo Dutra (1946-51) no sentido da elaboração de um projeto com a finalidade de instituir essa nova agência estatal.

Apesar do empenho do ministro da Saúde da época, Clemente Mariani, que teria envolvido os quadros técnicos do DNS nessa missão, a demora do Poder Executivo em encaminhar ao Congresso Nacional o anteprojeto de criação do Ministério da Saúde acabou por resultar na apresentação, por parte do Poder Legislativo, do projeto 315 de 1950.

Nessa fase de discussão e aprovação do projeto na Câmara Federal, a maioria dos políticos que desempenharam papel importante era constituída por médicos. O panorama sofreria alterações a partir de 1952, quando o segundo governo Vargas (1951-54), determinado a realizar uma ampla mudança da estrutura do Estado, incorporou ao anteprojeto de reforma administrativa uma proposta de configuração da nova pasta ministerial para a saúde. O projeto similar ao do Poder Legislativo teve, entretanto, o efeito de expandir o debate a respeito da nova pasta, atraindo as lideranças dos principais partidos políticos reunidas na Comissão Interpartidária para a Reforma Administrativa (Cira).

Veremos que a ampliação da agenda aberta com a reforma gerou uma multiplicidade de propostas a respeito do formato da nova pasta ministerial da saúde. Tais propostas estavam ligadas a diversos interesses em jogo, que, concorrendo entre si, desarticularam o consenso inicialmente obtido. Após intensas negociações, a decisão final da comissão terminou por alterar o perfil do ministério, ao sugerir que a saúde pública deveria se reunir aos serviços de assistência médica da Previdência Social para compor o Ministério dos Serviços Sociais.

Em 1953, no contexto da crise política que marcou o governo Vargas, o projeto inicial apresentado pela Câmara, e que há dois anos aguardava votação, foi aprovado pelo Senado em regime de urgência, contrariando a decisão da Comissão Interpartidária.

Diante desse quadro, julgamos oportuno estabelecer as seguintes indagações: que fatores teriam contribuído para que tão antiga aspiração fosse alcançada exatamente neste contexto? Quais os atores e interesses envolvidos no processo de reforma institucional? Quais as propostas apresentadas e debatidas no desenrolar da dinâmica política que definiu o perfil do novo ministério?

Para responder a essas questões é necessária uma análise cuidadosa do quadro político que marcou o contexto de transição, procurando

identificar as variáveis políticas e institucionais que, na nossa interpretação, tiveram papel relevante na transformação institucional.

Para essa tarefa nos apoiamos nas investigações de vertente institucionalista, referência contemporânea sobre processos de criação e mudanças institucionais. Destacando que as instituições desempenham papel central no jogo político — trazendo implicações para o seu resultado —, as análises desenvolvidas nesse campo iluminam aspectos que permeiam as relações estabelecidas entre instituições públicas, atores e idéias. Trazem subentendida em seu foco de análise a convicção de que as instituições circunscrevem e refratam políticas, mas não devem ser vistas como causa isolada dos resultados alcançados.³

O trabalho de Immergut (1992) é, entre os estudos com enfoque neo-institucionalista, nosso principal ponto de referência para as reflexões desenvolvidas ao longo deste trabalho. Analisando como as políticas nacionais de saúde surgiram e se desenvolveram na França, na Suécia e na Suíça, a autora mostra que países com níveis semelhantes de desenvolvimento econômico e tecnológico produziram diferentes sistemas de saúde, em consequência do complexo institucional no qual as propostas legislativas foram apresentadas.

Ao ressaltar a importância das leis em determinar a extensão na qual o acesso à saúde será definido como um direito do cidadão, Immergut procura analisar o processo político que acompanha a definição das leis. Levando em conta que, nesse processo, há um conflito de interesses, e que a aprovação de uma lei define quem perde e quem ganha, ela chama atenção para o que denomina de 'pontos de veto', constituídos a partir das regras do jogo político estabelecidas naquele país.

As barreiras institucionais e políticas que criam a possibilidade de veto direcionam o processo de decisão por diferentes caminhos em diferentes sistemas políticos. Isso faz com que os pontos de decisão variem entre o Executivo, o Parlamento e a arena eleitoral. Nesse sentido, Immergut ressalta que as regras constitucionais e os resultados eleitorais estabelecem a moldura no interior da qual o processo de *policy-making* se desenvolve e os grupos de interesse apresentam maior ou menor oportunidade para atuar.

Regras constitucionais, organização dos partidos políticos e padrões de participação do eleitorado configuram assim as estruturas no interior das quais o processo de decisão ocorre, deixando clara a interferência de fatores políticos na determinação de um problema público (Immergut, op. cit.).

A partir dessa perspectiva, nosso trabalho está dividido em três partes que procuram acompanhar as diversas fases que caracterizaram o processo de criação do Ministério da Saúde. Na primeira, analisaremos o período de transição política que sucedeu a eleição de Eurico Gaspar Dutra, identificando os pontos de ruptura, bem como as continuidades em relação ao Estado Novo. Apresentaremos as propostas relativas à

criação de uma pasta autônoma para a área da saúde, dirigindo especial atenção para: a apresentação do projeto pelo Poder Legislativo; os rumos do debate desencadeado na Câmara Federal; a posição de deputados e médicos; e a aprovação do projeto na Câmara Federal, exatamente no momento de transição do governo Dutra para o novo período de Vargas na Presidência da República.

Na segunda parte, procuraremos delimitar o segundo governo Vargas, traçando um panorama da conjuntura política, do formato e da organização dos partidos no período. Serão apontadas as mudanças introduzidas no projeto de criação do Ministério da Saúde a partir de sua incorporação ao anteprojeto de reforma administrativa apresentado pelo Poder Executivo. Acompanharemos a ampliação das discussões que envolveram os principais partidos políticos em torno de propostas concorrentes de organização da agência estatal.

Na terceira parte, a análise irá deter-se especificamente no ano de 1953, marcado pelo agravamento da instabilidade política e por uma virada no processo de reformulação institucional em curso, que culminou com a aprovação, no Senado, do projeto originário do Poder Legislativo que criava o Ministério da Saúde.

A partir dessas considerações será possível identificar, entre as arenas de decisão, aquela que ganhou relevância e apresentar as variáveis políticas que interferiram nas estratégias adotadas. Serão identificados os principais agentes, seus interesses, as estratégias utilizadas para atingir seus objetivos e influenciar o processo de mudança institucional.

A saúde em questão no processo de redemocratização política

A saída de Vargas do governo em 1945, a realização de eleições e a promulgação de uma Constituição em 1946 deram início a um novo arranjo entre as forças políticas organizadas. Esse processo, entretanto, encontrava suas origens nas articulações políticas que haviam sido definidas no decorrer do extinto regime ditatorial.

Os partidos que se formaram e assumiram pela primeira vez uma dimensão nacional — até então se constituíam sob bases estaduais — apresentavam relações diretas com grupos de interesse estabelecidos durante o Estado Novo e mantiveram um forte vínculo com a política regional. Ou seja, a política partidária assumia, pela primeira vez a partir de 1946, um caráter nacional, sem entretanto romper seus tradicionais vínculos históricos com a política local, marca de origem de nosso sistema político.

Efetivamente, foi sob uma estrutura burocrática e centralizada que se implantaram os partidos em 1945, e a mesma elite política característica do Estado Novo conduziu o processo de redemocratização nacional (Souza, 1976). Esse fenômeno explica o fato de o sistema de interventorias ter funcionado como o núcleo central da gênese do Partido Social Democrático (PSD), organizado

sob a chancela do próprio Vargas. O controle das máquinas político-administrativas regionais favoreceu sua rápida organização em todo o país, contando entre seus quadros com nomes de expressão, como Benedito Valadares, Ernani do Amaral Peixoto e Agamenon Magalhães, que definiriam estratégias para assegurar o poder já em um regime democrático (Ferreira *et al.*, 2002).

A União Democrática Nacional (UDN) congregou a elite política estadual desalojada do poder durante o regime varguista, composta por um grupo heterogêneo, cuja característica comum residia na oposição a Vargas (Brasil, 1983). O Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) também surgiu da estrutura sindical montada a partir dos anos 1930, contando com a mística getulista e com o voto operário mobilizado pela máquina do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

As eleições realizadas em dezembro de 1945 deram a vitória ao PSD, quando Eurico Gaspar Dutra recebeu 55% do total dos votos, derrubando as fortes expectativas da UDN quanto à eleição de Eduardo Gomes. Mais surpreendente foi a estrondosa votação que Getúlio Vargas recebeu, deixando claro que sua saída da Presidência da República não significara enfraquecimento político. Ele obteve mais de um milhão de votos, tendo sido eleito senador pelos estados do Rio Grande do Sul, pela legenda do PSD, e de São Paulo, pelo PTB. Além disso, foi eleito deputado federal por sete estados pela legenda do PTB (Brandi, 2001, p. 5.944).⁴

Os desdobramentos desse quadro político-partidário no decorrer do governo Dutra (1945-50) estiveram vinculados a dois aspectos que marcaram a conjuntura política: o crescimento da importância de Ademar de Barros e do Partido Social Progressista (PSP) no cenário político nacional; e o temor, por parte de setores do PSD e da UDN, do retorno de Vargas à Presidência da República.

As eleições para o governo de São Paulo, em novembro de 1947, foram um marco nesse sentido, quando houve fragmentação entre os quadros do PSD na disputa pelo cargo de vice-governador. O candidato que contava com o apoio de Vargas — Cirilo Junior — perdeu a disputa para Novelli Junior, candidato de Ademar de Barros. Este último saiu fortalecido do processo, assegurando seu papel como importante articulador político. Por outro lado, as cisões no interior do PSD se agravariam a partir de então.

Dutra procurou, durante sua gestão, fazer articulações para aproximar os partidos conservadores. Ainda em novembro de 1947 formalizou um acordo interpartidário entre setores do PSD, da UDN e do Partido Republicano (PR), buscando consolidar uma oposição a Vargas. O acordo garantiu-lhe maioria no Parlamento com 235 das 286 cadeiras, permitindo que governasse em condições muito favoráveis, sem enfrentar praticamente qualquer oposição.

O acordo interpartidário não garantiu, entretanto, resultados positivos que assegurassem o controle do processo de sucessão presidencial de

1950. Segundo Afonso Arinos de Mello Franco, “desde logo revelou-se que a massa udenista opunha-se ao arranjo político que lhe debilitava as bases eleitorais, animadas do espírito de oposição, e a massa pessedista também se opunha a uma partilha, que reputava injusta, do poder que considerava ter conquistado nas urnas. Em resumo: as realidades eleitorais eram mais fortes que as combinações entre os eleitos” (Brandi, op. cit., p. 5.948).⁵

Nesse processo de reconfiguração dos quadros partidários durante a gestão de Dutra, o PSD não conseguiu se fortalecer, apesar de ter eleito o presidente da República. Ao contrário, a partir da segunda metade dos anos 1940, enfrentou um processo de desgaste, também sentido pela UDN, acompanhado, por outro lado, do crescimento do PTB e do PSP de Ademar de Barros em São Paulo. Segundo Soares (1973, p. 90), no período compreendido entre 1945 e 1950, o PSD perdeu 39 deputados de sua base política pela transferência para outros partidos, movimento que se estabilizou a partir de 1954.

Apesar de apresentarem fortes vínculos com os interesses políticos consolidados nos anos anteriores, as lideranças partidárias, por outro lado, reconheciam a necessidade de reorganizar as forças políticas no novo panorama, que se caracterizava por ampliação da participação eleitoral e fortalecimento de novos segmentos políticos. É portanto nesse contexto de transição política que se inicia a discussão a respeito da criação do Ministério da Saúde.

