Introdução

André Luiz Vieira de Campos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CAMPOS, A. L. V. Introdução. In: *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 17-30. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-100-6.

<https://doi.org/10.7476/9786557081006.0003>.

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/).

Introdução

Este livro é uma história do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e de sua atuação no Brasil entre 1942 e 1960, quando o Sesp era uma agência internacional com estatuto jurídico 'especial', o que lhe garantia completa autonomia dentro do Ministério da Educação e Saúde (MES). Financiado com recursos norte-americanos e brasileiros, o órgão elaborava suas políticas sanitárias em parceria com o Instituto de Assuntos Inter-Americanos (Iaia). Este acordo expirou em 1960, quando o Sesp tornou-se a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSesp), com outro estatuto jurídico pelo qual perdia sua condição de agência internacional. A FSesp conservou uma situação diferenciada em relação aos demais órgãos do ministério – era uma fundação e permanecia à parte do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Quando extinta, em 1990, a FSesp teve seus quadros incorporados à Superintendência de Campanhas, integrando a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

A criação do Sesp ocorreu em pleno Estado Novo e sua configuração não pode ser dissociada das diretrizes político-ideológicas e institucionais então empreendidas pelo regime varguista. Após a Revolução de 1930, Vargas sinalizou seu desejo de distanciamento do passado oligárquico fundando uma 'Nova República', contraposta à 'Velha'. Os tempos eram de crítica ao liberalismo e aos 'excessos' do federalismo, acusado de transformar o Brasil num domínio de oligarquias e excluir o 'povo' da nação. O governo provisório encaminhou várias medidas centralizadoras, além de implementar políticas sociais de previdência e saúde, por meio da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e do Ministério da Educação e

Saúde Pública. Entretanto, o período que vai até 1937 é ainda de muita instabilidade, provocada pelas disputas em torno do novo desenho institucional para o Estado e a sociedade brasileira – havia muita discordância com a orientação centralizadora, corporativista e autoritária implementada pelo executivo federal.

Com o golpe de 1937, venceram aqueles que advogavam uma ‘modernização conservadora’, o que garantiu grande autonomia, embora não absoluta, ao Estado (Pandolfi, 2003; Vianna, 2001; Diniz, 1986). O Estado autoritário, com um discurso nacionalista, promoveu a modernização e a integração econômica do país e acentuou o processo de centralização já em curso, não apenas com a eliminação dos partidos e das instituições representativas, mas também com uma reforma administrativa que objetivava burocratizar a máquina pública (Warlich, 1983). Ao mesmo tempo, ampliou o controle político sobre os trabalhadores e promoveu a extensão da rede de proteção social por meio de políticas de previdência e de saúde públicas (Fonseca, 2005; Malloy, 1979).

Ao fim do Estado Novo, altera-se a configuração política e institucional do país, mas preserva-se, durante a experiência democrática que se sucedeu, grande parte da herança corporativista e centralista, inclusive no plano das políticas sociais. Na década de 1950, são tomadas medidas no sentido de estimular o crescimento econômico e a expansão da autoridade pública sobre o território nacional, mediante a criação de novas instituições e a implementação de planos regionais e nacionais de desenvolvimento. No plano externo, a Guerra Fria e as políticas de ‘cooperação técnica’ reorientam as relações entre o Brasil e os Estados Unidos. Diante dessa nova conjuntura, as políticas de saúde do Sesp no Brasil também serão redesenhadas.

Apesar de ter sido criada como uma agência temporária de guerra, o Sesp existiu durante 48 anos e sempre foi objeto de grandes polêmicas e paixões, motivadas por suas ações e prioridades no campo da saúde pública e pelo seu modelo institucional. Contribuiu também, e muito, para tais divergências a sua situação de autonomia dentro do Ministério da Saúde: desvinculado dos demais órgãos da administração sanitária, o Sesp operava, especialmente até 1960, com um orçamento e um plano de cargos e salários invejáveis em comparação com a administração pública direta. Seus vínculos técnicos, institucionais e simbólicos com os norte-americanos e sua competência técnico-científica criaram um *ethos* e eram motivos de orgulho para os ‘sespianos’, ao mesmo tempo em que se tornaram

