4. Política e saúde

diretrizes nacionais e assistência médica no Distrito Federal no pós-1930

Cristina M. Oliveira Fonseca

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FONSECA, C.M.O. Política e saúde: diretrizes nacionais e assistência médica no Distrito Federal no pós-1930. In: PORTO, Â., SANGLARD, G., FONSECA, M.R.F., and COSTA, R.G.R., orgs. *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 89-115. ISBN: 978-85-7541-599-3. Available from: doi: [10.7476/9788575415993.0006](https://doi.org/10.7476/9788575415993.0006). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/7f83x/epub/porto-9788575415993.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

4

**Política e Saúde: diretrizes nacionais
e assistência médica no
Distrito Federal no pós-1930**

Cristina M. Oliveira Fonseca

A saúde, nas primeiras décadas do século XX, já se constitui como um bem público, carrega em si uma dimensão política que lhe é intrínseca. Portanto, para compreender as características apresentadas pela assistência médica a partir dos anos 1930, é preciso que se tenha claro que a adoção de um determinado modelo institucional de prestação de serviços de saúde é em si uma opção política, traduz a escolha de um caminho, de prioridades e a definição de estratégias para alcançá-las. Além disso, o desenho institucional adotado pelo governo em um contexto político específico expressa também uma forma de relação na esfera pública entre as entidades governamentais e a população, que usufruirá desse bem coletivo, expressando uma outra dimensão desse papel político da saúde.

No caso da assistência médica a partir dos anos 30 do último século, dois aspectos são essenciais para a compreensão das características que esse desenho institucional assumiu e suas interações com a esfera política: a relação entre o governo federal e os estados e municípios; e a relação entre saúde pública e assistência médica, a forma como essas duas dimensões da prestação de serviços foram definidas. Analisar essas relações é fundamental para situar uma questão que atravessou o século XX e continua presente ainda hoje, nos debates relativos à política pública de saúde no Brasil: quais as atribuições específicas de cada esfera do Executivo – municipal, estadual e federal – na definição de competências e responsabilidades na prestação de serviços de saúde à população brasileira?

As transformações por que passou a organização institucional da assistência médica do Distrito Federal, a partir dos anos 1930, só podem ser compreendidas em diálogo com as transformações que ocorreram na política de saúde em âmbito federal. Tal diálogo se processa em sua dimensão política, presente na relação dos líderes locais – como Pedro Ernesto – com o governo Vargas e nas atribuições definidas para a capital da República. E se expressa também em sua dimensão organizacional, quando uma série de normas e regras começaram a ser adotadas e impuseram diretrizes ao funcionamento do serviço público de saúde em todo o país, com repercussões sobre o Distrito Federal, até então alvo prioritário das ações e investimentos federais em saúde.

Tendo tais referências como ponto de partida, procuro analisar aqui determinados aspectos da política de assistência médica implementada no primeiro governo de Getúlio Vargas. Inicialmente traço um rápido panorama do quadro político da época, destacando a instabilidade do pós-30, os interesses em jogo nesse momento de transição e algumas das diretrizes ideológicas que nortearam o debate político e orientaram a política de saúde. Sem compreender o contexto político nacional, não será possível entender

as transformações em curso na capital da República. Em seguida, destaco as principais características das mudanças institucionais implementadas na área da saúde, conduzidas pela necessidade de assegurar a expansão do poder público em todo o país, levando à adoção, por parte do Departamento Nacional de Saúde (DNS), de um modelo de gestão caracterizado por uma centralização administrativa e descentralização executiva. Procuro apresentar os princípios básicos que orientaram a organização e gestão da assistência médica em todo o país e de que forma os serviços de saúde do Distrito Federal se inscrevem neste debate.

Na terceira parte detenho-me nas principais características da estrutura de assistência médica do Distrito Federal, chamando a atenção para as especificidades que sua condição de capital da República lhe imprimia. Os serviços do Distrito Federal ganharam uma dimensão própria, pois não eram federais mas também não se encontravam na mesma condição dos serviços estaduais: eram geridos por normas específicas, que sua condição de sede do governo federal lhe assegurava. Trata-se, portanto, de um novo momento de redefinição das atribuições da União, quando a necessidade do governo federal de expandir sua atuação para o restante do país e fortalecer politicamente sua presença nos estados implicou também mudanças para a política pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Características do Contexto Político Nacional

No imediato pós-1930, o período compreendido pelo Governo Provisório (1930-1934) foi marcado por grande instabilidade política, devida, entre outros fatores, à heterogeneidade de forças que haviam se aliado durante o processo revolucionário. Nessa conjuntura política tornou-se evidente que o setor agroexportador brasileiro passava por uma crise de hegemonia, identificada principalmente nas dissidências regionais. Como os demais setores da sociedade – no caso, os grupos agrários não ligados ao café e os grupos urbanos emergentes – não se encontravam suficientemente coesos para se constituírem como uma força política hegemônica, os desdobramentos do movimento de outubro foram condicionados pelas disputas políticas entre as diferentes facções que haviam se reunido em torno da Aliança Liberal, particularmente entre tenentes e oligarquias dissidentes (Gomes, 1980). A própria estrutura oligárquica herdada da República Velha trazia consigo importantes diferenciações que haviam marcado disputas políticas e agora se faziam presentes de forma mais intensa. Considerando o que Werneck Vianna (1976) caracterizou, com base em Lima Sobrinho (1975), como liberalismo excludente da Primeira República, torna-se possível afirmar que a oligarquia agrária contou com setores que se opunham à ala agroexportadora e resistiam aos rumos que tomara o movimento de 1930. A relação desigual entre os estados marcou a Primeira República, traduzindo uma concepção de federalismo orientada pelas noções de privilégio e exclusão. A discriminação poderia ser observada na política de sucessão presidencial, quando os estados eram distribuídos em três classes, segundo o grau de sua importância para a tomada de decisões.

A bem falar, os Estados de primeira classe, acreditados para a reivindicação da Presidência da República, eram apenas dois: São Paulo e Minas Gerais. Os de segunda classe, que podiam candidatar-se à Vice-presidência, eram a Bahia, Pernambuco e Rio de Janeiro. Os outros formavam a terceira classe, os bagageiros da Federação, que só por acaso recebiam a oportunidade de indicarem um *tertius*, que nunca

vinha pela força do Estado, mas pelas amizades e prestígio político dos homens que merecessem tão grande distinção. (Lima Sobrinho *apud* Vianna, 1976: 102)¹

Foi o rompimento do acordo entre os dois estados principais um dos fatores que contribuíram para a deflagração do movimento revolucionário de 1930, colocando Minas Gerais e Rio Grande do Sul como aliados contra São Paulo (Schwartzman, 1982). No plano político, as diferenças regionais se faziam acompanhar pelos interesses econômicos, que se diversificavam na mesma medida, como mostrou Diniz (1981). Para a autora, a década de 1930 caracterizou-se por mudanças significativas no plano econômico, com destaque para o surto industrial de vulto ocorrido entre 1929 e 1939, com tendência à substituição da atividade agrícola em determinadas regiões do país. As mudanças na esfera econômica seriam traduzidas, assim, no deslocamento da produção de exportação para aquela voltada para o mercado interno, incluindo a atividade industrial. Com a diversificação da economia, novos interesses surgiram e pressionaram a antiga ordem e sua estrutura de poder. As oposições concentravam-se na forma de organização política em vigor, que inviabilizava a participação das forças sociais emergentes. Em outras palavras, a perda da hegemonia do setor cafeeiro contribuiu para acirrar as cisões regionais. Entretanto, nenhum dos grupos em confronto logrou impor-se aos demais, o que levou a uma reformulação no esquema de alianças entre os grupos dominantes. Isso talvez explique por que não houve uniformidade na política econômica implementada, e medidas favoráveis à industrialização coexistiram com outras que visavam a amparar os interesses agrários tradicionais (Boris Fausto *apud* Diniz, 1981).

Os tenentes, apoiados em uma crítica acentuada ao liberalismo – aqui associado à prática política implementada durante a República Velha –, defendiam um modelo de Estado nitidamente centralizador e intervencionista. Tais princípios já haviam sido indicados no programa do Clube 3 de Outubro, que defendia “um Executivo forte, conselhos técnicos e uma máquina administrativa voltada para os interesses nacionais” (Camargo *et al.*, 1989: 23). Já os setores oligárquicos dissidentes lutavam pelo federalismo como modelo de Estado ideal, pois nele poderiam manter a autonomia estadual e restringir a interferência da União. O debate entre centralização e federalismo representou a síntese das divergências básicas entre os dois grupos, simbolizando “a pedra de toque em torno da qual todas as outras questões confluíram” (Gomes, 1980: 29).