A redemocratização do país, iniciada em 1945, fez ressurgir no interior da Assembléia Constituinte os debates a respeito da reorganização da sociedade brasileira. Por conseguinte, os problemas sanitários brasileiros e as questões de saúde pública passaram a integrar as discussões. Ainda na Assembléia Constituinte, deputados recém-eleitos, como os médicos Alcedo Coutinho (PCB) e Miguel Couto Filho (PSD), expressaram sua preocupação acerca das precárias condições de saúde em que se encontrava a maioria da população brasileira, relançando a idéia da criação de um ministério independente para a saúde pública.

Década e meia depois da criação do Ministério da Educação e Saúde, não parecia haver tantas divergências a respeito do surgimento de uma pasta independente para a saúde. O processo gradual de centralização e ampliação dos poderes do Estado brasileiro, associado ao progressivo aumento de sua responsabilidade na defesa e proteção da saúde do indivíduo — idéia veiculada principalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) — tornaram a proposta praticamente um consenso. Progressivamente ela foi ganhando adeptos em vários setores do governo, entre membros de partidos como UDN e PSD, e de sanitaristas reunidos na Sociedade Brasileira de Higiene (SBH).

A criação do Ministério da Saúde era vista por esses atores como condição *sine qua non* para a solução dos graves problemas sanitários brasileiros, inclusive como uma forma de justificar a necessidade urgente

de pasta autônoma para a saúde pública. A razão que impelia médicos e sanitaristas em defesa da idéia era o desejo de delimitar um espaço de atuação próprio para a saúde pública e, ao mesmo tempo, elevar seu estatuto dentro do Estado, transformando-a em pasta independente.

Fechados os trabalhos da Assembléia Constituinte, a arena de debate pela criação do Ministério da Saúde iria se deslocar para a Comissão de Saúde Pública (CSP) da Câmara Federal, composta por vinte deputados,⁶ todos formados em medicina. A maioria dos integrantes, Miguel Couto Filho à frente, começaria a se mobilizar ainda em 1950 em defesa da idéia. Chegou mesmo a dirigir ao presidente da República, Eurico Gaspar Dutra, uma solicitação pedindo empenho pessoal na criação de uma secretaria de Estado que teria a seu encargo a solução dos problemas de saúde do povo.

Segundo apreciação dos médicos da comissão, um projeto enviado pelo Poder Executivo teria maior força e legitimidade dentro do Congresso, pois eles suspeitavam que, caso fosse enviado por um deputado, poderia ser considerado inconstitucional pela Comissão de Constituição e Justiça.⁷ A partir de uma primeira interlocução com o Estado, os deputados procuraram incluir as questões de saúde pública na agenda governamental, forçando o reconhecimento da necessidade de colocar em pauta a discussão a respeito da definição e implementação de ações sanitárias.

A articulação entre a CSP e o governo em prol da criação do Ministério da Saúde incorporaria o ministro da Educação e Saúde. Clemente Mariani (UDN) encarregaria os quadros técnicos do Departamento Nacional de Saúde de elaborar um anteprojeto propondo a separação das duas pastas. Porém, em maio de 1950, Mariani renunciava ao cargo, a fim de articular sua candidatura ao Senado Federal pela Bahia, sem ter conseguido que o Poder Executivo enviasse o projeto ao Congresso Nacional.

Nesse contexto, cresceu entre os parlamentares a percepção de que, já no fim do seu mandato, o presidente Dutra não honraria o compromisso assumido perante a Comissão de Saúde Pública. Segundo o deputado Rui Santos: “Estudos foram realizados, tendo a imprensa, em mais de uma oportunidade, se referido à remessa à Câmara de uma mensagem com o projeto de lei; parece, porém, que o sr. presidente da República não quis criar solução de continuidade no trabalho que o Ministério da Educação e Saúde vem realizando atualmente no setor de saúde pública, deixando a instalação do novo ministério para o novo governo que há de substituir ao que preside.”⁸

Essa constatação — aliada ao temor de que a mudança presidencial e a renovação da Câmara e do Senado, programadas para março de 1951, adiassem mais uma vez os planos de criação de uma secretaria de Estado para a saúde pública — levou o próprio Rui Santos⁹ a apresentar o projeto 315-1950, de sua autoria, em maio de 1950, propondo a criação do Ministério da Saúde e Assistência.

O deputado decidiu tomar a iniciativa, motivado pelo fato de que a Comissão de Constituição e Justiça havia declarado a constitucionalidade de um projeto que previa a criação do Ministério da Economia. Isso poderia assegurar a aprovação da criação da pasta da Saúde ainda naquela legislatura aparentemente favorável à idéia. Contando com o apoio da Comissão de Saúde, da qual havia sido vice-presidente, Rui Santos esperava que esta, de posse dos estudos realizados pelo Ministério da Educação e Saúde, apreciaria seu projeto, transformando-o em lei.¹⁰ Assim, no dia 31 maio de 1950, o projeto foi remetido às comissões de Constituição e Justiça, Saúde Pública, Finanças, e Serviço Público e Civil, para que dessem os seus pareceres.

A tramitação do projeto 315-1950 na Câmara Federal — em regime de urgência, a pedido da CSP — contou com a participação decisiva da comissão, que elaborou um substitutivo modificando pontos centrais do projeto original. De forma bastante resumida, podemos assinalar a retirada do texto dos itens referentes às atribuições do novo ministério e a incorporação de novos órgãos — como o SESP e a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho do Ministério do Trabalho. Alegava-se que facilitaria sua aprovação reunir apenas os órgãos já integrantes dos serviços de saúde do ministério, deixando para o futuro outras possíveis incorporações. Em essência, o substitutivo mantinha praticamente inalterada a estrutura do DNS, elevando-o à categoria de secretaria de Estado e dotando-o de um terço dos recursos orçamentários e do funcionalismo do Ministério da Educação e Saúde.

Em apenas um ponto, porém, a comissão acrescentava um dado inédito: o artigo quarto previa que o setor de saúde do Plano Salte deveria ser orientado e administrado diretamente pelo Ministério da Saúde. O Plano Salte, experiência solitária de ação planejada do governo Dutra, tinha como uma de suas metas o investimento de 13% de seus recursos na área de saúde, compreendida como um setor fundamental para alavancar o desenvolvimento econômico do país. Produzido por técnicos do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP), foi elaborado de tal modo que organização, definição de prioridades, distribuição e aplicação de recursos fossem realizados diretamente pela Presidência da República, transformando-se o Departamento Nacional de Saúde em executor.

Segundo os membros da CPS, a passagem do setor saúde do Plano Salte para o futuro ministério contornaria o problema crônico de escassez de recursos, apontada por deputados, médicos e sanitaristas como um dos principais entraves à concretização das medidas sanitárias planejadas pelo DNS. A responsabilidade pela coordenação do setor saúde do Plano Salte na esfera do futuro Ministério da Saúde permitiria, segundo a CSP, que este fosse dirigido por profissionais especializados. Estes estariam regidos por critérios de racionalidade tecnicamente definidos e seriam capazes, portanto, de identificar corretamente os problemas e

propor soluções coerentes com o conhecimento científico e com as necessidades sanitárias do país.

Em janeiro de 1951, em um debate marcado por questões eminentemente técnicas ligadas à separação das pastas, a Câmara Federal aprovou o projeto substitutivo da CSP, porém com a exclusão do artigo que previa a incorporação do setor saúde do Plano Salte. O plenário sancionou a emenda da Comissão de Finanças,¹¹ que justificava sua decisão defendendo a necessidade de manutenção da unidade do plano: “o objetivo do Plano Salte é o de unificar através de um órgão de execução de serviços, tarefas e empreendimentos tendentes a vigorar as condições de produção econômica. A unidade do plano, por isso mesmo, se impõe. A permanecer o artigo quarto teremos retalhado numa de suas partes um plano que deve ser aplicado de maneira uniforme e em bloco a todos os setores da nação.”¹²

É importante ressaltar que a urgência demandada pela CSP garantiu que o projeto fosse aprovado no período de transição entre os governos de Dutra e Vargas, e antes da renovação do Poder Legislativo, que só ocorreria em março de 1951. Com efeito, Miguel Couto Filho expressaria o papel de destaque que teve a CSP por ele presidida, ao congratular-se com a comissão “pela vitória que foi a aprovação unânime, em plenário, do projeto que cria o Ministério da Saúde”.¹³ Esperava que este fosse devidamente apreciado pelo Senado Federal, para onde finalmente foi remetido, no dia 3 de maio de 1951, o projeto de lei 85, que criava o Ministério da Saúde.

Essa primeira etapa da discussão evidencia a falta de centralidade da saúde pública no período. Sem contar com o apoio necessário para absorver o setor saúde do Plano Salte, a ela apresentava-se como elemento subsidiário dos imperativos da industrialização (Melo, 1991), mobilizando um grupo restrito de atores, composto basicamente por médicos representados no Congresso e nas Comissões de Saúde Pública da Câmara e do Senado e sanitaristas ligados ao Departamento Nacional de Saúde e à Sociedade Brasileira de Higiene.

Entretanto, se havia um relativo consenso quanto à necessidade de criação de uma pasta autônoma para a saúde pública, não podemos afirmar o mesmo em relação ao seu formato institucional. Nesse período, deparamos com uma multiplicidade de propostas que demonstram as disputas pela definição dos rumos das ações sanitárias durante a década de 1950.

Ainda em 1948, o médico paranaense Aramis de Ataíde, deputado federal pelo PSD, defendeu a criação de um Ministério da Saúde, Assistência e Previdência Social, em discurso proferido na Câmara Federal. Apoiado em um diagnóstico apurado da situação sanitária nacional, destacava a falta de recursos e a multiplicidade de órgãos administrativos como os principais impedimentos à melhor execução das ações de saúde no país. Concluía que “a criação de um Ministério da Saúde formado exclusivamente com os elementos ora incluídos no

Ministério da Educação e Saúde nada ou muito pouco resolveria; antes até essa nova secretaria de Estado se tornaria incompleta e dispendiosa, faltando portanto nas suas finalidades” (Ataide, 1949, p. 14).

Ataide detectava uma oferta de serviços médicos e sanitários desigualmente distribuída entre as áreas urbana e rural, além de ressaltar o caráter fragmentário e corporativo da Previdência Social, que excluía de seu universo de segurados a maioria da população brasileira, ou seja, aqueles que não se incorporavam à força de trabalho formal. Adepto de uma medicina que deveria se impor nos aspectos preventivos e curativos, defendia uma nova estruturação ministerial resultante da reunião das funções de saúde, previdência e assistência social.

Para ele, a assistência médica só poderia ser organizada de modo a estender-se a toda a comunidade nacional quando se subordinasse à lógica da saúde pública. Por outro lado, acreditava que “a administração federal de saúde terá, com a criação do Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social, o necessário auxílio financeiro com o concurso da Previdência Social, e se assim for, os serviços se expandirão, concentrando um plano nacional, e não fragmentariamente regional ou classista” (Ataide, *op. cit.*, p. 13).

A colaboração de Ataide ao projeto de criação do ministério em tramitação na Câmara Federal também se direcionou no sentido de abrir possibilidades para a inclusão dos serviços de assistência médica. Em 13 de dezembro de 1950, durante a realização da segunda reunião extraordinária da CSP, propôs a emenda sugerindo que “o Poder Executivo poderia incluir, quando julgasse oportuno, qualquer órgão da administração federal ligado a atividades médicas e assistenciais no novo Ministério da Saúde”.¹⁴ Sua proposta foi rejeitada pelos membros da CSP, sob alegação de que, embora a julgassem cabível, sua exclusão facilitaria a marcha do projeto na Câmara.