razões para as acusações de antipatriotismo por parte de seus adversários. O médico Mário Magalhães, por exemplo, considerava o Sesp uma "organização tipicamente americana e extremamente cara que, praticamente, não trouxe nenhum benefício para o Brasil" (Magalhães, 1980: 206). A polêmica não se restringia aos sanitaristas, envolvendo também economistas envolvidos com planejamento. Para Kertesz,

muitos dos nossos planejadores, fascinados com a experiência de saúde dos norte-americanos, pretendiam seu transplante puro e simples. (...) A Fundação Sesp consagrou-se como um exemplo de mau planejamento com a adoção muito eficiente deste enfoque. (Kertesz, 1975, apud Rosas, 1981: 42)

Já para um superintendente da FSesp, os melhores salários se justificavam porque "para um cidadão trabalhar em condições difíceis da natureza, em áreas difíceis da Amazônia, ele recebia uma retribuição financeira mais adequada aos riscos que ele corria e ao sacrifício que fazia" (Villas Boas, 1995, apud Fonseca, 2000: 405).

Um dos elementos desta polêmica dizia respeito ao modelo de administração sanitária do Sesp, diverso daquele implantado pelo DNS durante o primeiro Governo Vargas. Entretanto, como pretendemos mostrar, existiam muitos pontos em comum e mesmo colaboração entre ambos os modelos. Por um lado, porque os princípios de administração sanitária seguidos pelo Sesp e pelo DNS partilhavam orientações e idéias discutidas em fóruns internacionais. Por outro, o campo da administração da saúde pública no Brasil era um laboratório de muitas experiências, configurando-se, ainda na década de 1930, como um modelo de administração sanitária que combinava elementos de tradições diversas, como mostra Merhy (1992), para o caso de São Paulo, e Fonseca (2005), no plano do governo federal. Portanto, apesar de ser freqüente na fala dos atores engajados no campo da saúde pública o tema do conflito, existiam muitos pontos em comum entre os 'modelos' de administração sanitária; as divergências situavam-se em outros campos, entre os quais, e talvez principalmente, o da política.

Criado no contexto da Segunda Guerra Mundial, para o governo norte-americano, o Sesp foi planejado para ser uma agência temporária, encarregada de políticas sanitárias pontuais em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas – a Amazônia e o Vale do Rio Doce. Para o governo brasileiro, entretanto, as políticas sanitárias do Sesp adequavam-se perfeitamente àquelas elaboradas pelo Ministério da Educação e Saúde e

ao processo de *state and nation building* do primeiro Governo Vargas. Ou seja, estavam plenamente integradas ao projeto de desenvolvimento e expansão da autoridade pública nos 'sertões' (Lima, 1999) brasileiros durante a Era Vargas. Seguindo as observações de Charles Tilly (1975: 3-83) sobre a formação dos Estados nacionais, podemos sugerir o quão importante foi o papel do Sesp, enquanto uma 'organização governamental', no Brasil, ao estabelecer 'relações de rotina' com populações isoladas na vastidão dos 'sertões' brasileiros. Além dos aspectos simbólicos representados pela introdução de um provimento de rotina de atenção à saúde das populações do interior, os efeitos da contratação de funcionários para as unidades do Sesp não devem ser menosprezados como fator de importância na criação de lealdade com o poder público. Neste caso, não nos referimos aos médicos e administradores enviados das capitais, mas aos funcionários recrutados localmente – guardas sanitários e enfermeiras visitadoras, principalmente –, cujas referências políticas estavam, até então, limitadas aos oligarcas locais.

A sobrevivência do Sesp no pós-guerra está ligada, no plano internacional, às novas funções que a saúde pública internacional adquiriu na bipolaridade pós-1947 e, internamente, aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro. Entre o final da década de 1940 até o final da década de 1980, as 'políticas internacionais de saúde' – cujo conceito pressupunha relações entre Estados nacionais soberanos – estiveram definidas e orientadas pela Guerra Fria, e transformaram-se em instrumento de propaganda e demonstração de superioridade política e tecnológica dos países capitalistas desenvolvidos (Bown, Cueto & Fee, 2006). Num contexto internacional marcado pelo início da Guerra Fria e pela 'invenção do desenvolvimento' (Escobar, 1995), o Sesp reorientou seus objetivos no Brasil, associando-se aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro na década de 1950, construindo saúde pública nas regiões mais subdesenvolvidas do país e servindo também como agência-modelo a demonstrar os efeitos positivos da 'cooperação técnica' entre os Estados Unidos e o Brasil. Como declarou um superintendente da FSesp,