O processo de construção e consolidação de um arcabouço burocrático-institucional no âmbito da saúde pública, nesse período, defrontou-se, portanto, com essas alterações na composição de poder entre o governo federal e os poderes locais, decorrentes da gradativa configuração de um regime centralizado, ainda que com um formato diverso do apresentado no Império. Logo, os objetivos delineados para a política social de saúde estariam imersos nessas relações políticas, econômicas e sociais a que se referem os autores mencionados. Ela será delineada a partir das alterações nessa composição de interesses entre coronéis, burocracia pública, governadores estaduais e governo central, conforme os novos arranjos de poder instituídos. Não é por acaso que um dos temas mais freqüentes nos debates relativos aos serviços de saúde a partir de 1935 diz respeito à normatização da relação entre os estados e a União. Foi, portanto, nesse quadro de instabilidade política, em que Getúlio Vargas buscava mecanismos para se consolidar no poder reforçando os ideais de construção de um Estado nacional centralizador e intervencionista, que transcorreram os primeiros anos de seu governo. Gradativamente foram sendo definidos um novo modelo de gestão para a saúde em todo o país e as estratégias para sua implementação,

processo de reforma institucional que acompanhou os diferentes contextos políticos que marcaram os 15 anos do governo Vargas.

Mudanças na Área da Saúde: reorganização institucional

A primeira mudança de impacto na estrutura institucional da saúde ocorreu ainda em 1930, quando foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Em sua dimensão institucional, as ações públicas de saúde acompanharam as distinções estabelecidas entre MTIC e o Mesp. De um lado, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, desenvolvida no MTIC, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. Tal assistência era destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos que definiam aqueles reconhecidos como cidadãos, caracterizando o que Wanderley Guilherme dos Santos (1998) denominou de “cidadania regulada”. De outro lado, no Mesp, atrelada à educação, ficou a saúde pública. Ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária. Ao Mesp cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários.² Essa seria a nova configuração da atuação federal na área da saúde, no âmbito da qual estariam as ações de assistência médica.

94

Em janeiro de 1931 foi regulamentada a nova estrutura organizacional do Mesp, definindo-se que, além de uma secretaria de Estado, o novo ministério seria formado por sete repartições³ e quatro departamentos nacionais independentes entre si: Ensino, Saúde Pública, Medicina Experimental e Assistência Pública. Apesar de três deles serem concernentes à área da saúde, a sua constituição não implicou de imediato alterações substantivas no quadro institucional vigente. Mudanças efetivas nesse setor só ocorreriam gradativamente nos anos seguintes, acompanhando as substituições ministeriais.

O Departamento Nacional de Medicina Experimental seria formado pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e por eventuais instituições que fossem criadas para desenvolver atividades congêneres. Entretanto, o departamento permaneceu restrito ao IOC, que em outubro de 1932 recuperou sua denominação original. O Departamento Nacional de Assistência Pública abarcou os serviços de assistência hospitalar e sua direção esteve a cargo de Pedro Ernesto Batista. Existiu como departamento somente até outubro de 1931, quando se transformou em uma diretoria do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Porém, dois meses depois, em 30 de dezembro de 1931, sua diretoria foi extinta devido à supressão do fundo especial destinado à assistência hospitalar e ao conseqüente desprovimento de recursos para a ampliação dos serviços de assistência pública de abrangência nacional. Os hospitais que dele faziam parte, São Francisco de Assis e Pedro II, permaneceram subordinados ao DNSP (decreto 20.890, 30 dez. 1931).⁴ Ainda conforme o regulamento de janeiro de 1931, o DNSP não sofreria alterações naquele primeiro momento, confirmando-se o que decretos anteriores já haviam indicado. Ou seja, o departamento foi incorporado ao Mesp a partir de novembro de 1930 preservando-se sua organização e assegurando-se sua autonomia como órgão responsável pelas ações de saúde pública. Sua estrutura era composta por

três diretorias: dos Serviços Sanitários do Distrito Federal; de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial; e de Saneamento e Profilaxia Rural. (Atente-se para o fato de o Distrito Federal apresentar sempre uma estrutura própria, diferentemente dos outros estados.)

As divergências sobre o futuro político do país repercutiriam também no futuro do recém-criado ministério. O formato institucional a ele atribuído deveria obviamente ser compatível com o projeto político vitorioso nas disputas desencadeadas no pós-1930. Porém, tal como os debates que ocorriam na esfera política nacional, os primeiros anos do Mesp foram marcados pela indefinição e inconstância de propostas e projetos. Uma das evidências dessa indefinição política encontra-se na alternância de ministros à frente do órgão, que em seus quatro primeiros anos foi conduzido sucessivamente por Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires.⁵

Este último, tão logo assumiu o cargo, empenhou-se em implementar mudanças que refletissem uma nova estratégia de ação pública para a saúde e apresentou uma proposta que implicava mudanças no DNSP e criava a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), a qual foi aprovada em junho de 1934, apenas um mês antes da promulgação da nova Constituição. Com pequenas variações, a maioria dos serviços que compunham o DNSP permaneceu na nova estrutura, mas reagrupados em duas grandes seções técnicas gerais de Saúde Pública e Assistência Médico-Social, e em cinco novas diretorias: de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República; de Serviços Sanitários nos Estados; de Proteção à Maternidade e à Infância; de Assistência a Psicopatas e de Profilaxia Mental; e de Assistência Hospitalar.⁶ Esta última incorporava em sua estrutura organizacional os seguintes órgãos: Centro de Assistência e de Triagem; Hospital São Francisco de Assis; Hospital Pedro II; Preventório Paula Candido; Hospital-Colônia de Curupaity. A Diretoria Sanitária Internacional e da Capital da República passou a apresentar a seguinte estrutura: Inspetoria da Marinha Mercante e dos Portos, Inspetoria dos Centros de Saúde, Inspetoria da Fiscalização do Exercício Profissional, Inspetoria de Alimentação, Laboratório de Saúde Pública, Hospital de Isolamento São Sebastião e Escola de Enfermagem Anna Nery.⁷

O novo desenho institucional expunha as prioridades em curso no novo governo ao enfatizar a criança, a área de saúde mental, a assistência médico-hospitalar e a expansão e o reforço da presença do governo federal nos estados, em resposta às demandas de não mais concentrar no Distrito Federal os serviços federais de saúde. De acordo com João de Barros Barreto – importante líder na área da saúde e futuro diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) –, foi de fato a partir de 1934, com a regulamentação do novo órgão, que se iniciou de forma coordenada a expansão dos serviços para além do Distrito Federal:

Mas só em 1934 positivou-se o início de reestruturação que vinham exigindo os progressos da técnica de organização sanitária e a situação brasileira, a impor de maneira formal que não mais se concentrassem no Rio de Janeiro as iniciativas do governo da União. Instituiu-se, assim, naquele ano um órgão técnico de comando para vários serviços do setor saúde, dispersos dentro do novo ministério. Deu-se, pela primeira vez, uma direção especializada aos hospitais gerais mantidos pela União; remodelou-se, fundamentalmente, a organização sanitária do Distrito Federal, instituindo-se o sistema moderno e ideal dos Centros de Saúde; e estendeu-se a ação federal aos Estados. (Barreto, 1942b: 170)

Ao findar o Governo Provisório o Mesp se encontrava, portanto, no início de um processo de reestruturação administrativa, sem o tempo de vigência necessário para sua consolidação. O quadro

de instabilidade e substituições no cargo ministerial que caracterizara os quatro primeiros anos de existência do ministério mudaria substantivamente a partir de julho de 1934, quando Gustavo Capanema tomou posse como o novo e principal gestor da área de educação e saúde. Capanema herdava a recém-aprovada estrutura legada por Washington Pires, afirmando que ela havia sido importante por ter reorganizado os serviços de assistência hospitalar, que inicialmente tiveram relevância secundária, e ampliado a atuação do Mesp na área da assistência social. O ministério ficou constituído então por três ordens de serviço: a educação nacional, a saúde pública e a assistência social (Arquivo Gustavo Capanema/Cpdoc/FGV, GC 34.06.21, F 07).