Seguindo argumentação similar à de seu correligionário, o médico Janduí Carneiro era o único membro da Comissão de Saúde da Câmara Federal a posicionar-se a favor da criação do Ministério da Saúde e Previdência Social. Ao oferecer seu voto em separado ao projeto substitutivo da CSP, Carneiro opunha-se a seus colegas, que viam o Ministério da Saúde como resultado do desdobramento do então Ministério da Educação e Saúde. Para ele, a medicina preventiva e a saúde pública eram técnicas e ciências eminentemente sociais. Portanto, a criação do Ministério da Saúde e Previdência Social resolveria o problema da dispersão de esforços, concentrando as atividades de saúde sob comando único e eficiente, uma vez que “direta ou indiretamente a Previdência Social cuida da saúde de seus associados”; e dotaria a previdência de verbas suficientes para a aplicação exclusiva na “luta contra os inimigos sanitários do povo”.¹⁵

Apesar dos diferentes pontos de vista contidos nessas propostas, elas buscavam reformular o papel do Estado no que se referia ao direcionamento das políticas de saúde, transformando-o, de organizador

de uma Previdência Social tornada compulsória para alguns setores sociais, em um Estado comprometido com o bem-estar de toda a população. Para esses médicos, a única maneira possível de superar a dicotomia seria trazer a assistência médica para o âmbito da saúde pública, associada a uma lógica essencialmente coletiva, superando, assim, seu aspecto individualizado e curativo.

Poucos médicos, no entanto, defendiam a idéia da criação de um ministério que reunisse a saúde à assistência médica oferecida pela Previdência Social. Como vimos, os membros da CPS da Câmara Federal, com exceção de Janduí Carneiro, apoiavam a separação quase sem alterações do DNS do Ministério da Educação e Saúde para compor o futuro Ministério da Saúde.

Para Miguel Couto Filho, médico filiado ao PSD e presidente da CSP, a saúde pública deveria ter a área rural como *locus* privilegiado de suas ações, pois “o problema mais vigente é o que assiste ao meio rural, aos longínquos sertões, onde é preciso fixar o homem”. Para ele, era “preciso ver o problema do interior com realismo. Cooperando com o pequeno hospital bem equipado e assistido, devem as vilas ter seu posto médico-social eficiente, integral, para o atendimento indiscriminado aos doentes, com assistência médica efetiva praticada por médicos bem remunerados”.¹⁶ A base de sua proposta centrava-se na idéia de ampliação da atuação do futuro Ministério da Saúde na área rural, que, segundo ele, não devia conferir prioridade exclusiva ao controle de doenças endêmicas, com o qual era identificado o Departamento Nacional de Saúde.

O projeto mostrava a saúde pública entre os setores estatais que poderiam contribuir para a solução do delicado problema da migração rural, resultante da transferência de mão-de-obra para os centros urbanos do país em processo de industrialização. Sugeriu uma divisão de tarefas com o Ministério da Previdência Social, que faria o atendimento à classe trabalhadora urbana por meio de seus hospitais e ambulatórios. A relação dos dois ministérios deveria ser basicamente colaborativa. No entanto, os encargos dos institutos de previdência rigorosamente pertinentes à saúde pública deveriam ser normativamente supervisionados pelo Ministério da Saúde.

A proposta de Miguel Couto Filho não era nova no cenário das políticas públicas de saúde. A preocupação com a organização de serviços na área rural esteve presente como tema relevante nos debates relativos ao campo de ação pública a partir da década de 1910. Ele transformou os médicos em defensores de um projeto de construção nacional e de desenvolvimento social e econômico do país, no qual o combate às endemias rurais ocupava lugar de destaque.¹⁷

Outro grupo importante ligado a esse debate pode ser identificado entre os médicos e sanitaristas reunidos na Sociedade Brasileira de Higiene. Fundada em 1923, sob a presidência de Carlos Chagas, à época diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, funcionou

regularmente até 1930, tendo realizado cinco congressos durante o período. A SBH começou a reestruturar-se, ainda que timidamente, a partir de 1941. Entre 1947, porém, contava com 313 sócios efetivos, recrutados entre médicos e enfermeiras que atuavam no campo da saúde pública. Em seus objetivos estava servir como espaço de organização nacional de especialistas na área e fomentar o debate científico em torno dos problemas e soluções das questões sanitárias do país. Mas a sociedade também pretendia aumentar a influência dos médicos e sanitaristas na definição das políticas públicas para o setor (Merhy, 1992). Segundo Emani Agrícola (1947), presidente da SBH em 1947 e diretor do Serviço Nacional de Leprosia do DNS, na abertura do VI Congresso Nacional de Higiene, realizado naquele ano, a sociedade tinha como objetivo prestar cooperação aos serviços oficiais de saúde pública.

Mais do que simples colaboração, havia uma identidade entre os membros da SBH e os técnicos do DNS, pois os dirigentes e quadros destacados desta entidade tinham vínculos diretos com os órgãos governamentais, ocupando inclusive postos-chave nas administrações federal, estadual e municipal de saúde pública. Esse fato denota uma certa interface entre os projetos defendidos pela SBH, entidade não-oficial, e as propostas institucionais de saúde no que se referia ao formato da nova pasta ministerial.

Os sanitaristas — tanto da SBH quanto os técnicos do Ministério da Educação e Saúde — apoiavam de um modo geral a criação do Ministério da Saúde e Assistência,¹⁸ com a ressalva de que este deveria ser um órgão técnico e, portanto, ter sempre à frente um sanitarista.

A importância conferida pelos sanitaristas à questão pode ser observada pela sua presença expressiva nos fóruns especializados. Entre as moções do X Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belo Horizonte em 1952, encontramos a seguinte recomendação:

O X Congresso Brasileiro de Higiene, indo de encontro dos justificados anseios de nossos sanitaristas, e tendo em vista a gravidade dos problemas de saúde do povo brasileiro, formula recomendação no sentido de ser confiada a direção do futuro ministério da Saúde a um técnico de comprovada competência e real capacidade de execução, alheio às competições de política partidária, de largo tirocínio e atuação já demonstrada em extensas campanhas sanitárias de âmbito nacional.¹⁹

Defendiam que o rumo das ações sanitárias fosse definido pelos especialistas, percebidos como os únicos profissionais capazes de definir o campo prioritário de atuação entre as populações rurais e manter as atividades de saúde direcionadas nesse sentido. Por outro lado, um técnico seria, segundo os médicos, impermeável às pressões políticas que poderiam desvirtuar o compromisso da saúde pública na promoção e proteção da saúde coletiva, apostando na neutralidade do poder

institucional. A ‘política’ era vista com desconfiança, não sendo raro encontrarmos apelos explícitos para que os sanitaristas reunidos nos congressos e conferências se abstivessem de considerações de ordem política, mantendo sempre a discussão em torno de aspectos técnicos e eminentemente práticos.²⁰

Assim como Miguel Couto Filho, propunham uma orientação da saúde pública basicamente para o atendimento das áreas rurais, as quais consideravam regiões desprovidas de assistência médica, entendendo que os centros de saúde eram a célula básica para a recuperação da capacidade produtiva do homem do campo. Os médicos e sanitaristas consideravam as ações coletivas de saúde essencialmente distintas das ações individuais, concordando que o campo da saúde pública não deveria se misturar com o da assistência médica individual oferecida pela Previdência Social. Os centros de saúde poderiam oferecer assistência médica às populações rurais, porém visando sempre a proteção da coletividade, e não somente a recuperação da saúde por meio do combate exclusivo da doença no plano individual — tal como era prestada pela Previdência Social, de caráter basicamente urbano e corporativo.

A posição dos médicos e sanitaristas a respeito da criação do Ministério da Saúde e do formato institucional que a nova pasta deveria assumir mostra que a proposta do grupo apresentava pontos fortes de concordância com o projeto de autoria de Rui Santos: manter a estrutura da futura pasta próxima ao modelo do Departamento Nacional de Saúde e voltada para a atuação prioritária nas regiões rurais. O aspecto de maior discordância entre os deputados e os sanitaristas reunidos na SBH residia na expectativa do segundo grupo em relação à distribuição dos cargos, sobretudo o de ministro, que deveriam ser ocupados por técnicos com formação especializada e não por políticos vinculados a interesses partidários.

Contudo, o projeto de lei 85 de 1950 encontrava-se em trâmite de aprovação no Senado quando a alteração da conjuntura política, com a eleição de Getúlio Vargas para a Presidência da República, determinou a mudança de rumos na discussão a respeito da nova pasta ministerial.

O fim do consenso: as discussões na Comissão Interpartidária para a Reforma Administrativa

Getúlio Vargas foi eleito presidente da República formalmente pelas legendas do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e do Partido Social Progressista (PSP) de São Paulo, presidido por Ademar de Barros. O PSD, que abrigava entre seus quadros partidários getulistas da época do Estado Novo, apesar de ter lançado seu próprio candidato — Cristiano Machado — para a disputa à Presidência da República, acabou dando, em alguns estados, apoio tácito a Vargas.²¹

O fato de a direção do partido ter liberado seus membros para que optassem pelo candidato que lhes fosse mais adequado, fortalecendo

assim a candidatura Vargas, trouxe implicações sobre sua organização interna. Isso contribuiu para tornar a disciplina partidária ainda mais fragilizada, dificultando acordos partidários estáveis e agravando a relação entre o Executivo e Legislativo no período.

D'Araújo (1992, p. 28) confirma essa interpretação, quando afirma que

os grandes partidos (UDN, PSD) são formalmente derrotados em 1950 pelas agremiações populistas (PSP, PTB), que, no entanto, não se tornam governo. O sucesso eleitoral de Vargas não corresponde ao sucesso partidário daqueles que lhe forneceram a legenda e, em termos do sistema partidário como um todo, não se reverte em um período governamental no qual se tornem politicamente claras e operacionais as relações entre os partidos, e destes com o Governo.

Ao se apresentar ao eleitorado como um candidato da união, baseado em sua liderança carismática e na relação imediata com as massas, Vargas procurou seguir, após a posse em janeiro de 1951, uma orientação 'conciliadora', incluindo na composição do Governo o PSD e a UDN. Ao mesmo tempo que pretendia marcar o caráter trabalhista de seu mandato. A composição do "ministério da experiência" seria um dos reflexos dessa tentativa de aliar interesses regionais, partidários e de ordem pessoal, tentativa que teria fracassado, caracterizando um período de crise política (D'Araújo, op. cit.).

Ao contrário das suas expectativas, no decorrer do mandato acentuaram-se os pontos de instabilidade política, acompanhada pelo crescimento da fragilidade do quadro partidário. Isso porque a aparente força política individual de Vargas não acarretou a consolidação de uma articulação partidária que lhe desse sustentação no governo. Em particular o PSD e o PTB, partidos que nas suas origens apresentavam vínculos diretos com o presidente, não se fortaleceram nessa direção.

Tais fatores concorrerem para tornar mais frágil a relação entre os poderes Executivo e Legislativo, fato que traria implicações para a condução de políticas públicas setoriais, em particular para a saúde. Sem uma base de sustentação parlamentar estável, o Executivo se via limitado em suas proposições e estratégias, não se garantindo que seus projetos fossem vitoriosos nas votações do Congresso.