nós fomos feitos para trabalhar no interior e nas áreas de valorização econômica e de desenvolvimento de colonização (...) Áreas de interesse governamental (...) para se levar à população aquilo que ela não tinha de jeito nenhum. (Villas Boas, 1995, apud Fonseca, 2000: 405)

Neste sentido, apesar de seu caráter internacional e de seu modelo de administração sanitária inspirado em padrões norte-americanos, as políticas de saúde do Sesp no Brasil nunca constituíram uma via de mão

única, mas foram marcadas por conflitos, negociações e adaptações. A tradição sanitária brasileira, a diversidade política, econômica e cultural do país e os interesses do Estado brasileiro determinaram respostas locais aos enunciados do Iaia. Esta perspectiva está teoricamente explicitada por Stern (1998: 47-68), que, afastando-se dos conceitos de 'centro' e 'periferia', afirma que as 'instituições internacionais' do chamado 'sistema mundial' não são entidades homogêneas e monolíticas, mas sim arenas de poder e de disputa cultural. Ou seja, as instituições internacionais não impõem, simplesmente, suas normas e procedimentos à 'periferia', mas sim interagem com as realidades 'locais', o que faz com que suas ações sejam moldadas/negociadas pelos interesses dos países onde atuam.

Para uma melhor compreensão da relação entre as diretrizes internacionais e as expectativas locais, ou seja, para entendermos como funciona a dialética no interior dessas 'arenas', a identificação da presença e/ou ausência de algumas variáveis é fundamental. Entre as mais significativas, estão a importância do Estado em cada país e a existência ou não de um sentimento ou movimento nacionalista, além da presença ou ausência de uma tradição científica e/ou de políticas sanitárias já consolidadas. Um exemplo, num país pequeno, de interação entre instituições internacionais e locais está no estudo de Steven Palmer sobre a atuação da Fundação Rockefeller na Costa Rica da década de 1910. Palmer atentou para a 'precedência periférica' daquele país na erradicação da ancilostomíase, mostrando como "indivíduos, grupos intelectuais e instituições costarriquenhos foram capazes de transformar os esforços da Fundação em um veículo de consolidação de um projeto de saúde pública já existente, de feitura local", e como a atuação da Rockefeller "reforçou e expandiu o alcance do Estado costarriquenho" (Palmer, 2004: 220-221). O estudo de Castro-Santos também apontou como as atividades da Fundação Rockefeller no Brasil foram delimitadas pelas variáveis locais, no caso a força do movimento sanitário das décadas de 1910 e 1920, que "influenciou sensivelmente" as diretrizes da atuação da Fundação, "exigindo que o Estado detivesse o poder de avaliar e controlar os serviços da Missão", difundindo o ideário e os objetivos da Liga Pró-Saneamento em todos os empreendimentos realizados pela Rockefeller no país (Castro-Santos, 2003: 198).

Para o período em foco, o trabalho de Cristina Fonseca (2005) mostrou claramente como a institucionalização da saúde pública no Brasil durante o primeiro Governo Vargas "aproximava-se, em muitos aspectos, das propostas então debatidas em fóruns internacionais da área da saúde".

Neste sentido, os pontos em comum entre a agenda internacional de saúde e o projeto de *state and nation building* do Estado Novo tornaram-se uma variável a ser considerada para o “fortalecimento interno dos propósitos governamentais.” (Fonseca, 2005: 178). Assim, existia um duplo movimento entre os interesses e especificidades do Brasil e a agenda sanitária em debate nas arenas internacionais, que era preconizada particularmente pelos Estados Unidos, e que incorporava as prioridades de ação de saúde “defendidas em congressos e conferências patrocinadas pela Oficina Sanitária Pan-americana” (Fonseca, 2005: 180).