Com Gustavo Capanema tem início um novo momento na história institucional da saúde no país, e uma série de reformas será implementada, consolidando uma nova estrutura administrativa para a saúde pública, que perdurará, com poucas alterações, até a criação, em 1953, do Ministério da Saúde. As mudanças que o novo ministro propunha, em projeto apresentado em novembro de 1935, alterariam a estrutura institucional definida pela recente reforma de Washington Pires, aprovada em junho de 1934. Durante o ano de 1935, enquanto o novo projeto de reforma era elaborado, as principais atividades empreendidas na área da saúde se dividiram entre aquelas definidas pela nova estrutura da DNSAMS e as mudanças em curso nos serviços do Distrito Federal. Na capital da República destacou-se a criação dos centros de saúde – que absorveram os serviços das antigas Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal e Diretoria de Saneamento Rural – e das inspetorias especializadas. No final de 1935 a cidade fora dividida em 12 distritos, que já contavam com nove centros de saúde.⁸

96

Tanto a exposição de motivos que acompanhou o projeto enviado à Presidência da República como o próprio projeto de lei reafirmavam duas orientações com respeito à ação federal nos estados. Por um lado mantinham a conduta adotada no Brasil havia várias décadas, que delegava à União uma função supletiva, com participação centrada em auxílios financeiros aos órgãos públicos e privados de saúde por meio de convênios firmados com os estados. A ação direta seria exercida apenas em casos de endemia ou epidemia de extensões graves, quando a administração estadual não reunisse condições de combatê-la, o que evidencia a preocupação em preservar a autonomia local. Em sua exposição de motivos, Capanema expressava a visão predominante com relação a esse ponto, deixando clara sua intenção de resguardar a área de atuação dos estados e, assim, evitar eventuais atritos políticos e gerenciais, afirmando que a ação supletiva da União deveria ser, em regra, indireta (Capanema, 1935). O ministro defendia, entretanto, posição diversa com relação à capital da República quando afirmava:

De fato, não é de mero interesse local, mas é sobretudo de interesse nacional que a cidade, que é a sede dos órgãos da soberania nacional, que é o centro de toda a vida política da nação, que é o ponto de residência dos representantes das nações estrangeiras, tenha a sua defesa sanitária, provida de todos os recursos, sob a direta responsabilidade da União. A esta deve caber organizá-la, custeá-la e dirigi-la. Com a saúde pública se dá o mesmo que com a polícia. No Distrito Federal, é tarefa da União. (Capanema, 1935: 23)

Essa linha de interpretação, que ressaltava as especificidades do Distrito Federal quando se tratava de definir atribuições e modelos de prestação de serviços de saúde, iria aparecer também nos debates que ocorreram durante o processo de votação da Reforma Capanema.

Serviços de Saúde do Distrito Federal no Debate da Reforma Capanema

Com relação aos serviços de saúde do Distrito Federal, três pontos centralizaram o debate sobre o artigo 56 da lei, no qual ficavam definidas as atividades sanitárias a serem executadas pelo Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal.⁹

O primeiro deles tratava de um antigo tema de discussão: a forte concentração dos serviços federais na capital da República em detrimento das outras regiões do país. Em discurso pronunciado na sessão do dia 15 de dezembro de 1936, o deputado Agostinho Monteiro criticou a aplicação quase integral das verbas da saúde pública no Distrito Federal, tendo por base o orçamento de 1933. Defendeu também que se priorizasse a assistência médica. Os deputados Xavier de Oliveira e Lino Machado corroboraram suas observações, mas criticaram o modelo instituído por Carlos Chagas, que havia, segundo eles, relegado a segundo plano a assistência médico-hospitalar. Xavier de Oliveira argumentava:

é um erro que se repete agora, erro cometido quando foi da criação do DNSP com Carlos Chagas, época em que foi instituída também a profilaxia rural. Então era a profilaxia, como se diz, o *Leitmotiv* dos sanitaristas para o Brasil naquele tempo, esquecida inteiramente a assistência hospitalar. (*Diários do Poder Legislativo*, 18 dez. 1936: 23.623)

A argumentação dos deputados se detinha na relação entre saúde pública e assistência médica e no pressuposto de um antagonismo entre essas áreas, como se a prioridade sobre uma levasse necessariamente ao abandono da outra. Na interpretação dos deputados, investir em saúde pública significava esquecer a assistência médica, como se não fosse viável compatibilizá-las em um serviço público de saúde.

No momento em que se definia uma nova estrutura para a saúde pública essa questão surgiu vinculada à discussão sobre a interferência ou não do governo central nos estados. Nesse caso a autonomia dos serviços estaduais de saúde apresentava peculiaridades: tratando-se de ações a serem realizadas na capital da República, era difícil distinguir entre competências federais e locais.¹⁰

O segundo ponto que sobressaiu nos debates relativos aos serviços do Distrito Federal dizia respeito à polêmica entre a adoção do modelo distrital, representado pelos centros de saúde, e a preservação da organização existente até então, com base em inspetorias especializadas.

Segundo Raul de Almeida Magalhães – diretor do DNSP na gestão de Washington Pires –, em exposição feita à Comissão de Saúde Pública, havia duas correntes de orientação da moderna saúde pública: uma que criticava os serviços técnicos baseados em inspetorias autônomas e recomendava o sistema distrital, organizado em centros de saúde que concentrassem todas as atividades; e outra que reconhecia a importância dos centros de saúde, mas não os considerava incompatíveis com o sistema de inspetorias. Defendendo a segunda corrente, lembrou que a tendência moderna era a especialização e que o inspetor dos centros de saúde, responsável no regime distrital pela orientação de todas as atividades sanitárias, não poderia dominar conhecimentos tão diversos, de tantas especialidades. Ao mesmo tempo, por acreditar que determinadas atividades de saúde pública não deveriam figurar nos centros de saúde, defendeu a autonomia do serviço de doenças transmissíveis sob uma única direção: “Com o serviço fracionado em 10 centros por escassez de pessoal habilitado e por falta de condução, não podem as notificações de doenças transmissíveis serem atendidas com a indispensável presteza” (Organização da saúde pública, 14 jun. 1936).

Acentuando mais uma vez que o regime de centros de saúde não excluía a necessidade de inspetorias, descreveu o sistema distrital adotado em Nova York, que possuía naquela época um diretor e subdiretor de saúde, com inspetorias nos seguintes campos: administração geral, enfermagem, higiene infantil, doenças transmissíveis, tuberculose, doenças venéreas, política sanitária, alimentos e drogas, e laboratórios. Os diretores dos centros de saúde seguiam orientações das inspetorias especializadas, e as autoridades distritais eram meras executoras dos serviços a receber orientação técnica das inspetorias.

Prevaleceu na estrutura aprovada com a reforma e em seus desdobramentos nos anos seguintes um modelo conciliador que confirmaria as observações de Raul de Almeida Magalhães. Os centros de saúde se consolidaram como modelo de referência na organização sanitária – não só no Distrito Federal, mas em todo o país –, constituindo o ápice de uma hierarquia formada por postos de saúde e subpostos, classificados conforme a complexidade das atividades desenvolvidas e o perfil dos profissionais que neles atuavam. As inspetorias, por sua vez, foram aos poucos dando lugar aos serviços especializados, que também cresceram e se expandiram, principalmente após a criação dos serviços nacionais em 1941, confirmando a interpretação de que o modelo distrital não era incompatível com uma estrutura de serviços especializados.

O terceiro ponto de destaque nos debates sobre a área da saúde no Distrito Federal referia-se à criação ou não de um serviço autônomo para a área materno-infantil, que já vinha se configurando como um campo especializado de ação pública. O papel de destaque e a relevância atribuídos aos serviços de atenção materno-infantil na estrutura administrativa do Estado foram também motivo de críticas e divergências. Para alguns profissionais eles deveriam ser da alçada dos centros de saúde; para outros era absurdo concentrar em um mesmo espaço crianças e portadores de doenças transmissíveis.