As normas institucionais que regulavam o jogo político durante a década de 1950 haviam sido formalmente definidas pela Constituição de 1946, que procurou acentuar a participação do Legislativo no processo democrático, buscando formas de controle do Executivo, tendo em vista a recente experiência autoritária do Estado Novo. Essa relação entre os poderes era mediada pelos recursos disponíveis por ambos no Congresso, que se traduziam no poder de agenda e no poder de veto atribuído tanto ao um como a outro.²²

A ausência de um poder de agenda garantido institucionalmente ao Executivo, que lhe permitisse maior autonomia propositiva, tornava o

governo mais suscetível à influência de fatores conjunturais. Ao Legislativo, por outro lado, foi assegurado, naquele mesmo período, maior poder de agenda, favorecendo as demandas dos deputados que tinham mais chances de serem votadas em plenário graças a um processo legislativo mais descentralizado. Um exame dos números relativos ao segundo governo Vargas indica que 58% das leis aprovadas foram apresentadas pelo legislativo (Figueiredo *et al.*, 1998, pp. 10-20).

Diante desse quadro, a estratégia de Vargas no decorrer dos primeiros anos foi a de procurar fortalecer sua base de sustentação no Congresso, estabelecendo alianças entre PTB, PSD e PSP. Para isso dependia do apoio fundamental do PSD, que, apesar das perdas que vinha sofrendo em seus quadros, ainda ocupava posição privilegiada, considerando-se o número de cadeiras que tinha no Congresso. Isso tornava praticamente impossível uma coalizão majoritária que o excluísse. Dessa forma, apesar do grande número de siglas partidárias sugerir uma interpretação de que o quadro político seria mais complexo, na realidade, ele se manteria restrito ao PSD, UDN, PTB e PSP, partidos que detiveram peso efetivo no Legislativo.²³

Apesar das alianças partidárias, Draibe (1985, P. 365) observa que “o Legislativo encontrou formas de demonstrar o fortalecimento de seu papel, através de alterações realizadas nos planos do governo, na lentidão no encaminhamento de decisões importantes para o Executivo, ou mesmo negando a legislação de reformas consideradas essenciais pelo Poder Executivo, como foi o caso da reforma administrativa”.

Portanto, se, por um lado, a máquina herdada do período autoritário e a presença na arena política de antigos aliados e colaboradores de Vargas eram indícios que favoreceriam seu controle sobre a dinâmica política, por outro, as regras constitucionais definidas em 1946 procuravam fortalecer o Legislativo. Esse fato tornava a relação entre Executivo e Legislativo extremamente maleável e sujeita a imponderáveis subjetivos. A esses aspectos somava-se a baixa disciplina partidária e a instabilidade nas alianças estabelecidas, impedindo compromissos políticos mais consolidados.

A fim de perseguir a estratégia de aproximação com os partidos de oposição a seu governo, Vargas indicou Gustavo Capanema (PSD), seu antigo colaborador, para ocupar o cargo de líder da maioria na Câmara Federal. Capanema tinha habilidade política e bom relacionamento com figuras destacadas da UDN, como Afonso Arinos, representante deste partido na Câmara Federal.²⁴

Em outubro de 1952, com pouco mais de um ano de governo, Getúlio Vargas demonstraria a necessidade de articular uma “profunda reforma do sistema administrativo da União para fazer frente aos múltiplos e complexos problemas de interesse nacional”.²⁵ Conclamou todos os partidos nacionais a participar da elaboração do projeto de reestruturação da máquina administrativa federal.

Com essa atitude, Vargas demonstrou habilidade política para atrair os diversos partidos representados no Congresso Nacional para o interior da agenda de discussões aberta pela reforma administrativa. Inclusive a UDN — principal partido de oposição e que se recusava a ter qualquer participação oficial no governo — enviou representantes para a Comissão Interpartidária para a Reforma Administrativa,²⁶ especialmente criada para apreciar o anteprojeto que fora organizado por um conjunto de especialistas com função na Presidência da República.

Como vimos anteriormente, predominava na UDN uma postura de não-colaboracionismo, resultado das dificuldades de relacionamento entre o partido e o PSD. Meses antes, a direção nacional da UDN havia assumido posição contrária à posse de seu correligionário no Ministério da Agricultura — convite bem recebido pela UDN pernambucana — e deixava claro que a concordância de João Cleófas em aceitar o cargo não representava qualquer compromisso com o governo Vargas (Skidmore, 1979). Para os líderes da cúpula udenista, representada por Odilon Braga e Afonso Arinos, a colaboração só era possível a partir de planos de governo, como faria questão de frisar o próprio Arinos em discurso proferido na Câmara Federal. Na ocasião ele afirmava que “o fato de comparecer à comissão da reforma administrativa não significa a colaboração com o governo pois o trabalho foi antes de análise”.²⁷

A reforma administrativa proposta por Vargas fazia parte da estratégia de incrementar a intervenção do Estado por meio de coordenação, controle e planejamento da economia brasileira, entendida como a única forma eficaz de resolver os problemas urgentes do país e favorecer o desenvolvimento econômico. O texto que acompanhava o anteprojeto fazia referência justamente à necessidade de “reformatar a máquina da administração federal, que vem revelando-se verdadeiramente incapaz de realizar de forma eficiente os objetivos do poder público”²⁸ demandados pelo progresso do país nos campos econômico, social e político. Sua característica principal, porém, residia não tanto na proposta de criação de órgãos realmente novos, à exceção do Conselho de Planejamento e Coordenação, mas no remanejamento de antigas estruturas para a formação de novos ministérios.

A intervenção estatal era vista como uma demanda da própria sociedade. Baseava-se no diagnóstico de que a iniciativa privada brasileira não estava preparada para fazer frente às novas exigências de capital, *know-how* e tecnologia impostas pela industrialização do país, reclamando intervenção, assistência, proteção e participação do poder público. Essa idéia era veiculada, inclusive, por economistas de expressão nacional, como Roberto Campos. Eles alertavam para a necessidade de intervenção e controle das atividades industriais pelo Estado, diante da possibilidade de “os rendimentos transferidos para as classes empresariais não se orientarem exclusivamente para inversões produtivas, mas serem em parte dissipados no consumo suntuário e hedonístico” (Campos, 1963, p. 69). Reafirmava-se a descrença numa classe empresarial

dinâmica, capaz de empolgar as lideranças políticas e conduzir o processo de desenvolvimento econômico.

Por outro lado, o governo chamava a atenção para a “existência de uma aguda consciência das reivindicações sociais e dos anseios por melhores condições de vida”.²⁹ Essas aspirações só poderiam ser atendidas com maior participação do Estado, que deveria assumir um discurso politicamente neutro e uma postura de mediador dos interesses de diferentes grupos sociais. O pretexto de que todos, sem exceção, seriam beneficiados com o projeto de reconstrução nacional acabava por justificar a necessidade de maior intervenção estatal.

A essas questões aliava-se a preocupação com a descentralização das atribuições administrativas do presidente da República, pois a reforma buscava criar mecanismos de transferência de decisões para ministros, diretores de departamentos e chefias de serviço, que gozariam de maior autoridade e responsabilidade. Assim, a exigência de reformar praticamente toda a estrutura administrativa era justificada pela necessidade de assegurar uma distribuição mais harmoniosa das atividades do Estado, seguindo o princípio da semelhança de objetivos. Tratava-se, portanto, de agrupar, em um mesmo ministério, os departamentos e serviços cujas atividades estivessem mais estreitamente relacionadas entre si. No anteprojeto, o governo propunha o desdobramento dos dez ministérios existentes em 16 unidades, compostas, cada uma, por uma tesouraria, uma contadoria seccional da Contadoria Geral da República e uma delegação do Tribunal de Contas, o que implicaria, também, descentralização orçamentária.

Deve-se mencionar que a orientação pela descentralização administrativa vinha acompanhada pela proposta de criação de um mecanismo de coordenação que assegurasse a unidade da ação governamental. O Conselho de Planejamento e Coordenação teria, justamente, as funções de planejar as atividades do governo federal no campo econômico e social, em consonância com “os objetivos do desenvolvimento geral do país”, que seriam traduzidos pelos respectivos órgãos executores em programas de ação. O planejamento passava a fazer parte do pensamento e da prática dos governantes, como uma técnica racional de organização de informações, análise de problemas, tomada de decisões e controle e execução de políticas públicas (Ianni, 1977).

Entre os 16 ministérios propostos pelo anteprojeto da reforma administrativa destacamos o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, desdobrados respectivamente do Ministério da Educação e Saúde e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. As discussões envolvendo o formato institucional desses dois ministérios, encaminhadas pelos membros da Comissão Interpartidária, refletem o debate em torno da questão da reunião das atividades relacionadas à saúde pública, assistência médica e bem-estar social.

Ao admitir que, no campo da saúde, as atividades já vinham sendo conduzidas com suficiente autonomia para justificar a criação do ministério, o governo finalmente se pronunciava a respeito do tema, dando aval positivo ao projeto que tramitava no Congresso. Fortalecia também os políticos do PSD que haviam defendido a proposta, sobretudo Miguel Couto Filho, que, além de mobilizar seu prestígio partidário em prol da criação da nova agência de saúde, ainda aparecia como um dos prováveis candidatos a ocupar o cargo de ministro.

Os projetos elaborados pelo Poder Executivo e pelo Legislativo eram bastante similares. Ambos previam, basicamente, a transferência dos órgãos e serviços atinentes à saúde pública do antigo Ministério da Educação e Saúde para formar o novo Ministério da Saúde. À exceção do Departamento Nacional da Criança e da Comissão Nacional de Alimentação — que no anteprojeto da reforma administrativa deveriam caber ao Ministério da Previdência Social, e não ao Ministério da Saúde —, segundo o projeto em tramitação no Congresso, a estrutura proposta era praticamente a mesma.

Tal fato evidencia a consonância entre as proposições dos deputados da Comissão de Saúde Pública da Câmara Federal e técnicos do DNS que participaram na elaboração do anteprojeto de organização do ministério.³⁰ A estruturação da pasta da Saúde sugerida pelo anteprojeto de reforma administrativa do governo Vargas foi capaz de satisfazer a Comissão de Saúde Pública da Câmara Federal, que a via como a legitimação do projeto que ora tramitava no Senado e sobre o qual havia tido um papel decisivo. Satisfez também os sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde, em sua maioria também membros da SBH, que vinham se mobilizando nos congressos brasileiros de higiene e na II Conferência Nacional de Saúde pela criação desta secretaria desde a gestão de Clemente Mariani.

No entanto, quando o debate se ampliou, saindo da esfera da saúde pública para envolver os partidos e lideranças políticas com assento na Comissão Interpartidária, as discussões afastaram-se dos interesses institucionais de médicos e sanitaristas. Deu lugar a uma agenda mais abrangente, ligada a questões mais gerais do funcionamento do sistema administrativo federal que refletia o jogo de interesses político-partidários.