Procurando consolidar-se como fórum de interação entre os diversos países do subcontinente, entre 1930 e 1945, a Oficina Sanitária Pan-americana realizou vários congressos., incorporando, a partir do início da Segunda Guerra, questões sanitárias decorrentes do conflito, para as quais os americanos passaram a dar uma especial atenção. A interação entre a agenda político-ideológica do regime Vargas e a pauta internacional de saúde pública, definida nos fóruns internacionais, materializou-se de diversas formas: pela especialização de médicos sanitaristas brasileiros na Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health – movimento que vinha da década de 1910; pela participação crescente de médicos brasileiros em instituições internacionais; e por intermédio de acordos de colaboração entre governos para combate a doenças ou para a criação de instituições de saúde com financiamento e apoio técnico norte-americanos (Fonseca: 2005: 181-182).¹ Esta última forma de interação entre a agenda internacional e a nacional é perfeitamente exemplificada pelo Sesp. As políticas sanitárias do Sesp, fruto das relações entre governo, instituições e profissionais de saúde norte-americanos e brasileiros, não se constituíram simplesmente em importação acrítica, porém refletiram uma transação com as tradições políticas e culturais internacionais e locais.

O campo de estudos da história da saúde não se encontra apenas em expansão, mas também em renovação. Até o final da década de 1980, grande parte dos trabalhos estavam marcados por duas grandes tradições, mapeadas por Doroty Porter (1994) em um livro de ensaios cujo objetivo era questionar os modelos ‘heróico’ e ‘anti-heróico’. A tradição ‘heróica’ ou ‘otimista’ originou-se com o trabalho de George Rosen (1958), que, diversamente dos positivistas, escreveu uma história da saúde dentro de seu contexto econômico e social. Esta abordagem, ‘otimista’, creditava à medicina a capacidade de livrar a humanidade das doenças e, ao Estado

democrático, a obrigação com o provimento dos direitos de bem-estar social. Em tal perspectiva, caberia aos médicos e cientistas um papel 'heróico', posto que estariam a serviço da ciência e da melhoria das condições de vida. Os médicos-historiadores que compartilhavam dessa perspectiva estavam engajados em reformar a medicina, fazendo-a mais social e preventiva. Esta tradição foi questionada pela narrativa 'anti-heróica' ou 'pessimista', originada a partir dos trabalhos de Michel Foucault e seus seguidores. A tradição 'anti-heróica' interpretou a medicina e a saúde pública, a psiquiatria e outras ciências como parte dos 'saberes' que a sociedade moderna utilizou para controlar e disciplinar o corpo social, e viu no médico, aliado do Estado, um agente deste processo (Porter, 1994).

Atualmente, há uma vasta produção no campo da história da saúde pública, que rompeu com esses limites interpretativos e adotou uma perspectiva multi e interdisciplinar. Mais recentemente, Armus (2002, 2003) e Hochman & Armus (2004), ao mapearem as tendências da produção deste campo na América Latina, identificaram um quadro bem mais complexo do que o descrito por Porter. Segundo os autores, a produção histórica renovada "pode ser apresentada como uma espécie de mosaico de enfoques, estilos, objetos e narrativas", apenas unificado pela negação a modelos, práticas e certezas que, até recentemente, eram consensuais. Apesar da complexidade encontrada, os autores identificam três estilos narrativos "que de algum modo buscam romper com a tradicional história da medicina". O primeiro, uma nova 'história biomédica', que – entre outras variáveis – rejeita a visão dicotômica do papel da medicina, busca compreender a produção histórica do saber médico, interpretar a história da doença como um processo biossocial e analisar as redes e intercâmbios pessoais e institucionais entre as comunidades científicas. Um segundo estilo narrativo produz uma história da saúde pública que "focaliza o poder, o Estado, as políticas, as instituições e os profissionais e os impactos das intervenções sanitárias", observando as relações entre as instituições sanitárias e as estruturas políticas, econômicas e sociais, e busca na história ensinamentos para as ações contemporâneas, concedendo protagonismo para médicos e sanitaristas. A terceira e mais recente tendência engloba os estudos de uma 'história sociocultural da doença', com forte influência da antropologia e dos estudos culturais. Entre alguns de seus temas, encontram-se os

processos de profissionalização e burocratização, as relações entre medicina, conhecimento e poder, as condições de vida, as respostas estatais e sociais às epidemias, as influências e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local, as políticas de saúde, ideologias e processos mais amplos de construção dos Estados nacionais. (Hochman & Armus, 2004: 12-16)