A polêmica prosseguiu em várias sessões da Câmara e reuniões das comissões, refletindo concepções diversas sobre as atividades dos centros de saúde, a importância destes como um espaço de profilaxia e educação sanitária e enfatizando as distinções entre as suas atividades e aquelas da assistência médica clínica. Provocou também observações sobre a doença contagiosa e suas diferenças em relação às doenças transmissíveis. A forma final do texto da lei mostra que prevaleceu a opinião de que os serviços materno-infantis mereciam uma diretoria específica. A criação da Diretoria de Assistência Materno-Infantil fortaleceria institucionalmente a área, que se tornou um dos alvos prioritários da política social do governo Vargas, ampliando seu âmbito de atuação para além do Distrito Federal. Essas diretrizes se confirmariam com a criação, em 1940, do Departamento Nacional da Criança (DNCr), com o mesmo nível hierárquico do DNS, o que assegurou maior abrangência e autonomia de gestão à área materno-infantil.¹¹

O Novo Modelo a partir de 1937

Em 13 de janeiro de 1937 entrou em vigor a nova lei que reorganizava a estrutura do agora denominado Ministério de Educação e Saúde (MES). As mudanças propostas no projeto de reforma especificavam basicamente três grandes áreas de serviços da saúde pública. Na lei sancionada em 1937, a seção relativa a esses serviços distinguia-os da seguinte forma: aqueles dedicados à investigação, os serviços de saúde do Distrito Federal e os de abrangência nacional. Esse formato explicitava a lógica que orientou a organização administrativa do campo da saúde pública, separando os serviços da capital da República daqueles destinados aos demais estados da federação.

Os artigos que regulamentavam especificamente as atividades e serviços do Distrito Federal indicavam que eles passaram a se organizar por intermédio do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal e do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. O primeiro incorporava os seguintes órgãos: Laboratório de Saúde Pública; Inspetoria da Alimentação; Inspetoria dos Centros de Saúde; Inspetoria dos Serviços Especiais e Inspetoria de Engenharia Sanitária. O segundo, destinado a suprir as necessidades de assistência hospitalar no Distrito Federal, ficou constituído pelo Hospital Estácio de Sá, o Hospital São Francisco de Assis e o Hospital Pedro II. Um parágrafo único indicava a criação de um Centro de Cancerologia, destinado à profilaxia e ao tratamento do câncer (Brasil, 1937, lei 378).

A mesma lei delegava ao DNS a incumbência de administrar as atividades de saúde pública no Brasil. Estabeleceu-se então que este órgão seria composto de quatro divisões: de Saúde Pública; de Assistência Hospitalar; de Assistência a Psicopatas e de Amparo à Maternidade e à Infância. À Divisão de Assistência Hospitalar foi delegada a responsabilidade pela direção dos serviços relativos à assistência hospitalar, de caráter nacional, como também os de caráter local, que fossem executados pela União. O artigo 54 da mesma lei criou também o Instituto Nacional de Puericultura, com o objetivo de realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos à maternidade e à saúde da criança.¹²

João de Barros Barreto foi nomeado seu diretor, tornando-se o colaborador direto de Capanema na gestão dos assuntos referentes à saúde. A partir daí, teve início um período de intenso trabalho normativo com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários, que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes, acompanhando o processo de burocratização do Estado, que se intensificava. As novas diretrizes adequavam-se em muitos aspectos às propostas que vinham sendo debatidas em fóruns internacionais, preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, incorporando as prioridades definidas para a ação pública em saúde pela agenda dos congressos e conferências patrocinados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Estabeleceu-se um padrão de atuação pública que combinava centralização normativa e descentralização executiva, canalizando para a instância administrativa estadual o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, sob a orientação do governo central.

O fortalecimento da instância estadual como locus de controle político era tão evidente que, entre as medidas previstas para a implantação do sistema distrital, mais especificamente na regulamentação das atribuições, o governo central aventava a possibilidade de não existirem serviços de saúde mantidos por municípios. Tal orientação não prescindiria, entretanto, da participação destes nos custos financeiros de implantação e manutenção dos serviços de saúde. Reproduzindo o modelo de Caixas de Fundos instituídas em 1938 no Rio de Janeiro, durante a gestão de Mário Pinotti no Departamento de Saúde do Distrito Federal, os municípios deveriam contribuir com 5% de toda a receita arrecadada para os serviços de assistência e saúde pública. Esse modelo seria tomado como referência padrão para o restante do país, definindo a modalidade de financiamento na nova forma de gestão em saúde pública (cf. decretos publicados respectivamente em 31 de dezembro de 1937 e 26 de abril de 1938, *apud* Barreto 1938).

Quatro anos depois, em 1941, já sob o regime do Estado Novo, Gustavo Capanema complementaria as mudanças que iniciara em 1937, realizando importantes alterações no DNS no sentido de centralizar ainda mais a participação federal na gestão da saúde. Dessa vez prescindindo da participação do Congresso, fechado desde novembro de 1937, quando da instauração do governo ditatorial. Nesse momento foram

criados os serviços nacionais e duas novas divisões – a Divisão de Organização Sanitária (DOS) e a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) –, que incorporaram funções até então desempenhadas pelas antigas divisões de Saúde Pública e de Assistência Hospitalar do DNS. Com essa reorganização as divisões também ampliaram seu raio de ação, caracterizando-se como “elementos norteadores da estruturação geral das repartições de saúde no Brasil” (Barreto, 1942b: 174).

As Atividades da Divisão de Organização Hospitalar

Assim como a DOS, a DOH foi criada com objetivos de padronização, normatização e controle das ações relativas à assistência médico-social em todos os estados do país. Constituiu, assim, os ‘braços’ da gestão federal nos estados no campo hospitalar. Sob a direção do médico Teófilo de Almeida, era composta das seções de Edificações e Instalações, Organização e Administração e Assistência e Seguro de Saúde.

Suas atribuições, em face das prioridades da área, foram debatidas durante a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1941, quando se definiram como diretrizes para o setor: a criação de hospitais regionais, ambulatorios e postos de socorro de urgência segundo o sistema de divisão distrital; o atendimento às exigências mínimas, nas zonas rurais, de dois leitos por mil habitantes para os hospitais gerais e um médico para cada quatro mil habitantes. No decreto de 1942 que regulamentou as funções da DOH incluíam-se, entre outras, a determinação de organizar um plano geral de assistência, nele compreendido uma rede de hospitais para todo o território nacional; estabelecer normas e padrões para instalação, organização e funcionamento dos vários serviços técnicos e administrativos de hospitais de diversos tipos; organizar e manter atualizado um cadastro dos estabelecimentos hospitalares no país.¹³

Em seu primeiro ano de atividades, a DOH dedicou especial atenção à realização de um cadastro hospitalar em todo o país, com questionário minucioso que abarcava informações “do mais completo hospital à mais modesta casa de caridade” (Barreto, 1942a: 79). O total de estabelecimentos conhecidos em todos os estados era de 1.173, e foram cadastradas, durante o ano de 1941, 358 instituições. Realizado entre novembro de 1941 e novembro de 1942, foi o primeiro em todo o Brasil com tal objetivo. Nele os dados referentes ao Distrito Federal informam que à época a cidade contava com 84 estabelecimentos, dos quais foram cadastrados 59.¹⁴

As informações obtidas com o cadastro foram o ponto de partida para a construção de uma rede nacional de hospitais regionais que visava a atender ao problema da assistência médico-cirúrgica. A rede deveria integrar os recursos da União, dos estados e municípios, e contaria também com a colaboração da iniciativa privada, de sociedades beneficentes, organizações mutuárias, além de institutos e caixas subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, empresas industriais, estabelecimentos rurais e, em destaque, a Cruz Vermelha Brasileira. A política de saúde destinada à área hospitalar voltou-se, a partir de então, para a elaboração de um plano destinado à criação de uma rede brasileira de hospitais, a começar pelos estados do Norte e Nordeste. O plano abrangia hospitais gerais e especializados, exceto os destinados a maternidade, doenças mentais, tuberculose e lepra, que já possuíam planos especiais elaborados pelos serviços federais correspondentes. Ele ganhou caráter prioritário para o ano de 1942, tendo em vista a participação brasileira no contexto de guerra internacional.