A postura dos partidos políticos em relação à criação do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social variava de acordo com os interesses políticos que giravam em torno dessas duas novas secretarias de Estado. O PSD, representado na Cira por Alfredo Neves e Gustavo Capanema, apoiava a criação do Ministério da Saúde, apresentando uma maior coesão partidária. Para Miguel Couto Filho, indicado pelo PSD para integrar a comissão de estudos do partido sobre o anteprojeto, a proposta de criação do ministério contida na reforma representava a legitimação, por parte do Poder Executivo, da tese aprovada por unanimidade pela Convenção Nacional do partido, realizada em 1948. E também do projeto que previa a separação do Ministério da Educação

e Saúde originário do Congresso Nacional. Dizia ele: “Rejubila-se o partido em ver amparada pelo governo a sua tese de unificação de todos os órgãos de saúde num ministério autônomo, capaz de imprimir diretrizes mais eficazes, conjugando serviços e esforços e economizando verbas. O esquema do governo está bem estudado e merece louvores.”³¹

O parecer do PSP posicionava-se a favor da criação do Ministério da Previdência Social e também elogiava o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, argumentando que “constitui uma medida oportuna e necessária. De há muito tempo prevista e reclamada, causa espanto não tenha sido essa providência tomada há mais tempo.”³²

O PTB dedicava atenção especial ao Ministério do Trabalho. Afinal, era uma importante fonte de mobilização dos votos operários, de recursos financeiros e de poder para o partido. Admitia a divisão, porém propunha que o futuro Ministério da Previdência incorporasse as funções de saúde pública, utilizando como justificativa o cálculo econômico da sobrevida do segurado:

a saúde e a preservação, com medidas sanitárias preventivas, interessam de perto à previdência. Os institutos previdenciários mantêm serviços médicos e hospitalares não apenas para assistirem a seus associados, mas também visando prevenir ônus financeiros decorrentes de aposentadorias e pensões por moléstia ou morte. As medidas de conservação e melhoria das condições sanitárias do país, de coordenação de esforços em saúde, higiene e saneamento ficariam bem em um Ministério da Previdência.³³

O Partido Social Trabalhista (PST) apoiava a idéia do PTB de reunir em um único ministério as atividades de saúde pública e previdência social, recorrendo a argumentos similares. E afirmava:

a fusão tem lógica justificativa pois evitaria a dualidade de gabinetes, departamentos e seções análogas, com redução de despesas e além do que assistência médica, higiene, profilaxia têm funções de previdência social. Todos buscam prevenir enfermidades e deformações do organismo humano, preservar-lhe a saúde e prolongar-lhe a vida útil.³⁴

A UDN era o partido que apresentava a menor coesão partidária, pois seus membros assumiam posturas divergentes em relação aos dois futuros ministérios. Por um lado, o advogado Ferreira de Souza, eleito pelo Rio Grande do Norte e um dos fundadores do partido, declarava-se contrário à criação do Ministério da Saúde. Argumentava que “este só existe para presidir o DNS, não lhe cabendo nenhuma outra função relevante”. E acrescentava que “a expectativa que o cerca é mais de ordem emocional que objetiva”.³⁵ Do outro lado, Afonso Arinos apoiava sua criação, disputando com o PSD a prerrogativa da idéia, ao admitir que a proposta era oriunda do seu próprio partido, visto que o projeto aprovado pela Câmara Federal era de autoria de Rui Santos, um quadro da UDN.

Uma terceira orientação dentro da UDN era postulada por Odilon Braga, que por intermédio de seu parecer refletia a preocupação com a possibilidade de intervenção na previdência privada aberta pela criação do Ministério da Previdência Social. De acordo com seus companheiros, quanto à necessidade de retirar do Ministério do Trabalho o imenso poder que representava a Previdência Social, o político sugeria a criação do Ministério da Saúde e Assistência. Este deveria conter um Departamento de Previdência Social investido de “atribuições menos autoritárias, de melhorar os serviços oficiais existentes e estimular as atuais organizações privadas mediante subvenções e auxílios”,³⁶ defendendo os interesses privados em relação à assistência médica.

A análise das reuniões da Comissão Interpartidária demonstra que o relativo consenso inicial favorável à criação do Ministério da Saúde foi sendo desarticulado no decorrer das discussões, em função da dificuldade encontrada por seus componentes de distribuir os serviços atinentes à assistência social entre os diversos órgãos a serem criados.

A segunda reunião da comissão, realizada em 12 de fevereiro de 1953, aprovou, com ressalva do voto do presidente e senador Ferreira de Souza (UDN), o desdobramento do Ministério da Educação e Saúde para constituir o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde. Foi aceita também a observação do deputado Gustavo Capanema, de que este deveria se denominar Ministério da Saúde, e não da Saúde Pública. Isso permitiria que se ampliasse sua gama de atribuições, incorporando a fiscalização de instituições públicas e privadas que tivessem por objetivo a prestação de serviços de saúde criadas ou não pela União, desde que recebessem tributos de qualquer natureza do Estado ou fossem beneficiárias de recursos oriundos do Tesouro Nacional.

No entanto, na mesma reunião, o senador Alfredo Neves (PSD) identificava “um erro” no anteprojeto, ao atribuir poucas atividades ao Ministério da Saúde. Ele acrescentava que, “devido à preocupação em criar-se o Ministério da Previdência Social, retiraram-se do Ministério da Saúde serviços que deveriam lhe caber, como o Departamento Nacional da Criança e a Comissão de Alimentação”.³⁷ E afirmava seu apoio ao projeto originário do Poder Legislativo e que permanecia há quase dois anos engavetado no Senado.

Essa crítica, que além dos membros do PSD tinha a concordância do deputado Afonso Arinos (UDN), estava dirigida, na verdade, à superestimação do Ministério da Previdência Social no anteprojeto. Essa pasta teria a seu encargo a coordenação e fiscalização da previdência e assistência social em todo o país; a formulação e execução de políticas visando a melhoria das condições de habitação, alimentação e vestuário da população; e a orientação e normatização de atividades públicas e privadas pertinentes à sua competência. Para cumprir essas finalidades, o Ministério da Previdência Social teria sob sua jurisdição as caixas de aposentadorias e pensões, os diversos institutos de aposentadorias e pensões, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do

Estado, o Serviço de Alimentação da Previdência Social, o Serviço de Assistência Médico-Domiciliar de Urgência, entre outros órgãos transferidos do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; além do Departamento Nacional da Criança, a Comissão Nacional de Alimentação, o Conselho Nacional de Serviço Social, o Instituto Benjamin Constant e o Instituto Nacional de Surdos e Mudos, pertencentes originalmente ao Ministério da Educação e Saúde.

Com efeito, na reunião de 3 de março de 1953, a Cira divergiu, com exceção do PSP, da criação do Ministério da Previdência Social, propondo que suas atribuições fossem incluídas no Ministério do Trabalho, que deveria se denominar Ministério do Trabalho e da Previdência. A partir daquele momento, passou a discutir o destino dos serviços que o anteprojeto lhe atribuía.

Os líderes políticos optaram por negociar caso a caso o destino das instituições entre os ministérios a serem criados. Na verdade, as discussões pareciam estar invertidas, pois os membros da Comissão trataram em primeiro lugar de alocar as instituições em um leilão de interesses partidários. Não aprofundaram antes a discussão substantiva acerca dos rumos das políticas sociais no país, e particularmente da saúde pública e da assistência médica. Em uma das sessões, por exemplo, a Comissão Interpartidária havia chegado a um impasse, pois não conseguia decidir conclusivamente qual seria a destinação da Comissão Nacional de Bem-Estar Social. Gustavo Capanema defendia sua inclusão no Ministério da Saúde, enquanto Gomes de Oliveira, senador pelo PTB, argumentava pela sua permanência no Ministério do Trabalho.

Esse quadro de negociação e impasses na política partidária refletia uma das características do jogo político na época. Como o Legislativo detinha um poder de agenda maior que o Executivo, como demonstraram Figueiredo e Limongi (1998), ficavam facilitadas as ações estratégicas de cunho mais individual, favorecendo a atuação de grupos de interesse mais específicos. Tal fator era acompanhado por uma baixa coesão partidária, e também por baixo nível de disciplina partidária, favorecendo posições que atendiam a interesses individuais. Uma negociação política se tornava assim extremamente delicada, diversificada e complexa, pois não era possível estabelecer acordos estáveis entre blocos partidários.

No contexto desses conflitos sobressaiu a figura de Gustavo Capanema. Ele buscou articular um acordo entre as lideranças, a fim de superar o impasse que paralisava as decisões da comissão, mesmo que para isso tivesse de renegar as posições assumidas no início do debate e chocar-se com os interesses dos deputados de seu próprio partido defensores do Ministério da Saúde. Capanema criticaria duramente a idéia dizendo:

hoje acho que os assuntos federais de saúde dariam um ministério de segunda ordem, tão mesquinho que, no quadro geral da administração, seria uma agência secundária da nossa vida política nacional. Um ministério para o qual o chefe de governo estaria sempre obrigado a convocar um técnico de saúde pública. Contrariando o princípio da boa regra democrática de que o ministro é um político que poderá ser retirado dos quadros partidários, será um homem qualquer versado nos assuntos públicos.

Finalmente propunha:

sendo assim, entendi aconselhável retomar a proposta governamental de constituir o Ministério do Trabalho isoladamente, e criar o Ministério da Previdência, com seus serviços previdenciais e assistenciais, para, com o serviço de saúde pública formar o Ministério dos Serviços Sociais, expressão muito mais ampla para abranger aquilo que não está precisamente definido como previdência, assistência e higiene.³⁸

O impasse que impedia o encerramento das atividades da Cira, gerado pela existência de uma multiplicidade de proposições para os setores de saúde e assistência médica veiculadas pelos partidos políticos, foi superado quando seus membros aprovaram por unanimidade de votos a proposta de Capanema de criação do Ministério dos Serviços Sociais,³⁹ reunindo as atribuições e serviços do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social contemplados pelo anteprojeto do governo federal.

A criação do Ministério da Saúde

O ano de 1953 foi marcado por acontecimentos que implicaram maior instabilidade política do governo. Alterações na política econômica internacional, a CPI do jornal *Última Hora*, a vitória de Jânio Quadros para a prefeitura de São Paulo e a eclosão de uma greve de trabalhadores em São Paulo, esses foram fatores que, na nossa interpretação, tornavam o Executivo mais fragilizado e cauteloso diante do Legislativo.

No plano internacional, a mudança de governo nos Estados Unidos, em janeiro de 1953, implicou alterações na política econômica, pois o Partido Republicano não se mostrou interessado em manter a linha de investimentos econômicos na América Latina, que vinha sendo praticada até então. A cooperação financeira norte-americana era muito importante para enfrentar os problemas econômicos em pauta.⁴⁰

Internamente, a vitória de Jânio Quadros em março de 1953 para a prefeitura de São Paulo (apoiado pelo Partido Democrata Cristão, Partido Socialista Brasileiro e uma facção do PTB) indicava que Vargas começava a perder a sustentação das bases populares. Jânio obteve vitória esmagadora, destacando-se como líder populista e carismático e captando a simpatia da alta burguesia, da classe média e também de

parte do operariado, o que representou um desgaste considerável para o governo federal.⁴¹ No mesmo mês, foi desencadeada em São Paulo uma grande greve de trabalhadores que causou impacto na política nacional.

Na esfera político-partidária, a coligação que havia constituído, em 1950, a frente populista integrada pelos partidos que formavam maioria parlamentar (PSD, PTB e PSP) começava a apresentar sinais de retração no apoio ao governo. Ademar de Barros, por exemplo, viria a romper formalmente com Vargas em janeiro de 1954, alegando que este não havia respeitado os compromissos assumidos com a frente populista.

Em junho de 1953, Vargas iniciou uma reforma nos cargos ministeriais, na tentativa de enfrentar as dificuldades econômicas, as tensões sociais e as pressões cada vez mais fortes da UDN. Todos os ministros civis foram substituídos, com exceção de João Cleófas, ministro da Agricultura. No Ministério da Educação e Saúde, Simões Filho foi substituído por Antonio Balbino, que permaneceria no cargo até dezembro de 1953.