A historiografia brasileira sobre saúde pública, apesar de alguns poucos trabalhos clássicos anteriores, despontou na década de 1970 e se desenvolveu a partir daí.² Herdou bastante da tradição foucaultiana, apesar de serem importantes também os trabalhos inspirados em George Rosen e Juan César García.³ Apesar de relativamente numerosa, tem concentrado sua atenção especialmente no período 1870-1930; ainda são poucos os trabalhos que se aventuram pelo período colonial ou o pós-1930.⁴ Grande parte da bibliografia brasileira sobre história da saúde pública no século XX focalizou o período da chamada República Velha. Um número expressivo de textos analisou as ações sanitárias na cidade do Rio de Janeiro e suas relações com os interesses econômicos e as políticas de 'modernização' e 'civilização' do país, o 'controle' sobre as classes populares, bem como suas 'resistências'.⁵ Parte desta bibliografia analisa as iniciativas de saúde pública em São Paulo, apontando o pioneirismo deste estado na execução de um serviço sanitário complexo e que, muitas vezes, serviu de modelo para outras iniciativas tomadas em outros estados ou pela União. Em muitas interpretações observamos a lógica de se associar políticas de saúde a interesses econômicos, sejam para favorecer a imigração e os produtores de café ou para favorecer os investimentos internacionais e nacionais.⁶ Registremos também os estudos sobre a atuação, no Brasil, da Fundação Rockefeller, no combate a determinadas doenças, na institucionalização de políticas sanitárias e na formação profissional em cooperação com a União ou governos estaduais.⁷ Ainda importantes são os trabalhos sobre o chamado 'movimento sanitarista' e suas implicações simbólicas e políticas para a construção da nacionalidade, por conta das reformas dos serviços sanitários e, principalmente, pela criação de "agências e políticas governamentais em saúde pública (...) que possibilitaram uma maior presença dos serviços sanitários federais nos Estados (...) abrindo espaço para ações mais centralizadoras nas décadas seguintes" (Hochman, 2005: 205).⁸

Este livro se identifica com uma bibliografia recente sobre história das políticas de saúde no Brasil, que atesta o papel das políticas sanitárias

como instrumento de fortalecimento do poder público. Referimo-nos aqui ao argumento de Hochman (1998, 2001), Hochman & Fonseca (2000) e Fonseca (2005), que aponta as políticas de saúde como meio de expansão da autoridade pública e de construção do Estado nacional. Os trabalhos mencionados dialogam com Castro-Santos (1985, 1987), que analisou as políticas de saúde na República Velha numa perspectiva da sociologia histórica. Para Castro-Santos, apesar de o movimento pelo saneamento do 'sertão' ter tido desdobramentos concretos ínfimos, sua importância residiu no papel desempenhado como ferramenta de construção simbólica da nacionalidade brasileira.

Partindo do argumento de que a saúde pública foi parte constitutiva do processo macro-histórico de formação do Estado nacional no Brasil, Hochman (1998), ao invés de privilegiar a dimensão simbólica do movimento sanitarista, analisou o resultado político daquele processo no que se refere à construção de aparatos estatais para a implementação do saneamento do 'sertão'. Segundo o autor, a configuração política que levou à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, teve resultados materiais significativos. Isto porque criou as condições políticas e institucionais para que a União ampliasse sua presença no território nacional, utilizando-se de acordos com os estados, num movimento que, no limite, implicava maior centralização e expansão da autoridade federal.