Em novembro desse mesmo ano foi enviada ao ministro da Educação e Saúde uma nota expositiva sobre a proposta de construção de uma rede brasileira de hospitais, em que se esclareciam os parâmetros que norteariam sua configuração. Destinava-se, inicialmente, aos estados do Norte e Nordeste, compreendidos do estado do Pará até o de Sergipe. Em seu item 9, indica:

O que interessa ao aparelhamento da assistência médico-cirúrgica, parte integrante da organização nacional, não é só o leito de caridade ou para indigentes, mas leitos convenientes ou disponíveis para atender todas as camadas sociais, com a cooperação, orientação geral técnica e controle do Estado. Merecem sob este ponto de vista, igual atenção os leitos gratuitos e os de indústrias, de cooperativas ou irmandades, e mesmo os destinados a contribuintes, isto é, os de finalidade não-lucrativa e os de finalidade lucrativa: estes últimos aliviam as despesas dos primeiros e o grave ônus da obrigação federal, estadual e municipal, *naquilo que, de previdência e assistência social, compete aos governos, quando falha a contribuição privada.* (Barreto, 1943: 179, grifo meu)

A proposta revela qual o perfil definido para a atribuição estatal, no momento em que havia, por parte dos gestores públicos, uma demanda formal para que o Estado reconhecesse como sua obrigação prestar serviços de assistência médica sem discriminação de grupos sociais. A execução do plano ficaria sob a supervisão da DOH, cuja orientação técnica baseava-se em princípios preconizados por organizações americanas como o Colégio Americano de Cirurgiões e a Associação Americana de Hospitais, que definiam a organização hospitalar como uma especialização. Esses princípios contribuíram para que a DOH difundisse o que considerava ser uma consciência hospitalar moderna. A influência americana sobre o formato proposto para a política pública de saúde na área hospitalar pode ser atribuída, a princípio, à visita do diretor da DOH Teófilo de Almeida aos Estados Unidos, realizada durante seus três primeiros meses no cargo, e aos interesses e necessidades decorrentes da conjuntura de guerra internacional.

101

Simultaneamente às medidas de execução do plano da Rede Brasileira de Hospitais, o ministro Gustavo Capanema apresentou anteprojeto de decreto-lei que estabelecia normas e princípios gerais para regular os serviços de assistência médico-social no país. O artigo 1º, que definia sua finalidade, determinava:

Fica instituído para todo o país o controle da assistência médico-social a doentes, deficientes físicos e desamparados, no sentido da sistematização técnica desse serviço, visando a criação de uma rede nacional de instituições hospitalares e de assistência social, convenientemente aparelhadas para atender, segundo as necessidades locais e regionais, *toda a população do Brasil.* (*apud* Barreto, 1943: 186, grifo meu)

O anteprojeto estabelecia também normas e princípios para a classificação e o funcionamento dos estabelecimentos hospitalares e para-hospitalares, preocupando-se em assegurar que a padronização e supervisão dessas diretrizes em todo o país estivessem a cargo da DOH. A classificação definia uma série de distinções que incluíam o número de leitos, o padrão e a capacidade física das edificações, o tipo de clínica, o tipo de propriedade e sua manutenção (oficiais, filantrópicas e particulares) e as especificidades de sua direção e administração. Seguiu aqui a DOH a mesma estratégia adotada no âmbito da DOS, ao procurar padronizar as diversas modalidades de prestação de serviços, como pode ser observado no Anexo 2.

Nos primeiros anos da década de 1940, além do investimento na regulamentação e no controle das atividades hospitalares, concentrado principalmente na coleta de informações para alimentar o cadastro hospitalar e na constituição de uma rede de hospitais, a DOH se dedicou também à formação de quadros profissionais para o setor. Em 1943 realizou-se, pela primeira vez no Brasil, um curso de organização e

administração hospitalares conduzido pelo diretor da divisão e alguns de seus técnicos. O curso foi mantido nos anos seguintes, pois em 1944 Barros Barreto (1945) relatava que o Brasil tinha a primazia de realizar para toda a América Latina, havia dois anos, o ensino de especialização e aperfeiçoamento em organização e administração hospitalares.

À semelhança de outros setores que foram alvo de políticas públicas, as ações de assistência médica no âmbito do MES foram marcadas pela preocupação em construir um serviço efetivamente nacional e articulado, sob orientação centralizada e com normas gerais padronizadas. Embora aqui não sejam abordadas em detalhes, pode-se mencionar, a título de exemplo, o processo gradativo de profissionalização e especialização – acompanhando portanto as atividades específicas da saúde pública – por meio da realização de cursos em administração hospitalar, formação de técnicos e especialização de enfermeiras. Criaram-se também as bases para a implantação efetiva de um sistema de assistência hospitalar em todo o país, com as especificidades que lhe eram pertinentes. Ou seja, medidas efetivas para organizar nacionalmente os serviços foram tomadas, com o intuito de institucionalizar e consolidar a área de assistência médica. E o que é muito importante: com características abrangentes, não restritivas, explicitamente destinadas a toda a população brasileira. Assim, esse campo de atuação pública se institucionalizou como um serviço universal e, associado aos serviços concernentes à DOS, almejava a constituição de uma ampla rede de assistência no âmbito da saúde pública, combinando medicina preventiva e curativa.

Dentro desse quadro geral, cabe agora observar de que forma os serviços de saúde do Distrito Federal interagiram com essas mudanças institucionais implementadas nas estruturas federais de saúde. Que transformações ocorreram nos serviços existentes na cidade, de que forma foi repensada a estrutura organizacional da assistência médica no Distrito Federal, quais as semelhanças e diferenças em relação ao modelo político-institucional que estava sendo adotado para o restante do país?

A Saúde no Distrito Federal: construção e consolidação de uma herança institucional

As mudanças na gestão da política de saúde no Distrito Federal a partir da década de 1930 estão intimamente relacionadas ao contexto político nacional e às diretrizes adotadas pelo governo federal para este setor de ação pública. Mas se associam também diretamente à atuação de Pedro Ernesto Batista, que assume a liderança política local, em consequência de sua participação direta no movimento revolucionário, sendo nomeado interventor no Distrito Federal, em seguida diretor da Assistência Hospitalar do Distrito Federal, e posteriormente eleito prefeito da cidade. Considerado um importante interlocutor entre o governo local e o governo federal, Pedro Ernesto demonstrou afinidade de princípios e diretrizes na condução da política de saúde adotada nesse período. Em discurso na solenidade de inauguração do Hospital Jesus, Pedro Ernesto explicitou essa afinidade de princípios e a preocupação em enfatizar a responsabilidade do Estado na prestação de serviços públicos: “Os rumos da revolução se afirmavam através da probidade administrativa, sede de justiça, reconhecimento da igualdade dos brasileiros e por uma expectativa angustiosa dos serviços públicos que ao Estado caberia prover para o bem-estar da coletividade” (Arquivo Cpdoc, *apud* Vieira, 1982: 326).

Com essa lógica política, sua administração seria marcada por uma intensa atividade na área da assistência médica, dando início à construção de um número elevado de hospitais e dispensários, alguns

inaugurados ainda durante sua gestão, legando para a história da cidade do Rio de Janeiro uma significativa herança institucional na área da saúde. A assistência médica se destacou, assim, como um dos focos privilegiados de atuação pública, fortalecendo institucionalmente um modelo de prestação de serviços na área da saúde como atribuição do Estado, com ênfase na ação curativa, que se destinava à população em geral, sem restrições de acesso. A esse perfil de intervenção pública que formalizava a obrigação do governo de assegurar assistência médica a toda a população da cidade, contrapunham-se por outro lado os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que, vinculados ao MTIC e inseridos no âmbito da previdência, iam também criando na cidade os seus hospitais destinados a prestar assistência médica aos seus segurados.¹⁵

Apesar dos conturbados acontecimentos políticos que levariam à saída de Pedro Ernesto e à sua prisão em 1937, o processo de reformulação na estrutura institucional da saúde prosseguiria, consolidando um modelo hierarquizado e regionalizado, que rompeu definitivamente com a lógica que até então havia privilegiado o pronto-socorro (Vieira, 1982). No ano seguinte, em 1938, a Secretaria Geral de Saúde e Assistência foi reorganizada,¹⁶ e em 1939 uma importante alteração jurídica fortaleceria ainda mais a autonomia institucional do Distrito Federal na área da saúde. Por meio do decreto-lei 1.040 (de 11 de janeiro de 1939), foram transferidas definitivamente para o Distrito Federal a manutenção e a administração dos serviços locais de saúde. Estavam assim constituídas as bases institucionais da assistência médica na cidade do Rio de Janeiro, pelas décadas seguintes. Mudanças significativas só iriam ocorrer nos anos 1950, em particular em 1953, com a criação do Ministério da Saúde, e em 1956, com as alterações no DNS e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).