A instabilidade política que caracterizou o ano de 1953 teve repercussões na trajetória do projeto de criação do Ministério da Saúde. Em julho do mesmo ano, um requerimento assinado por uma frente multipartidária de senadores,⁴² com predominância de membros do PSD, pedia urgência para a discussão e votação do projeto 85 de 1950, da autoria de Rui Santos, que criava o Ministério da Saúde. Cabe perguntar por que, após dois anos de espera no Senado, o projeto voltou à pauta de votação justamente quando o governo estava prestes a enviar para o Congresso Nacional o projeto de reforma administrativa revisado pela comissão?

O principal fator que explica o ressurgimento e a aprovação do projeto de criação do Ministério da Saúde naquela conjuntura pode ser encontrado na necessidade de utilizá-lo como moeda de negociação política. Isso porque a demora da Comissão Interpartidária em preparar a proposta de reforma administrativa acabou por atrasar a criação dos novos ministérios de que o governo Vargas precisava em uma conjuntura de redistribuição de cargos públicos entre os partidos.

A pressão do próprio PSD — encabeçada por Miguel Couto Filho e pelo senador e médico Alfredo Neves, ambos ligados a Amaral Peixoto — sobre a Câmara Alta parece ter sido decisiva⁴³ para garantir o rápido andamento do projeto que há pelo menos dois anos tramitava naquela casa. A influência do PSD foi bastante acentuada, pois, apesar de ter sido rejeitado pelas comissões de Serviço Público Civil e de Finanças, o projeto que criava o Ministério da Saúde foi aprovado por 28 senadores e teve voto contrário de apenas cinco membros do Senado Federal.

A votação no entanto ocorreu sem discussão substantiva a respeito das questões de saúde. O Senado Federal colocava em pauta o fato de que sua aprovação viria atropelar o projeto de reforma administrativa elaborado pelo governo e pelas lideranças políticas. Interpretava-o

como um sinal de desprestígio para a comissão interpartidária que havia optado por propor a criação do Ministério dos Serviços Sociais.

Preocupado sobretudo com as críticas de que a aprovação do projeto de criação do Ministério da Saúde viria a desarticular os acordos de Vargas com os partidos políticos, Capanema declarava à imprensa que: “se o presidente vier a sancionar o projeto que cria o Ministério da Saúde, o fará sem quebra de nenhum compromisso com os partidos políticos que atenderam ao seu apelo de realizar ampla reforma no sistema administrativo da União”. Com o objetivo de acalmar a principal fonte de oposição ao projeto, ressaltava o papel da UDN nesse processo: “como se sabe o projeto de criação do Ministério da Saúde é de autoria de um deputado da UDN, o Sr. Rui Santos, que tomou a iniciativa, ainda na legislatura passada”.⁴⁴

Procurando ainda manter intacto o projeto de reforma administrativa, Capanema acrescentava:

Aliás, esse fato (aprovação do projeto que cria o Ministério da Saúde) não perturba a marcha da reforma administrativa. Ele (Vargas) vai mandar imediatamente o projeto ao Congresso e por esse modo, dentro em breve, o Ministério da Saúde se transformará em Ministério dos Serviços Sociais. Acredito que o órgão aprovado pelo Senado terá curta duração, mas, mesmo assim será uma etapa, uma fase de transformação por que deverá passar a administração pública do Brasil.⁴⁵

Com efeito, os jornais da época⁴⁶ noticiavam que Getúlio Vargas manteria uma postura de “neutralidade calculada” diante do impasse, a fim de não tirar a legitimidade da participação da comissão interpartidária. Ou seja, não sancionaria nem vetaria o projeto, entregando-o ao Congresso, para que seu presidente, Café Filho, o sancionasse. No entanto, Vargas também se beneficiaria da criação da nova pasta, que lhe permitiria garantir os compromissos políticos assumidos com o PSD. Acabou não apenas por sancionar o projeto, como também contrariou as expectativas da comissão, retirando os serviços de saúde do corpo do Ministério dos Serviços Sociais proposto na reforma administrativa.

No envio do projeto de reforma para o Congresso, agora sob a forma de projeto de lei 3.563, de setembro de 1953, Getúlio Vargas escrevia em sua mensagem:

o projeto de lei já estava, aliás, em vias de ser enviado ao Congresso Nacional quando foi sancionada a lei 1920, de 25 de julho de 1953, que criou o Ministério da Saúde e modificou a denominação do antigo Ministério da Educação e Saúde para Ministério da Educação e Cultura. Esta lei, que não resultou de iniciativa do Poder Executivo e sim de projeto oriundo do próprio Congresso Nacional, veio a alterar a recomendação da Comissão Interpartidária no sentido de destacar os serviços de saúde pública do antigo

Ministério da Educação e Saúde e incorporá-los ao projetado Ministério dos Serviços Sociais. Ela consagrou, porém, a idéia de criação do Ministério da Saúde Pública contida no primitivo projeto do governo submetido ao exame da mesma comissão.⁴⁷

Tentando manter a saúde pública longe da interferência de questões políticas, os sanitaristas viram sua secretaria de Estado surgir do resultado da negociação envolvendo o interesse de deputados, senadores e do próprio governo federal. Este precisava aumentar as suas bases de sustentação política, num contexto de crise marcado pela mudança dos cargos ministeriais de 1953.

O primeiro titular da pasta da Saúde, nomeado por Getúlio Vargas em dezembro de 1953,⁴⁸ foi o próprio Miguel Couto Filho. Ele carregava como credenciais o fato de ser filho de renomado médico e aliar a trajetória profissional ao desempenho na vida pública, dupla atuação que o habilitava a transitar na esfera do jogo da política partidária. Por outro lado, a imprensa da época ressaltava que sua indicação teria sido fruto do acordo político entre Vargas e Ernani do Amaral Peixoto, líder do PSD fluminense, que pretendia ver seu afilhado político no posto de próximo governador do estado.

Em contraposição a Miguel Couto Filho, aventava-se a candidatura do sanitarista Mário Pinotti. Presidente da Sociedade Brasileira de Higiene e diretor do Serviço Nacional da Malária — portanto um quadro técnico em evidência lançado pelos próprios sanitaristas para ocupar o cargo de ministro da Saúde —, Pinotti teria sido preterido, em função dos acordos partidários, por um médico de carreira eminentemente política.⁴⁹

É importante ressaltar que a reforma ministerial não chegou a ser aprovada. Apesar dos reiterados pedidos de urgência expressos pelo presidente da República, seria atropelada pela crise que marcou o período e culminou com o suicídio de Vargas em agosto de 1954.

Conclusão

Alguns pontos relevantes devem ser ressaltados a partir da exposição aqui apresentada. O primeiro deles diz respeito à dimensão político-partidária e sua importância no processo de decisão política no contexto de retorno à democracia.

A proposta de criação de uma pasta autônoma para a saúde — que havia sido apresentada pelo deputado Rui Santos em 1951 e elaborada segundo parâmetros mais técnicos, com a participação direta de profissionais do setor — retornou ao debate político no momento em que os partidos estruturavam-se pela primeira vez em bases nacionais.

Até então os partidos políticos possuíam histórica trajetória regional responsável pelo predomínio dos interesses locais na arena de debates e decisões. O novo contexto político foi responsável pela incorporação de outros atores à arena de decisão, tomando o processo de criação de

uma nova pasta ministerial suscetível a interesses políticos mais abrangentes. Esse movimento de transformação ocorreu em meio a uma baixa disciplina partidária, que dificultava acordos interpartidários mais consistentes e duradouros, constituindo um dos aspectos responsáveis pela instabilidade que acompanhou o período.

Essas características se refletiram nas decisões de caráter mais geral, com abrangência nacional, que demandavam um rearranjo na convivência política e na redistribuição dos espaços de poder, como ficou evidente nos debates realizados no interior da Cira. As propostas então apresentadas pelos diferentes partidos deixavam claras suas conexões com interesses políticos e econômicos definidos.

Era essa estrutura partidária, que se encontrava portanto em transformação e reenquadramento em uma nova dinâmica política, que constituía a base sobre a qual o Legislativo deveria atuar, definindo as prioridades da política nacional. O Legislativo, ao qual foi delegado, pela Constituição de 1946, poderes mais amplos diante do Executivo, se via na obrigação de negociar com os principais partidos na definição dos rumos políticos e institucionais do país. Negociação que, por seu lado, em função da instabilidade, também se apresentava frágil, levando em determinados momentos a uma paralisia decisória.

Permaneceram ainda favorecidas nesse contexto as ações de caráter mais individualizado, direcionadas por interesses circunscritos ou de grupos específicos. Foi o que ocorreu com relação à decisão de apresentar para votação, em regime de urgência, a proposta de criação do Ministério da Saúde. A articulação política visando fortalecer a candidatura de Miguel Couto Filho, construída em torno de interesses mais imediatos do PSD fluminense, se apoiou em relações e acordos históricos do partido e de Amaral Peixoto com Getúlio Vargas.

Assim, as forças políticas regionais vinculadas ao estado do Rio de Janeiro demonstraram que mantinham a capacidade de articulação e interferência no jogo político nacional, direcionando os resultados segundo seus interesses. Com esta lógica, o antigo projeto de Rui Santos foi desengavetado para atender aos objetivos políticos mais imediatos daqueles que demonstraram maior poder de articulação.

Pode-se portanto afirmar que as principais variáveis que interferiram sobre esse resultado de mudança institucional, na esfera político-partidária, foram a existência de um Executivo que apresentava sinais de fragilidade, o poder de agenda delegado ao Legislativo, a baixa disciplina partidária e a instabilidade dos acordos políticos.

Outro aspecto relevante que merece ser destacado diz respeito à dimensão 'técnica' da saúde pública no processo de reforma institucional e sua relação com a esfera partidária. Ao se ampliar e diversificar o perfil de atores envolvidos na definição da reforma institucional — que passaria a contar em sua esfera decisória não só com sanitaristas ou deputados formados em medicina, mas também com deputados vinculados diretamente a interesses individuais e partidários —, muda-se

definitivamente o caráter do processo de decisão com relação às políticas públicas de saúde.

Os sanitaristas estavam diretamente comprometidos com as mudanças em curso e haviam participado diretamente da elaboração do projeto original apresentado por Rui Santos, mas foram relegados a segundo plano no processo decisório. Apesar do contexto político favorecer a atuação de grupos de interesse, não houve por parte desses atores articulação político-partidária com o intuito de interferir para que o perfil do ministério correspondesse à visão que predominava entre seus técnicos. A proposta vitoriosa, a partir da manobra de votação no Senado Federal em regime de urgência, prescindiu da colaboração e da aquiescência dos sanitaristas.

Entretanto seus interesses e objetivos, no que diz respeito ao formato da nova agência estatal, foram preservados, mantendo-se a estrutura do Departamento Nacional de Saúde como o eixo principal do novo ministério. Contudo, a demanda desse grupo para que encabeçasse o ministério um sanitarista impermeável ao jogo político partidário não foi atendida. Nem poderia, considerando-se tudo que já foi exposto até aqui.

Desse modo, o projeto original foi utilizado como recurso político-partidário no novo cenário, em que o quadro de atores e interesses se mostrava mais complexo. Portanto, por um lado, os sanitaristas viam seus objetivos serem alcançados com a criação do novo ministério; mas, por outro, não tinham controle sobre o processo decisório, não podendo interferir sobre a escolha do ministro a ocupar a nova pasta.