Em trabalho recente, Fonseca (2005) faz uma análise detalhada das políticas de saúde pública durante o primeiro Governo Vargas, inserindo-as no projeto político mais amplo de constituição do Estado brasileiro elaborado no pós-1930. Segundo a autora, o movimento sanitarista foi incorporado ao "projeto político-ideológico do governo", de expansão da autoridade federal no interior do país, justificado pela crítica ao federalismo realizada pelo pensamento autoritário. Na proposta de construção do Estado no regime Vargas, as ações de saúde pública significaram a criação de serviços que atingissem todo o território nacional, segundo um "sistema centralizado de gestão". No processo de construção das estruturas estatais, os sanitaristas foram incorporados "por meio da profissionalização, um dos elementos constituintes do processo de burocratização do Estado". Assim, a "burocracia contribuiu para a conformação de um arcabouço institucional de saúde pública em todo o país", que moldou os serviços sanitários e normatizou e regulou sua atuação (Fonseca, 2005: 20, 7, 20).

Apesar de guardar alguns elementos de continuidade ao longo de todo o primeiro Governo Vargas, a institucionalização da saúde pública

adquiriu especificidades quando do advento do Estado Novo. Desde então, o sistema dependeu principalmente da iniciativa do poder executivo, o que não excluía uma articulação com os estados e municípios, isto em um modelo de Estado autoritário que concentrava poder no executivo federal e, por extensão, concedia bastante autonomia ao ministro Gustavo Capanema (1934-1945). Se a primeira reforma do Ministério da Educação e Saúde (1934-1937), comandada por Capanema, levou dois anos para ser aprovada, a segunda, realizada em 1941, foi aprovada em um mês.⁹ Foram estas reformas que definiram a política de saúde pública do Estado Novo, cujas diretrizes permaneceram, sem maiores alterações, até a reforma de 1956. Com elas, acentuou-se o processo de centralização, normatização e profissionalização das políticas de saúde pública, que continuaram, deste modo, a desempenhar um papel importante na construção do Estado nacional. A organização de serviços de saúde de caráter abrangente e universal – agenda encaminhada pelo Estado Novo – significou a ampliação da presença do governo federal sobre territórios e populações muitas vezes, até então, submetidas apenas ao domínio das oligarquias locais. Os serviços de saúde passaram, cada vez mais, a estabelecer vínculos entre o governo central e as populações do vasto 'sertão' brasileiro, firmando-se como ferramentas de influência da União sobre as instâncias locais (Hochman & Fonseca, 2000; Fonseca, 2005).

Neste sentido, nosso argumento é que as políticas de saúde empreendidas pelo Sesp estão plenamente integradas à agenda sanitária de Capanema e, portanto, também serviram ao projeto varguista de expansão da autoridade central sobre o território brasileiro. O Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para as populações do interior, objetivando combater as grandes endemias do 'sertão'; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, além de sistemas de água e esgoto; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu uma burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para construir, normatizar e expandir saúde pública; formou mão-de-obra qualificada; empreendeu educação sanitária; enfim, nada que fugisse à agenda de saúde pública estabelecida por Gustavo Capanema, e que viria a se prolongar pela década de 1950. A trajetória do Sesp, portanto, nunca deixou de estar afinada aos interesses do Estado brasileiro.

Apesar da importância do Sesp no contexto das políticas sanitárias da Era Vargas, a agência não foi até agora objeto de estudos aprofundados

no campo da história. A bibliografia sobre o Sesp é reduzida: há um livro memorialístico e duas dissertações de mestrado. O livro memorialístico de Bastos (1993), ex-superintendente do Sesp, tem uma abordagem 'heróica' tradicional na sua tentativa de fazer uma 'evolução histórica' da agência sem, no entanto, contextualizar seu objeto. Finalmente, há também o artigo de Fonseca (1989), abordando o tema da educação sanitária, um dos grandes campos de atuação do Sesp. O primeiro estudo acadêmico produzido sobre o Sesp foi uma dissertação de mestrado, defendida em 1976 na Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas. Seu argumento procurava demonstrar como o Sesp, enquanto um órgão burocrático de tipo weberiano, foi capaz de difundir sua organização moderna, suas normas e valores para outras agências, contribuindo para desenvolver eficiência administrativa no sistema de saúde (Peçanha, 1976). Outra dissertação de mestrado, produzida no departamento de administração pública da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi bastante influenciada pela perspectiva 'anti-heróica' da história da saúde pública, pois defende a tese de que as políticas de saúde do Sesp tinham por objetivo disciplinar e controlar as populações do interior (Pinheiro, 1992).