Isso porque, com a saída de Vargas do governo em 1945, a realização de eleições e a promulgação de uma nova Constituição em 1946, tem início um novo arranjo entre as forças políticas organizadas. No novo contexto, a política partidária assumiu 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. O Distrito Federal preservava suas especificidades de capital da República, conciliando sua força política local com os interesses nacionais. A área da saúde estaria envolvida nesse jogo político, fato que pode ser observado no processo de criação do Ministério da Saúde.

O primeiro titular da pasta da Saúde, nomeado por Getúlio Vargas em dezembro de 1953, foi Miguel Couto Filho, que tinha 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. E a imprensa da época ressaltou que sua indicação teria sido fruto do acordo político entre Vargas e Ernani do Amaral Peixoto, líder do Partido Social Democrático (PSD) fluminense, que pretendia ver seu afilhado político no posto de próximo governador do estado. A articulação política visando a fortalecer a candidatura de Miguel Couto Filho, construída em torno de interesses mais imediatos do PSD fluminense, se apoiou nas relações e acordos históricos do partido e de Amaral Peixoto com Getúlio Vargas. Ou seja, as forças políticas regionais vinculadas ao estado do Rio de Janeiro demonstraram que mantinham a capacidade de articulação e de interferência sobre o jogo político nacional, direcionando os resultados segundo seus interesses e, neste caso, com repercussão direta sobre a área da saúde.¹⁷

A história institucional da saúde no Rio de Janeiro não pode, portanto, ser observada e analisada sem que se compreendam suas peculiaridades e especificidades concernentes ao fato de que era esta

cidade, a capital da República, o centro do poder político nacional. Ela não era somente espaço de atuação pública, de intervenção do governo e criação institucional; era também palco do debate político, cenário do processo de decisão, onde se travavam as disputas políticas nacionais e celebravam-se os acordos. Essa configuração, entretanto, sofreria nas décadas seguintes o impacto da criação de Brasília e da transferência do centro do poder político para o interior do país.

E a partir daí, nesse novo contexto, as relações institucionais vão gradativamente sendo alteradas. A política de saúde local enfrentaria o desafio de responder (ou não) às demandas da população e acompanhar as diretrizes nacionais para o setor, só que agora, neste novo cenário, como mais um estado da federação e não mais com o *status* diferencial de capital federal. Para isso contaria com o extenso legado institucional que herdara dos períodos anteriores, os quais deveria manter de forma eficiente, com capacidade de adequação ao crescimento populacional, aos avanços da tecnologia e à complexidade do sistema médico assistencial. Trata-se ainda de um grande desafio a ser enfrentado.

Notas

¹ O Rio Grande do Sul se manteria à parte, agindo como uma força rebelde e representando uma ameaça aos acordos realizados.

² Para uma análise abrangente da história da assistência médica previdenciária, ver Oliveira & Teixeira (1986).

³ As sete repartições do Mesp eram: Inspetoria de Ensino Profissional e Técnico; Museu Nacional; Museu Histórico Nacional; Biblioteca Nacional; Casa de Rui Barbosa; Observatório Nacional e Inspetoria de Águas e Esgotos (decreto 19.560, 5 jan. 1931).

⁴ Os serviços de assistência hospitalar abarcavam as seguintes instituições: Hospital São Francisco de Assis; Hospital Pedro II; Serviço de Assistência a Psicopatas (anteriormente subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores); Hospital de Clínica e Inspetoria Geral de Hospitais (Gama e Silva & Marques, 1955).

⁵ A substituição no ministério obedeceu à seguinte seqüência: Francisco Campos (18 nov. 1930 a set. 1931); Belisário Pena (set. 1931 a dez. 1931); Francisco Campos (jan. 1932 a set. 1932) e Washington Pires (set. 1932 a jul. 1934).

⁶ De acordo com a nova lei, a participação da União nos estados deveria ser feita por intermédio da Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República e da Diretoria dos Serviços Sanitários nos estados.

⁷ Cf. decreto 24.814, 14 jul. 1934, que estabelece o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico-social, de acordo com o decreto 24.438, de junho de 1934.

⁸ A criação dos centros de saúde foi definida pelo decreto 24.814, de 14 de julho de 1934 (ver também Arquivo Gustavo Capanema/Cpdoc/FGV).

⁹ Esse serviço era composto, entre outros, pelos seguintes órgãos: Laboratório de Saúde Pública; Inspetoria de Alimentação; Inspetoria dos Centros de Saúde; Inspetoria dos Serviços Especiais (malária e peste) e Inspetoria de Engenharia Sanitária.

¹⁰ O resultado desse embate pode ser observado na estrutura definida para o ministério em janeiro de 1937. A primeira proposta apresentada por Capanema argumentava a favor da transferência para o Distrito Federal dos serviços que, na época, encontravam-se sob a responsabilidade da União. Conforme foi mencionado anteriormente, o ministro passou a defender em 1936, inversamente, a manutenção dos serviços da União nos estados, com o intuito de expandir a atuação federal. Entretanto, em 1939 os serviços foram transferidos para a Prefeitura do Distrito Federal, o que levou Barros Barreto a pedir demissão do cargo de diretor do DNS.

¹¹ Para uma análise detalhada sobre o DNCr, ver Pereira (1992).

¹² Uma vez instalado o Hospital das Clínicas da Universidade do Brasil, a Maternidade das Laranjeiras passará à alçada do Serviço de Puericultura do Distrito Federal.

¹³ As demais atribuições estipuladas para a DOH eram: “encarregar-se do estudo e solução de problemas referentes à assistência médico-social a doentes, deficientes físicos e desamparados; opinar nos processos de subvenção federal a instituições de assistência; cuidar dos problemas relativos à assistência médico-social a cegos e surdos-mudos, a indigentes, velhos, abandonados, aleijados e outros anormais, e deficientes físicos; organizar o plano nacional de seguro contra a doença e promover, em cooperação com a DOS, a instituição sistemática dos exames periódicos de saúde” (decreto 8.674, 4 fev. 1942).

¹⁴ Segundo relatório apresentado por Barros Barreto (1943: 178) no ano seguinte, o cadastro foi executado exclusivamente por médicos oficiais que, em viagem a todos os municípios para a devida inspeção, visitaram as instituições e preencheram as fichas especiais. Ver Anexo 1.

¹⁵ Entre as instituições criadas na gestão Pedro Ernesto, podemos citar: Hospital Regional Policlínica de Campo Grande (atual Rocha Faria); Hospital Regional Periférico de Marechal Hermes (atual Carlos Chagas); Hospital Periférico da Gávea (atual Miguel Couto); Hospital Jesus; Hospital Pedro Ernesto; Hospital Getúlio Vargas; Dispensário de Campo Grande (atual Rocha Faria); Dispensário da Ilha (atual Hospital Paulino Wenerck); Dispensário do Méier (atual Salgado Filho); Dispensário do Sapê (atual Hospital Carmela Dutra); Dispensário de Paquetá (atual Hospital Manoel Arthur Villaboim); Dispensário Cascadura (atual Maternidade Estadual Herculano Pinheiro) (Vieira, 1982). No âmbito dos IAPs foi o caso do Hospital dos Bancários (atual Hospital da Lagoa), dos Comerciantes (atual Hospital de Ipanema e Cardiologia de Laranjeiras), dos Funcionários dos Transportes (atual Hospital de Bonsucesso) e dos Marítimos (atual Hospital do Andaraí), entre outros.

¹⁶ Ficou então o Departamento de Assistência Hospitalar constituído pelos seguintes hospitais: de Pronto-Socorro, Carlos Chagas, Getúlio Vargas, Miguel Couto, Jesus, dispensários de Cascadura, do Méier, do Governador, de Sapê, de Campo Grande, da Ilha de Postos de Vargem Grande, de Guaratiba e Serviço de Salvamento. Ver Brasil, decreto-lei 871 de 18 nov. 1938.

¹⁷ Para análise mais detalhada sobre a criação do Ministério da Saúde, ver Hamilton & Fonseca (2003).