A criação do Ministério da Saúde deve assim ser observada como um marco na história da política de saúde no Brasil. Não no sentido de que tenham havido mudanças institucionais significativas, com alteração no funcionamento dos organismos de saúde então existentes; ao contrário, tudo indica que as estruturas institucionais se mantiveram as mesmas, tendo ocorrido basicamente uma separação entre os serviços que diziam respeito à área da educação e os da saúde.

O que se apresenta como fator relevante de mudança é sua dimensão político-partidária, que de forma irreversível se incorporou à definição de políticas para o setor, interferindo sobre suas formas de gestão. A médio e longo prazos, ficaria evidente que esse campo de ação pública teria de aprender a lidar com a questão político-partidária e buscar formas de convivência e adequação entre a ação profissional — com base na especialização do conhecimento e na excelência técnica — e os interesses político-partidários que estariam presentes quando se tratava de definir formas de gestão de políticas públicas em um sistema democrático.

NOTAS

¹ Para uma discussão a respeito das conseqüências da separação da pasta da Saúde do Ministério da Educação e Saúde, ver, entre outros, Buss *et alii* (1976), Sá (1966) e Rodrigues (1977).

² Tendo passado por uma reorganização em 1923, este deve ser considerado o primeiro órgão do setor saúde com aspirações efetivamente nacionais e centralizadoras. Ver decreto 3.987 de 2.1.1920.

³ Os principais trabalhos que orientam as reflexões aqui realizadas foram: Hall *et al.* (1996), Steinmo *et al.* (1992), Immergut (1992), Goodin (1996), March *et al.* (1995) e Marques (1997).

⁴ A legislação eleitoral da época permitia que os candidatos se apresentassem em vários estados, por partidos diferentes. Vargas candidatou-se a deputado federal em nove estados e a senador em dois. A partir de 1950 esse procedimento não seria mais permitido (Nicolau, 1993, p. 77). As eleições de 1950 atestaram também um significativo crescimento da participação da população no processo eleitoral. As eleições realizadas em 1933 e 1934 haviam tido apenas 3,3% de comparecimento às urnas. Em 1945, o percentual subiu para 10%, fazendo deste ano eleitoral um marco na história política brasileira (Nicolau, 2002, p. 46)

⁵ Um exemplo das dificuldades observadas na aproximação entre a UDN e o PSD pode ser constatado durante a escolha de quadros da UDN, como Raul Fernandes e Clemente Mariani, para ocupar as pastas do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Educação e Saúde, respectivamente. Virgílio de Melo Franco, secretário geral da UDN, pediu demissão do cargo, por não concordar com a participação do partido no governo de Dutra.

⁶ A Comissão de Saúde da Câmara Federal era composta, em 1950, pelos seguintes deputados: Miguel Couto Filho (PSD), Leão Sampaio (UDN), Alarico Pacheco (UDN), Antônio Correia (UDN), Bastos Tavares (PSD), Bayard Lima (PSD), Epilogo de Campos (UDN), Ferreira Lima (PSD), Fróes da Mota (PSD), Janduú Carneiro (PSD), José Maria (PSD), José Romero (PSD), Odilon Soares (PSD), Maciel de Castro (PSD), Moreira da Rocha (PSD), Olinto Fonseca (PSD), Romão Junior (UDN), Agrícola de Barros (UDN); e pelos substitutos: Aramis Ataíde (PSD), Fernandez Teles (UDN), Erasto Gaestner (UDN), Benjamin Farah (PTB). A comissão se distribuía, em termos de filiação partidária, da seguinte forma: 12 deputados eram do PSD, partido majoritário na Câmara Federal, e nove da UDN (Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 31.1.1950).

⁷ Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 24.5.1950, p. 3.753.

⁸ Justificativa ao projeto apresentado por Rui Santos à Câmara Federal. Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 24.5.1950, p. 3.753.

⁹ Rui Santos era médico, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1928. Atuou como vice-presidente da Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados até 1950. Em 1951 exercia o cargo de chefe do serviço parlamentar da Presidência da República. Era membro da chamada “chapa branca”, composta por deputados da UDN que colaboravam com o governo de Getúlio Vargas.

¹⁰ Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 24.5.1950, p. 3.754.

¹¹ As comissões de Finanças e de Constituição e Justiça, que avaliavam todos os projetos em tramitação na Câmara, tinham também um forte poder de veto, tendo, por isso, atendidas suas propostas em plenário.

¹² Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 21.1.1951, p. 755.

¹³ Brasil, Congresso Nacional. Diário do Congresso Nacional, 31.1.1951, p. 1.234.

¹⁴ Brasil, Congresso Nacional. Diário do Congresso Nacional, 21.12.1950, p. 9.871.

¹⁵ Brasil, Congresso Nacional. Diário do Congresso Nacional, 16.12.1950, p. 9.826.

¹⁶ Miguel Couto Filho (1953), ‘Parecer sobre o setor saúde e previdência social da reforma administrativa’ (Arquivo Capanema, série Líder da Maioria, CPDOC/FGV [GC 52.08.05], p. 2).

¹⁷ Em 1910 Belisário Penna traria a questão a debate nacional, liderando o Movimento pelo Saneamento Rural, que culminou com a criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1918. Esse serviço favoreceu a penetração do poder público no interior do país, por meio da construção de postos de profilaxia (Castro Santos, 1987; Hochman, 1998; Lima, 1999).

¹⁸ Heitor Prager Froes, diretor do DNS, ao proferir seu discurso na 2ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1950, posicionou-se favoravelmente à criação do Ministério da Saúde e Assistência, indicando que os sanitaristas haviam participado na elaboração de um anteprojeto por determinação de Clemente Mariani, onde “procuramos racionalizar a estrutura do DNS” (Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 8.12.1950, p. 9.506).

¹⁹ Anais do X Congresso Brasileiro de Higiene, Belo Horizonte, 19 a 25 de outubro de 1952, Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1953, p. LII.

²⁰ Exemplos nesse sentido podem ser encontrados na *Revista de Higiene e Saúde Pública*, órgão da Sociedade Brasileira de Higiene. Além de artigos de interesse da área, a revista publicava os resumos das atividades da SBH e os relatórios sobre os Congressos Brasileiros de Higiene organizados pela entidade. Outros exemplos podem ser encontrados também na 2ª Conferência Nacional de Saúde, principalmente no discurso de Heitor Prager Froes, diretor de DNS, em que apela “para os distintos colegas presentes se absterem de discussões improdutivas ou explanações destituídas de interesse prático muito menos de considerações políticas”. Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 8.12.1950, p. 9.506.

²¹ Dois nomes do PSD teriam contribuído para uma boa convivência de Vargas com o partido nos primeiros anos de governo: Gustavo Capanema, líder da maioria na Câmara e ministro da Educação e Saúde do primeiro governo Vargas, e Ernani do Amaral Peixoto, líder do partido e candidato a governador no Rio de Janeiro; além de ter sido interventor em 1937, também era genro do presidente (Hipólito, 2001, p. 4384).

²² O poder de agenda do presidente se encontra na possibilidade de agir no início do processo legislativo; o poder de veto, no final deste processo, quando lhe é permitido exercer influência sobre os resultados. A Constituição de 1946 havia restringido o poder de agenda do Executivo, que só tinha direito a exclusividade de iniciativa nas matérias administrativas, apesar de ter mantido seu poder de veto — determinando que o quórum para a derrubada do veto presidencial fosse igual ou maior que dois terços (Immergut, 1992; Figueiredo *et al.*, 1998; Draibe, 1985).

²³ O PSD tinha 112 cadeiras (37%); a UDN, 81 (24,4%); o PTB, 51 (16,8%); o PSP, 24 (7,9%); e os partidos pequenos, 36 cadeiras (13,9%) (Hipólito, 2001, p. 4.384). Figueiredo *et al.* (1998, p. 14) destacam esses quatro partidos como os principais, em função da participação nas votações no plenário.

²⁴ Afonso Arinos e Gustavo Capanema, ambos naturais do estado de Minas Gerais, estudaram no mesmo colégio em Belo Horizonte e eram ligados ao grupo católico que reunia pensadores como Alceu Amoroso Lima, Heráclito da Fontoura, Sobral Pinto, Francisco de San Tiago Dantas e José Lins do Rego (Lemos, 2001).

²⁵ Mensagem 351-53 de Getúlio Vargas, agosto de 1953 (Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 9.9.1953, p. 1.314).

²⁶ A Comissão Interpartidária da Reforma Administrativa foi constituída pelos senadores: Alfredo Neves (PSD), Ferreira de Souza (UDN), Gomes de Oliveira (PTB), Euclides Vieira (PSP), Antônio Bayma (PST) e Domingos Velasco (PSB); e pelos deputados: Gustavo Capanema (PSD), Afonso Arinos (UDN), Brochado da Rocha (PTB), Deodoro de Mendonça (PSP), Afonso Matos (PST), Orlando Dantas (PSB), Arruda Câmara (PDC) e Emílio Carlos (PTN), todos líderes de seus partidos na Câmara Federal. Instalou-se na Sala de Leitura do Senado Federal em 20.12.1952 e recebeu, no mesmo dia, no Palácio do Catete, das mãos de Getúlio Vargas, o anteprojeto da reforma administrativa.

²⁷ Afonso Arinos. Discurso proferido na 94ª sessão da Câmara Federal em 6.7.1953 (Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 7.7.1953, p. 6.281).

²⁸ Mensagem de Getúlio Vargas, 351-53, agosto de 1953. Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 9.9.1953, p. 1.314.

²⁹ Projeto 3.563-1953 (Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 9.9.1953, p. 1.314).

³⁰ O documento, enviado pela seção de organização do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde para análise à comissão interpartidária, mostra o grau de envolvimento dos dirigentes das repartições de saúde com a proposta de criação do ministério, ao apontar entre os que contribuíram no preparo do anteprojeto sanitaristas que ocupavam papel destacado na administração federal de saúde, como: Arlindo de Assis, diretor do Departamento Nacional de Saúde; Ernani Agrícola, do Serviço Nacional de Lepre; Martagão Gesteira, do Departamento Nacional da Criança; Aduauto Botelho, do Serviço Nacional de Doenças Mentais; Almir de Castro, do Serviço Nacional de Peste; Ernani Braga, do Serviço Especial de Saúde Pública; e Mário Pinotti, do Serviço Nacional de Malária e presidente da Sociedade Brasileira de Higiene em 1953. Seção de organização do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde (1953), ‘Projeto de Estrutura Administrativa para o MEC’ (Arquivo Capanema, série Líder da Maioria. CPDOC/FGV).

³¹ Miguel Couto Filho (1953), ‘Parecer sobre o setor saúde e previdência social da reforma administrativa’ (Arquivo Capanema, série Líder da Maioria. CPDOC/FGV. [GC 52.08.05], p. 1).

³² PSP (1953), ‘Parecer do PSP sobre a Reforma Administrativa’ (Arquivo Capanema, série Líder da maioria. CPDOC/FGV).

³³ PTB (1953), ‘Parecer do PTB sobre a Reforma Administrativa’ (Arquivo Capanema, série Líder da maioria. CPDOC/FGV).

³⁴ PST (1953), ‘Parecer do Partido Social Trabalhista sobre a Reforma Administrativa do Governo Federal’ (Arquivo Capanema, série Líder da maioria. CPDOC/FGV).

³⁵ Ferreira Souza (1953), ‘Ata da Reunião da Comissão Interpartidária de 12/2/1953’ (Arquivo Capanema, série Líder da maioria. CPDOC/FGV).

³⁶ Odilon Braga (1953), ‘Parecer de Odilon Braga (UDN)’ (Arquivo Gustavo Capanema, série Líder da maioria. CPDOC/FGV).