Este livro é, portanto, o primeiro trabalho voltado para o conhecimento do Sesp enquanto agência responsável pela institucionalização das políticas de saúde pública no Brasil. Abordamos não apenas as realizações da agência, mas as marcas significativas por ela impressas na estrutura sanitária do Ministério da Saúde em diversos campos: assistência às populações do interior, formação profissional, institucionalização administrativa, educação sanitária, para citar apenas algumas. A trajetória do Sesp, longe de expressar um processo conflituoso com as políticas de saúde implementadas pelo DNS, veio somar-se às políticas por ele implementadas. Daí que esmiuçar a história do Sesp é também importante para a reflexão sobre um passado recente, que nos legou heranças que ainda perduram no campo da saúde pública. Por outro lado, o estudo das origens do Sesp e de sua história nos ajuda a compreender como as 'políticas internacionais de saúde', desenhadas no século XX, interagiram com as políticas nacionais e fomentaram instituições que balizaram as ações de saúde no século passado.

Finalmente, conhecer a história do Sesp torna-se bastante oportuno quando observamos a tendência contemporânea de se repensar o conceito de 'saúde internacional', conceito este que, refletindo o processo de globalização, vem sendo rapidamente substituído pelo de 'saúde global'.

Por 'saúde pública internacional' entendemos as ações focalizadas no controle de epidemias entre fronteiras nacionais e também as inter-relações entre Estados nacionais no âmbito das políticas e práticas de saúde pública. O conceito surgiu nas primeiras décadas do século XX, e fortaleceu-se depois da Segunda Grande Guerra, quando a saúde pública internacional foi fortemente influenciada pela Guerra Fria e basicamente centrada na Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, dentro do quadro histórico e político mais amplo da globalização, notamos a perda da centralidade da OMS, paralelamente à emergência do conceito de 'saúde global', que evoca uma agenda sanitária voltada para as populações do planeta, sem distinção de interesses nacionais, e que reconhece a importância crescente de outros atores além dos sanitaristas, dos governos nacionais e suas agências, como por exemplo, as organizações não-governamentais (Brown, Cueto & Fee, 2006).

O livro encontra-se dividido em nove capítulos. No primeiro situamos a origem do Sesp no contexto das relações interamericanas e das estratégias do Governo Vargas, a partir das condições colocadas pela Segunda Guerra, além de apresentarmos as relações institucionais estabelecidas entre o Sesp e o Iaia. No segundo capítulo sumarizamos as negociações entre os governos americano e brasileiro no estabelecimento de bases militares no litoral brasileiro, descrevemos as condições nosológicas da região, a partir dos relatórios médico-militares preparados com o objetivo de proteger a saúde dos soldados norte-americanos no Brasil. No capítulo seguinte examinamos as políticas de controle de malária nas bases norte-americanas de Belém, Recife e Natal, enfatizando o papel do Sesp em sua execução, além dos conflitos entre brasileiros e norte-americanos. No quarto, o Programa da Amazônia, ou seja, as políticas sanitárias empreendidas pelo Sesp no vale amazônico com o objetivo de aumentar a produção de borracha para o 'esforço de guerra'. Na sequência, analisamos o Programa de Migração, um esforço coordenado de várias agências governamentais, subsidiado pelos Estados Unidos, para levar trabalhadores do Nordeste para os seringais amazônicos, engajando-os na 'batalha da borracha'. Já no capítulo 6, estudamos os Programas do Rio Doce e da Mica, ou seja, as políticas sanitárias realizadas pelo Sesp no Vale do Rio Doce e nas regiões produtoras de mica em Minas Gerais e Goiás, objetivando o aumento da produção de minerais estratégicos para os Aliados. No sétimo tratamos da transição que o Sesp e o Iaia vivenciaram no pós-guerra, suas

estratégias de sobrevivência e o papel que passam a desempenhar num mundo caracterizado pela Guerra Fria, pela 'invenção do desenvolvimento' e pela ressignificação da saúde internacional. No oitavo, do papel do Sesp na expansão do modelo distrital de administração sanitária durante a década de 1950, como promotor de saúde pública em regiões 'subdesenvolvidas', alvo dos planos regionais de desenvolvimento do Estado brasileiro. Finalmente, no capítulo 9 abordamos a relação entre o modelo de administração sanitária do Sesp e a agenda sanitária encaminhada pela administração Capanema no Ministério da Educação e Saúde, ressaltando a sintonia entre os dois processos, além de analisarmos as tensões entre o Sesp e outras propostas de administração sanitária existentes no Brasil da década de 1950.