Referências

- BRASIL. Decreto n. 24.438, de 21 de junho de 1934. Dispõe sobre a reorganização, sem aumento de despesa, da Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública e das repartições dependentes, e dá outras providências.
- BRASIL. Decreto n. 24.814, de 14 de julho de 1934. Estabelece, na conformidade do decreto 24.438, de 21 de junho último, o Plano Geral de Organização dos Serviços de Saúde Pública e Assistência Médico Social, e dá outras providências, sem aumento de despesa.
- BRASIL. Lei n. 378, 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.
- BRASIL. Decreto-lei 871 de 18 de novembro de 1938.
- BARRETO, J. B. Saúde pública no Brasil. *Arquivos de Higiene*, 8(2): 289-304, 1938.
- BARRETO, J. B. As realizações do Departamento Nacional de Saúde em 1941. *Arquivos de Higiene*, 12(1), 1942a.
- BARRETO, J. B. A Organização da saúde pública no Brasil. *Arquivo de Higiene*, 12(2): 169-215, 1942b.
- BARRETO, J. B. As realizações do Departamento Nacional de Saúde em 1942. *Arquivos de Higiene*, 13(1), 1943.
- BARRETO, J. B. O Departamento Nacional de Saúde em 1943. *Arquivos de Higiene*, 14(1, 2), 1944a.
- BARRETO, J. B. A V Conferência Pan-Americana dos Diretores Nacionais de Saúde. *Arquivos de Higiene*, 14(3): 183-200, 1944b.
- BARRETO, J. B. As realizações do Departamento Nacional de Saúde em 1944. *Arquivos de Higiene*, 15(1, 2), 1945.
- CAMARGO, A. et al. *O Golpe Silencioso*. Rio de Janeiro: Rio Fundo Editora, 1989.
- CAPANEMA, G. *Plano de Reorganização do Mesp Apresentado ao Poder Legislativo pelo Presidente da República*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935.
- DINIZ, E. O Estado Novo: estrutura de poder e relação de classes. In: FAUSTO, B. (Org.) *História Geral da Civilização Brasileira*. São Paulo: Difel, 1981. t. III, v. 3.
- GAMA e SILVA, J. & MARQUES, L. *Evolução do Ministério da Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Divisão de Pesquisas do Instituto Brasileiro de Administração/Fundação Getúlio Vargas, 1955.

- GOMES, A. (Coord.) *Regionalismo e Centralização Política: partidos e Constituinte nos anos 30*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- HAMILTON, W. & FONSECA, C. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10(3): 791-826, dez. 2003.
- LIMA SOBRINHO, B. *A Verdade sobre a Revolução de Outubro*. 2. ed. São Paulo: Alfa-Ômega, 1975.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.
- ORGANIZAÇÃO da saúde pública. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, p. 6, 14 jun. 1936.
- PEREIRA, A. *Políticas Sociais e Corporativismo no Brasil: o Departamento Nacional da Criança no Estado Novo*, 1992. Dissertação de Mestrado, Niterói: Departamento de História, Universidade Federal Fluminense.
- SANTOS, W. G. *Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- SCHWARTZMAN, S. *As Bases do Autoritarismo Brasileiro*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982.
- VIANNA, L. W. *Liberalismo e Sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- VIEIRA, P. *Assistência Médica no Rio de Janeiro (1920-1937): reformas institucionais e transformações da prática médica*, 1982. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Bibliografia complementar

- BARRETO, J. B. Normas para uma organização estadual de saúde pública. *Arquivos de Higiene*, 7(2): 339, 1937.
- BARRETO, J. B. Medicina curativa em meio rural e suas relações com os serviços de saúde pública. *Arquivos de Higiene*, 9(1): 5-29, 1939.
- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Hucitec, Anpocs, 1998.
- HOCHMAN, G. & FONSECA, C. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. (Org.) *Capanema: o ministro e o seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- FONSECA, C. *Saúde no Governo Vargas: dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- SANTOS, W. G. *O Ex-Leviatã Brasileiro: do voto disperso ao clientelismo concentrado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Anexo 1
Cadastro da Divisão de Organização Hospitalar

80

ARQUIVO DE HIGIENE

(Abril-1942)

FICHA DE INSTITUIÇÃO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

FICHA N. _____

ESTADO _____		(Nome da Instituição) _____	FUNDADA EM _____
MUNICÍPIO _____	LOCALIDADE _____	S. _____ P. _____ D. _____	
DISTRITO _____	RUA _____ N. _____	DATA / / 194	

(Outras denominações da instituição)

É hospital geral? _____ Ou especializado: _____ De cirurgia? _____ Maternidade? _____ De acidentados? _____
De Pronto Socorro? _____ De crianças? _____ De cardíacos? _____ De nervosos? _____ De doenças mentais? _____
De tuberculose? _____ De lepra? _____ De isolamento? _____ De olhos, garganta, nariz, ouvidos? _____
De vias urinárias e venerologia? _____ De ginecologia? _____ De ortopedia? _____ De crônicos? _____ De conva-
lescentes? _____ De outras especialidades _____

Nome do diretor _____ Do administrador _____

ATENÇÃO: 1) Responder, no máximo possível, com algarismos ou com "sim" ou "não".
2) As informações, aqui pedidas, se referem ao ano de 1940.

EDIFICAÇÕES E INSTALAÇÕES

É de construção moderna? Na zona urba-
na? Tem parque? jardim? É do
tipo "mono-bloco"? Ou tipo "pavilionar"?
Quantos pavilhões De quantos pavimentos?
Quantas edificações anexas? Quantas enfer-
marias? Número de leitos? nas maio-
res? nas médias? nas menores?
Capacidade total de leitos nas enfermarias?
Quantos quartos particulares? Total de leitos
nos mesmos? Quantas salas de operação?
sépticas? assépticas? Quantas para anes-
tesia? Para curativos? Para consul-
tas? Para parto? Instalação de ortope-
dia? radiologia? sendo: para diagnós-
tico? para tratamento? Instalação para
eletroterapia? hidroterapia? heliotera-
pia? Para oto-rino-laringologia? oftalmo-
logia? cardiologia? Quantos gabinetes
dentários? Quartos para médicos-internos?
Para estudantes? Para enfermeiros? Gabi-
nete fotográfico? Farmácia? Com labo-
ratório anexo? Laboratório clínico? bac-
teriológico? anátomo-patológico? soroló-
gico? Tem necrotério? Sala de cape-
la? Sala para leitura? Para cursos?
Para reuniões? Para projeção? Apare-
lhos de "projeção fixa"? de cinema 16 mm?
de 35 mm? Quantos refeitórios para doentes?
Para médicos e administração? Para
auxiliares e subalternos? Tem instalação elé-
trica? de gás? de vapor? Aque-

cimento interno? Refrigeradores elétricos?
a gás? Câmaras frigoríficas? Tem ar
condicionado? Só filtrado? Esterilizado?
Há inter-comunicação telefônica? de
alta voz? de sinal-som? de sinal-lumi-
noso? Receptores de rádio? Rede inter-
na de recepção radiofônica? Há reservatório
d'água? de quantos litros? A água é de-
purada? Quantas cozinhas? sendo dieté-
ticas? Há lavanderia mecânica? Forno
para incineração de lixo? Quantos aparelhos
sanitários? Destino do esgoto: rede geral?
curso d'água? Fossa? O
efluente da fossa é tratado? Clorado?
Quantas ambulâncias? Elevadores? Car-
ros térmicos para conduzir comida? Outros
veículos? Há outras construções e insta-
lações?
.....
(Queiram juntar plantas, fotografias e quais-
quer outros documentos referentes à insti-
tuição).

FUNCIONAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

Doentes internados em 1/1/40? Homens?
Mulheres? Crianças? Quantos
entrados durante 1940? Homens? Mu-
lheres? Crianças? Quantos gratuitos em
1940? Homens? Mulheres? Cri-
anças? Pensionistas ou contribuintes?
Homens? Mulheres? Crianças?