³⁷ Alfredo Neves, ‘Ata da Reunião da Comissão Interpartidária de 12/2/1953’ (Arquivo Capanema, série Líder da Maioria. CPDOC/FGV).

³⁸ Gustavo Capanema, 'Discurso de Gustavo Capanema na Reunião da Comissão Interpartidária de 8.5.1953' (Arquivo Capanema, série Líder da maioria. CPDOC/FGV).

³⁹ A organização do Ministério dos Serviços Sociais proposta pela Comissão Interpartidária era a seguinte: "Ministério dos Serviços Sociais: a competência do MSS deverá ser definida mediante a conjugação dos objetivos traçados pelo anteprojeto ao Ministério da Saúde (tem a seu cargo a execução da política do governo federal relativa à elevação do nível sanitário da população) com as atribuições de caráter assistencial e previdencial que ele confere ao Ministério da Previdência Social. A estrutura do MSS deverá ser formada: a) Pelos serviços que o anteprojeto inclui no Ministério da Previdência Social, com exceção da Comissão de Readaptação dos Incapazes das Forças Armadas, do Instituto Benjamim Constant, do Instituto de Surdos e Mudos e do Serviço de Assistência a Menores, os quais deverão pertencer ao Ministério da Educação; b) Pelos serviços específicos com que o anteprojeto compõe a estrutura do Ministério da Saúde Pública; c) pelo Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização, ora pertencente ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e que o anteprojeto inclui no Ministério da Fazenda, e pelo Departamento Nacional de Obras e Saneamento, ora pertencente ao Ministério da Viação e Obras Públicas e que e pelo anteprojeto incluído no Ministério do Interior. Sob a jurisdição do Ministério dos Serviços Sociais deverão ficar: a) os serviços de caráter previdencial que o anteprojeto subordina ao Ministério da Previdência Social; b) o SESP, que o anteprojeto subordina ao Ministério da Saúde Pública; c) o Instituto de Resseguros do Brasil, sociedade de economia mista que o anteprojeto sujeita à jurisdição do Ministério da Fazenda" (Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 9.9.1953. p. 1.309).

⁴⁰ O governo de Dwight Eisenhower em julho do mesmo ano deixava claro seu desejo de acabar com a Comissão Mista Brasil-Estados Unidos; em 1954, o BIRD e o Eximbank suspenderam os financiamentos (Brandi, 2001, p. 5.961).

⁴¹ O candidato oficial do PTB foi Francisco Cardoso, que contava com o apoio de uma ampla coligação partidária formada por PSP, PSD e UDN, além do governador Lucas Garcez (Brandi, op. cit., p. 5.963).

⁴² Os senadores que assinaram o pedido de urgência foram: Alfredo Neves (PSD), Levindo Coelho (PSD), Ezequias da Rocha (UDN), Djair Brindeiro (PSD), Rui Carneiro (PSD), Raimundo Areia Leão (filiado inicialmente ao PSD transferiu-se para o PTB em 1950), Vivaldo Lima (PTB), Pereira Pinto (filiado ao PSD transferiu-se para a UDN), Francisco de Sá Tinoco (PSD), Atílio Vivacqua (um dos fundadores do PSD, filiou-se ao Partido Republicano [PR] em 1946), Antonio Bayma (PST) e Vitorino Freire (PSD).

⁴³ Na reunião da Comissão de Saúde da Câmara Federal do dia 23 de julho de 1953, realizada depois da sanção da lei 1920, Miguel Couto Filho referia-se à importância do trabalho do senador Alfredo Neves para a aprovação do projeto no Senado. O deputado Leão Sampaio, em aparte, salientou também a inclusão de Miguel Couto Filho entre "os que mais trabalharam em prol do projeto que criou o Ministério da Saúde" (Brasil – Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 30.7.53, p. 7.165).

⁴⁴ *Tribuna da Imprensa* (22.7.1953, p. 3).

⁴⁵ *Idem* (9.7.53, p. 2).

⁴⁶ *Diário de Notícias* (24.7.1953, p. 4).

⁴⁷ Getúlio Vargas, 'Mensagem 351-53' (Brasil — Congresso Nacional, Diário do Congresso Nacional, 9.9.53, p. 1.314).

⁴⁸ Apesar de ter sido criado pela lei 1920 de 25 de julho de 1953, o Ministério da Saúde só foi efetivamente regulamentado em 16 de novembro de 1953 com a aprovação do decreto 34596.

⁴⁹ Vários jornais apontam Mário Pinotti como candidato ao cargo de ministro da Saúde. Entre eles ver particularmente o *Diário de Notícias* (12.7.53).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Alzira et alii (coord.) 2001 *Dicionário histórico-biográfico brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV/CPDOC.
- Agrícola, Ernani 1947 'Discurso de abertura do VI Congresso Brasileiro de Higiene'. Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, Rio de Janeiro.
- Almeida, Maria Hermínia Tavares de 1995 'Federalismo e políticas sociais'. *Anpocs, Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 28.
- Arinos, Afonso 1965 *A escalada (memórias)*. Rio de Janeiro, José Olympio.

- Arinos, Afonso
1961 *Estudos e discursos.*
São Paulo, Comercial.
- Ataide, Aramis de
1949 'Aspectos médico-sanitários do Brasil'. Discurso proferido na Câmara dos Deputados em 12.11.1948. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional.
- Braga, José C. de
Souza et al.
1981 *Saúde e previdência: estudos de política social.*
São Paulo, Cebes/Hucitec.
- Brandi, Paulo
2001 'Getúlio Vargas'.
Em Alzira Abreu (org.), op. cit.
- Brasil
1965 *Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946.* 19ª ed., Rio de Janeiro, Gráfica Editora Aurora.
- Brasil
1953 *Diário do Congresso Nacional.*
- Brasil
1952 *Diário do Congresso Nacional.*
- Brasil
1952 *Anais da Câmara dos Deputados.*
- Brasil
1951 *Diário do Congresso Nacional.*
- Brasil
1950 *Diário do Congresso Nacional.*
- Brasil
Congresso Nacional
1951 *Anais da Câmara dos Deputados.*
- Brasil, Olavo
1983 *Partidos políticos brasileiros: 1945 a 1964.*
Rio de Janeiro, Graal.
- Buss, Paulo M et alii.
1976 'O Ministério da Saúde e saúde coletiva: a história de vinte anos (1953-74)'.
Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz (mimeo.).
- Campos, Roberto
1963 *Economia, planejamento e nacionalismo.*
Rio de Janeiro, Apec.
- Castro Santos, L. A.
1987 *Power, ideology and public health in Brazil (1889-1930).*
Tese de doutoramento, Harvard University.
- Couto Filho, Miguel
1953 'Parecer sobre o setor saúde e Previdência Social da reforma administrativa'.
Arquivo Capanema, CPDOC/FGV.
- D'Araújo, Maria
Celina Soares
1992 *O segundo governo Vargas (1951-54).*
2ª ed., São Paulo, Ática.
- Draibe, Sonia
1994 'As políticas sociais no regime militar brasileiro: 1964 a 1984'. Em Gláucio Ary D. Soares et al. (org.), *21 anos de regime militar: balanços e perspectivas.*
Rio de Janeiro, FGV.
- Draibe, Sonia
1985 *Rumos e metamorfoses: Estado e industrialização no Brasil (1930-60).*
Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- Ferreira, Marieta de M.
et al.
2002 'A República brasileira. Pactos e rupturas'. Em Pandolfi et alii (coord.), *A República no Brasil.* Rio de Janeiro, Nova Fronteira/CPDOC.

- Figueiredo, Argelina et al. 1998 'Relação Executivo-Legislativo no presidencialismo multipartidário: os regimes de '46 e 88'. Trabalho apresentado ao XXII Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, outubro. (mimeo.)
- Finkelman, Jacobo (org.) 2002 *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Garret, Laurie 1995 *A próxima peste. Novas doenças num mundo em desequilíbrio*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Goodin, Robert E. 1996 *The theory of institutional design*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Gudin, Eugênio et al. 1963 *A controvérsia do planejamento na economia brasileira*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES.
- Hall, Peter et al. 1996 'Political science and the three new institutionalisms'. *Political Studies Association*, Blackwell Publishers, Cambridge.
- Hipólito, Lucia 2001 'O PSD'. Em Alzira Abreu (coord.), op cit.
- Hochman, Gilberto et al. 2000 'A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo'. Em Angela Castro Gomes (org.), *Capanema: o ministro e o seu ministério*. Rio de Janeiro, FGV.
- Hochman, Gilberto 1998 *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Anpocs.
- Ianni, Otávio 1977 *Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970)*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Immergut, E. M. 1992 *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Lemos, Renato 2001 'Afonso Arinos de Melo Franco'. Em Alzira Abreu (coord.), op. cit.
- Lima, Nisia Trindade 1999 *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro, Revan/Iuperj/Ucam.
- Lima, Nisia Trindade et al. 1996 'Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República'. Em Maio Chor, et al. (org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro, FCBB/Fiocruz, pp. 23-40.
- Luz, Madel 1979 *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.
- March, James G. et al. 1995 *Democratic governance*. Nova York, The Free Press.
- Marques, Eduardo Cesar 1997 'Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos'. BIB — *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, nº43, pp. 67-102.
- Melo, Marcus A. de 1991 'Interesses, atores e a constituição histórica da agenda social do Estado no Brasil (1930-90)'. *Ciências Sociais Hoje*. Rio de Janeiro: Vértice/Anpocs.
- Merhy, Emerson Elias 1992 *A saúde como política*. São Paulo, Hucitec.
- Nicolau, Jairo 2002 *História do voto no Brasil*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Nicolau, Jairo 1993 *Sistema eleitoral e reforma política*. Rio de Janeiro, Foglio.

- Pena, Maria Valeria
1977 'Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento'.
Revista Dados, nº 16.
- Pessôa, Samuel
1949 *O problema brasileiro de higiene rural*.
Rio de Janeiro, Departamento Nacional de Saúde.
- Reis, Maria Elisa
1988 'O Estado nacional como ideologia: o caso brasileiro'.
Estudos Históricos. Rio de Janeiro/São Paulo, CPDOC/FGV/Vértice.
- Rodrigues, Bichat de
Almeida
1977 *Evolução institucional da saúde pública*.
Brasília, Ministério da Saúde.
- Sá, Carlos
1966 *Higiene e educação de saúde*.
Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Ministério da Saúde.
- Santos, Wanderley
G. dos
1979 *Cidadania e justiça*.
Rio de Janeiro, Campus.
- Santos, Wanderley
G. dos
1987 *Crise e castigo*.
Rio de Janeiro, Vértice/Iuperj.
- Skidmore, Thomas
1979 *Brasil: de Getúlio a Castelo*.
Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- Soares, Gláucio D.
1973 *Sociedade e política no Brasil*.
São Paulo, Difel.
- Souza, José Prado de
1978 *Ministério da Saúde: um estudo de desenvolvimento institucional sob o enfoque de análise de sistemas*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, EBAP/FGV.
- Souza, Maria do
Carmo C. de
1976 *Estado e partidos políticos no Brasil (1930-1964)*.
São Paulo, Alfa-Ômega.
- Steinmo, S, et al.
1992 *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*.
Nova York, Cambridge University Press.
- Vianna, Arízio
1953 *Dasp: uma instituição a serviço do Brasil*. Rio de Janeiro, Presidência da
República/Dasp/Departamento de Imprensa Nacional.
- Weffort, Francisco
1978 *O populismo na política brasileira*.
Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Recebido para publicação em setembro de 2003.

Aprovado para publicação em outubro de 2003.