Versões preliminares deste livro já foram publicadas sob a forma dos seguintes artigos: La expansion de la autoridad estatal y el Servicio Especial de Salud Pública en el Brasil, 1942-1960. *Dynamis – Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25: 227-256, 2005; O Instituto de Assuntos Interamericanos e seu programa de saúde no Brasil: políticas internacionais, respostas locais. *Transit Circle – Revista brasileira de estudos americanos*, 4, Nova Série: 78-95, 2005; Políticas internacionais de saúde pública na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, A. M. C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2000. p.195-220; Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-1945). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V(3): 603-620, 1998/1999; The Institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II. *Presidential Studies Quarterly*, XXVIII(3): 523-534, 1998.

Notas

- ¹ Um dos mais assíduos representantes brasileiros nas conferências e fóruns internacionais foi João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde (1937-1945) e responsável pela reformulação institucional da saúde pública na Era Vargas.
- ² Entre os trabalhos clássicos, de tradição positivista, merece destaque o livro de Santos-Filho, L. C. *História da Medicina no Brasil* (2 vols.). São Paulo: Brasiliense, 1947.
- ³ Os trabalhos que nas décadas de 1970 e 1980 iniciam uma tradição foucaultiana são os já também clássicos Machado, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978; Costa, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979; Luz, M.T. *Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde, 1850-1930*. Rio de Janeiro: Graal, 1982; Luz, M.T. *Instituições*

Médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986, esta última autora utilizando-se também dos trabalhos de Antônio Gramsci, especialmente aqueles sobre intelectuais, hegemonia, cultura e poder. Entre os trabalhos em que observamos a influência de Rosen está Costa, N.R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário – Origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985. Sobre Juan César García ver Nunes, E. D. (Org.) *Juan César García: o pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

- ⁴ Alguns exemplos para o período colonial são: Pinheiro, M. M. *A Ciência nos Trópicos. A arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997 e Marques, V. R. B. *Natureza em Boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2000. Exemplos para o período pós-1930: Braga & Paula (1981); Merhy (1992); Hochman (2001 e 2005); Hochman & Fonseca (2000); Campos (2000 e 2005); Fonseca (2005).
- ⁵ Por exemplo: Benchimol, J. L. *Pereira Passos: um haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte – Divisão de Editoração, 1990; Rocha, O. P. *A Era das Demolições. Cidade do Rio de Janeiro: 1870-1920*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura – Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1986; Sevcenko, N. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984; Carvalho, J. M. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987; Costa, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.
- ⁶ Alguns exemplos da bibliografia sobre São Paulo: Castro-Santos, L. A. *Reforma sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. Dados – Revista de Ciências Sociais*, 36(3): 361-392, 1993; Ribeiro, M. A. *História Sem Fim... Inventário da saúde pública, São Paulo – 1880-1930*. São Paulo: Unesp, 1993; Telarolli Jr., R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996; Merhy, E. E. *O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas: Papirus, 1985; Merhy, E. E. *A Saúde Pública como Política: São Paulo, 1920-1948. Os movimentos sanitários, os modelos técnico-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- ⁷ Exemplos: Castro-Santos, L. A. & Faria, L. R. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da primeira república*. Bragança Paulista: Edusp, 2003; Marinho, M. G. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas (SP): Autores Associados, São Paulo: Universidade São Francisco, 2001.
- ⁸ Alguns exemplos de publicações sobre o movimento sanitarista: Castro-Santos (1985); Hochman (1998); Lima (1999).
- ⁹ A proposta de reorganização do DNS foi apresentada por Capanema em 24 de março de 1941 e aprovada por Vargas em abril. Entretanto, para a primeira reforma empreendida por Capanema, o projeto de lei percorreu, durante dois anos, todas as instâncias definidas pela Constituição de 1934 (Fonseca, 2005: 217-218, 149).