Anexo 2

Quadro de Classificação da Assistência Médica e Social em 1943

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL

COMPREENDENDO: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E ASSISTÊNCIA PARA-HOSPITALAR

COORDENAÇÃO		COOPERAÇÃO	ORIENTAÇÃO	CONTROLE
Classificação clínica		Propriedade e manutenção	Direção e administração	
Assistência hospitalar	I — Hospitais gerais (Mais de 25 leitos)	Hospital Policlínico Santa Casa ou Hospital de Misericórdia Hospital de Assistência Pública e de Pronto Socorro Outros hospitais, Casas de Saúde	A — Instituições oficiais (ou do Governo): a) Federal b) Estadual c) Municipal	1 — Exército 2 — Marinha 3 — Aviação 4 — Polícia 5 — Saúde Pública 6 — Bombeiros 7 — Funcionários 8 — Ensino e educação 9 — Assistência Pública 10 — Outros serviços oficiais
	II — Hospitais especializados (Mais de 25 leitos)	Instituições: Hospital, hospital-colônia, sanatório, instituto, casa de saúde, maternidade, Pro-Matre, outras designações A — Maternidades e berçários B — Hospitais de Medicina 1 — De doenças mentais e nervosas 2 — De tuberculose 3 — De lepra 4 — De isolamento (Outras doenças transmissíveis) 5 — De clínica médica 6 — De cardíacos 7 — De crianças ou de pediatria 8 — De doenças venéreas 9 — De outras especialidades médicas C — Hospitais de Cirurgia 1 — De traumatologia e ortopedia 2 — De oto-rino-laringologia 3 — De oftalmologia 4 — De ginecologia 5 — De cancer 6 — De infortúnios do trabalho 7 — De outras especialidades cirúrgicas. D — 1 — Hospitais de crônicos e incuráveis 2 — Hospitais de convalescentes	B — Instituições não oficiais: a) Filantrópicas b) Particulares	1 — Irmandade ou igreja 2 — Associações 3 — Fundações 4 — Outras instituições de assistência gratuita A — Com finalidade não lucrativa 1 — Beneficências 2 — Ordens Terceiras 3 — Grupos ou classes 4 — Cooperativas e mútuas 5 — Sindicatos e Caixas 6 — Escolas e universidades 7 — Indústrias e núcleos rurais 8 — Outras comunidades B — Com finalidade lucrativa 1 — Firms individuais ou não 2 — Sociedades anônimas ou por quotas 3 — Outras sociedades visando lucro a distribuir C — Com finalidade mista
	III — Clínicas isoladas e ambulatórios isolados (Menos de 25 leitos)	1 — Policlínica e clínica particular com leito 2 — Enfermaria geral ou especializada 3 — Dispensário médico geral ou especializado 4 — Consultório médico-cirúrgico ou de especialidade 5 — Misto: clínica e ambulatório		
	IV — Estâncias e estações de cura	Para repouso, convalescença e tratamentos 1 — Balneárias 2 — Hidro-minerais 3 — Climáticas		
Assistência para-hospitalar	V — Asilos, albergues e abrigos	Assistência médico-cirúrgica e de especialidades, completando o serviço social, resolvendo ou aliviando o problema da hospitalização geral.		

Classificação dos hospitais atendendo edificações, instalações, administração, financiamento e assistências

Classe.....	A
Classe.....	B
Classe.....	C
Classe.....	D

Classificação dos hospitais segundo a capacidade

I — Pequeno.....	De 25 a 50 leitos
II — Médio.....	De 50 a 150 leitos
III — Grande.....	De 150 a 500 leitos
IV — Extra.....	Acima de 500 leitos

Nota: A Orientação e Controle no tocante à hospitalização de mentais e nervosos, de tuberculosos e doentes de lepra, e quanto a maternidades, constituem atribuição dos respectivos Serviços especializados do M. E. S. O mesmo quanto às demais instituições oficiais especializadas citadas ou aludidas nesta classificação.

Maternidade Arnaldo de Moraes, [1938].

Fonte: *Arquitetura e Urbanismo*, jul.-ago.1938

Inaugurada em 1938, a Maternidade Arnaldo de Moraes levou o nome do seu idealizador, o professor de clínica ginecológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O edifício do atual Hospital São Lucas guarda poucas referências arquitetônicas originais, representadas pela linha modernista expressa nas varandas e no uso de volumes cilíndricos.

109

Clínica São Vicente, 1951. Acervo Clínica São Vicente

A Clínica São Vicente teve início com a inauguração do sanatório de mesmo nome em um casarão na esquina das ruas Marquês de São Vicente e Adolfo Lutz, no bairro da Gávea. Em 1949 é inaugurada a nova sede, na rua João Borges, no mesmo bairro, onde permanece até hoje.

Instituto de Hematologia, [s.d.]. Acervo Hemorio

A primeira sede do instituto, inaugurada em 1944, foi em um prédio de estilo neoclássico, à rua Teixeira de Freitas, na Lapa. Na década de 1960 foram iniciadas as obras para o novo edifício, localizado na rua Frei Caneca, onde permanece até hoje.

Hospital Adventista Silvestre, 1950. Acervo União Este Brasileira da Igreja Adventista do Sétimo Dia

Em 1942, a Igreja Adventista do 7º Dia inaugurou a Casa de Repouso Dr. Withe, no bairro de Santa Teresa, visando a oferecer atendimento médico aos fiéis. Em 1950 foi inaugurado, no mesmo bairro, o edifício-sede do Sanatório Hospital Silvestre, que na década de 1970 ganharia uma lâmina vertical.

Hospital de Marechal Hermes, 1934. Foto Augusto Malta. Acervo Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro

A construção do Hospital de Marechal Hermes, atual Hospital Carlos Chagas, seguiu o plano de abertura de hospitais policlínicos regionais e dispensários desenvolvido pelo prefeito Pedro Ernesto (1931-1934). Seu edifício foi construído em estilo *art déco*. Mantém ainda vestígios dessa arquitetura.

Hospital de Crianças, 6 out. 1934. Foto Augusto Malta. Acervo Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro

112 As obras do Hospital Jesus foram iniciadas em 1934, na gestão de Pedro Ernesto (1931-1934), e respondiam à condição imposta pela Sociedade Civil Hospital Jesus, quando da doação do terreno. Sua construção integrou o plano de abertura de hospitais policlínicos regionais e dispensários da prefeitura, apesar de destinado ao atendimento de crianças.

Hospital Miguel Couto, [s.d.]. Fonte: Ribeiro, 1956

Edifício em *art déco* inaugurado em 1935 para sede do Hospital Regional Periférico da Gávea, atual Hospital Municipal Miguel Couto. Sua construção seguiu o plano de construção de hospitais policlínicos regionais e dispensários, centrais e periféricos, desenvolvido pelo prefeito Pedro Ernesto (1931-1934).

Hospital Paulino

Werneck, [s.d.]. Acervo Arquivo Nacional, Fundo *Correio da Manhã*

Em 1914 foi autorizada a criação de um posto de assistência na Ilha do Governador para prestar assistência aos habitantes da região. A transformação do posto de assistência em dispensário seguiu o plano de construção de hospitais policlínicos regionais e de dispensários, centrais e periféricos, desenvolvido pelo prefeito Pedro Ernesto (1931-1934).

[Dispensário do Méier], [s.d.]. Foto Augusto Malta. Acervo Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro

Edifício da Assistência Pública Municipal construído na década de 1910 para atendimento de urgência da Zona Norte da cidade. Na gestão do prefeito Pedro Ernesto (1931-1934), foi transformado em Dispensário do Méier e hoje é o Hospital Municipal Salgado Filho.

Casa de Saúde Dr. Pedro Ernesto, [s.d.]. Foto Augusto Malta. Acervo Museu da Imagem e do Som, RJ

Entre 1938 e 1939 a Sociedade de Beneficência do Servidor Municipal adquiriu o edifício da antiga Casa de Saúde Dr. Pedro Ernesto, na rua Henrique Valadares, para prestar assistência médica aos servidores municipais. O Hospital Central do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro permanece no mesmo endereço, em instalações construídas na década de 1960.

Hospital dos Servidores do Estado,
[195?]. Acervo Hospital dos
Servidores do Estado

O projeto do Hospital do Servidor Público foi escolhido em 1935 e sintetizava a política assistencial do governo Vargas. Em 1938, com a criação do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase), a construção e a gestão do hospital tornaram-se responsabilidade estadual. O projeto original sofreu transformações ao longo dos anos 1940, tendo sido inaugurado somente em 1947, já na presidência de Dutra.

Hospital Estácio de Sá, [1930-1945].
Acervo Cpdoc/FGV

O Hospital Estácio de Sá foi construído na década de 1930 pelo Ministério da Educação e Saúde. Na década seguinte, passou a abrigar o Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro.