Parte III – Construindo Saúde Pública Construindo a Administração Sanitária no Brasil

André Luiz Vieira de Campos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CAMPOS, A. L. V. Construindo a Administração Sanitária no Brasil. In: *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 221-251. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-100-6. <https://doi.org/10.7476/9786557081006.0011>.

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/).

Construindo a Administração Sanitária no Brasil

No período pós-Guerra, o Sesp adotou uma tática que, conjugada a outros fatores, garantiu sua continuidade e expansão: a reorientação da ênfase original da agência, focada em saneamento ambiental e controle de malária em áreas produtoras de matérias-primas estratégicas, para o objetivo de construção de uma administração sanitária integrada. Em 1956, o Iaia avaliou que o Sesp estava voltado para a "construção de um serviço de saúde pública [abrangendo] nutrição, educação sanitária, higiene industrial e prevenção de acidentes, administração hospitalar, estudos antropológicos e um eficiente sistema de estatística vital".¹ O novo propósito do Sesp, conforme declarou, em 1958, o diretor norte-americano da Operation Missions no Brasil, tornava-se "desenvolver competência local em saúde pública".²

A reorientação do Sesp havia sido claramente proposta em 1948 pelo diretor do Iaia no Brasil, o médico Eugene Campbell, em um documento apresentado ao Departamento de Estado, significativamente intitulado *Planning for the Future of Sesp*. Segundo Campbell, o redirecionamento das finalidades da agência intentava "promover a aceitação nacional de nossa moderna e integrada abordagem dos problemas sanitários". Com isto, Campbell sinalizava que o Sesp ora se propunha a sistematizar a administração de saúde, partindo do modelo norte-americano de estabelecimento de uma rede permanente e integrada de unidades sanitárias. O documento tinha uma concepção difusionista, não apenas quanto à forma de o modelo ser introduzido no Brasil, mas também ao definir o Sesp como uma "agência especializada, capaz de demonstrar moderna administração sanitária

aos estados brasileiros". Outro aspecto desta reengenharia seria o "progresso do Sesp" até "fases mais avançadas de saúde pública", ou seja, a expansão de sua atuação para áreas de saúde pública não freqüentadas durante a "fase de guerra", como, por exemplo, estatística vital, higiene infantil, educação sanitária, prevenção de acidentes e controle de tuberculose.³

Stern (1998) suscita algumas questões em relação à ilusória pretensão civilizatória do documento. Primeiro, não aconteceu uma simples importação de um modelo de administração sanitária norte-americano para o Brasil: a diversidade cultural e política local, além da tradição sanitária brasileira, determinou uma transação de mão dupla.⁴ Outro ponto importante, como mostrou Fonseca (2005), é que havia muitos pontos coincidentes entre a agenda sanitária discutida em fóruns interamericanos e aquela executada pelo governo brasileiro. Portanto, como já indicado anteriormente, as políticas sanitárias do Sesp estavam plenamente integradas ao projeto varguista de institucionalização da saúde pública no país como estratégia de ampliação da autoridade do Estado sobre o território nacional. A expansão do modelo horizontal permanente nos departamentos de saúde estaduais, sugerida pelo documento, estava absolutamente em sintonia com as reformas do ministro Capanema, reformas que, por sua vez, achavam-se inseridas num programa geral de reorganização da administração pública brasileira que implicava racionalizar, normatizar e coordenar ações nas três esferas administrativas, numa perspectiva centralizadora de fomentar a capacidade do poder público em atuar em todo o território nacional (Hochman & Fonseca, 2000).

É neste sentido que devemos entender o projeto de 'modernização' da saúde pública do Sesp, sustentado em quatro bases: qualificação de pessoal de saúde; educação sanitária; construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de saúde; e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde. Uma unidade sanitária poderia ser um posto, um centro de saúde, um hospital ou um híbrido de centro de saúde e hospital. As unidades, exemplares de "moderna e integrada saúde pública", seriam criadas e reproduzidas, sob supervisão do Sesp, nos departamentos de saúde estaduais, e entregues à administração estadual assim que esta estivesse capacitada. O Sesp ainda assessoraria os órgãos sanitários dos estados durante um processo de transição.⁵

As quatro estratégias implementadas pelo Sesp com o intuito de 'modernizar' a administração sanitária brasileira inspiravam-se no modelo

norte-americano de administração sanitária e seguiam as diretrizes do documento apresentado por Campbell em 1948. Entretanto, os princípios definidos pelo Iaia logo são redefinidos localmente, adaptando-se à diversidade política, econômica e cultural brasileira.

Treinamento de Pessoal

Prevía-se o treinamento de pessoal de saúde em uma das cláusulas do Acordo Básico que criou o Sesp. Tanto o Iaia quanto as autoridades brasileiras reconheciam que um dos maiores obstáculos para a expansão do sistema de saúde pública no Brasil residia na carência de capacitação. Quando Barros Barreto assumiu a direção do DNS, em 1937, mencionou, entre os problemas a serem enfrentados, “a ausência de técnicos especializados” (Fonseca, 2005: 190). No topo da administração sanitária, existiam profissionais bem qualificados, muitos deles instruídos na Johns Hopkins School of Public Health (Faria, 1994). Dunham, em viagem pelo nordeste, comentou que os dirigentes de saúde que encontrou eram “muito bem treinados” e atualizados “nas práticas modernas de saúde pública”.⁶ Em contraste, nos escalões inferiores e intermediários da administração sanitária a situação se invertia. Campbell considerava: enfermeiras e engenheiros sanitários, “como conhecemos nos Estados Unidos, são virtualmente inexistentes no Brasil”.⁷

O programa de treinamento profissional do Sesp, embora coincidente com a agenda sanitária pactuada nas Conferências Pan-americanas, não pode ser desvinculado do processo de propagação da influência norte-americana em curso no Brasil, do qual o Ponto IV é um dos elementos mais significativos. O treinamento profissional, cujo objetivo era o aprimoramento técnico dos funcionários da administração de saúde, também se desdobrava em demandas econômicas, culturais e políticas. Na medida em que os profissionais eram educados segundo os procedimentos e tecnologias norte-americanas, isto desde já contribuía para a ampliação de mercados; se, ao mesmo tempo, tais profissionais tendiam a assumir posições de poder e prestígio no Brasil, estreitavam-se os laços culturais e políticos entre os dois países e disseminava-se a “compreensão dos Estados Unidos entre os povos estrangeiros”.⁸ Eis o espírito da cooperação técnica, enfatizado no Ponto IV mas que ultrapassou o âmbito da saúde pública, estimulada não apenas pelo governo norte-americano mas também por agências privadas como a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg,

atingindo setores tão díspares como engenharia, administração pública, agricultura e ensino.⁹

A primeira estratégia praticada pelo Sesp no projeto de qualificação profissional foi a de conceder bolsas de estudo e subsídios para médicos, engenheiros sanitários, enfermeiras e outros profissionais frequentarem cursos de graduação e pós-graduação em universidades americanas ou realizarem estágios em hospitais e laboratórios nos Estados Unidos (Silva & Moraes, 1948).¹⁰ Um total de 99 latino-americanos originários de 13 países estudavam nos Estados Unidos durante o ano acadêmico de 1946-47, a maioria deles, brasileiros. Os 38 médicos deste grupo distribuíam-se entre as universidades de Johns Hopkins, Harvard, Yale, Columbia, Tulane, Carolina do Norte e Minnesota. As 25 enfermeiras foram encaminhadas para a Carolina do Norte, Johns Hopkins, Pennsylvania, Santa Fe, Washington, D.C, Vanderbilt e Universidade de Columbia; enquanto os 20 engenheiros faziam cursos em Harvard, Carolina do Norte, Michigan e na Universidade do Texas A&M.¹¹ De julho de 1942 até junho de 1949, o número de profissionais de saúde pública latino-americanos treinados nos Estados Unidos, chegou a 681.¹² Dos 201 brasileiros enviados aos Estados Unidos entre 1942 e 1959, 77 eram médicos, 70 engenheiros, 30 enfermeiras, sendo os demais, profissionais de outros campos, como educação em saúde (Bastos, 1993).

No Brasil, o Iaiá fornecia livros e periódicos para as nossas faculdades de medicina.¹³ A partir de 1944, o programa de qualificação profissional passou a enfocar o treinamento de médicos e engenheiros no Rio de Janeiro e São Paulo, enquanto as enfermeiras eram enviadas para as novas escolas que o Sesp organizou em diversas capitais do país. Após 1950, ano de abertura da Escola de Engenharia Sanitária em São Paulo, o treinamento nos Estados Unidos se restringiu aos cursos de curta duração para profissionais altamente qualificados (Bastos, 1993). Já no campo da educação em saúde houve uma inversão: o Sesp começou treinando profissionais em cursos de curta duração no Brasil e posteriormente reorientou sua estratégia, passando a investir em alta qualificação de pessoal nos Estados Unidos, Chile e Porto Rico. Em 1955, este movimento diminuiu com a inauguração do primeiro curso superior de educação em saúde, em São Paulo (Silva et al., 1954; Bastos, 1993).

A política de qualificação não se voltava exclusivamente para profissionais de nível universitário; também compreendia a formação de

nível médio e primário – guardas sanitários, técnicos em laboratório, auxiliares de saneamento, enfermeiras auxiliares e visitadoras sanitárias. Em sintonia com a extensão da rede permanente nos estados e municípios, muitos cursos eram realizados em parceria entre o Sesp e os departamentos de saúde estaduais, geralmente em suas próprias unidades sanitárias (Costa, 1948).¹⁴ Nos casos da formação de enfermeiras auxiliares para hospitais e das visitadoras sanitárias, cursos emergenciais de seis meses foram organizados a partir de 1943, nos Programas da Amazônia e do Rio Doce.¹⁵

Para exemplificarmos como o Sesp efetivava o seu treinamento de pessoal, vejamos o caso da enfermagem. A falta de enfermeiras profissionais representava um dos grandes obstáculos à expansão do sistema brasileiro de saúde. A busca de soluções para o problema remete à reforma de 1937 e a vários cursos de curta duração promovidos pelo DNS. Em 1938, 12 enfermeiras percorreram diversos estados no intuito de organizar cursos de visitadoras sanitárias, trabalho que se prolongou pela década seguinte. Entretanto, era preciso investir na construção de escolas de nível superior de enfermagem (Fonseca, 2005). O Iaia, por sua vez, avaliava que a virtual inexistência de enfermeiras profissionais redundaria num grave empecilho para a ‘modernização’ dos sistemas de saúde na América Latina e, neste sentido, se esforçaria por empreender um fim bastante ambicioso – simplesmente “assegurar a uniformização de padrões de enfermagem no Hemisfério Ocidental”.¹⁶

Antes da criação do Sesp, o Escritório planejava enviar um grupo de 30 a 50 mulheres brasileiras, “cuidadosamente selecionadas”, para os Estados Unidos, com o propósito de serem “treinadas na profissão de enfermagem”.¹⁷ O Programa de Enfermagem do Sesp iniciou-se oficialmente em agosto de 1942, quando o Iaia aprovou o projeto Mais Enfermeiras de Saúde Pública para o Brasil.¹⁸ Além do Instituto, outras entidades privadas norte-americanas também apoiaram o Programa, tais como a Associação de Hospitais Católicos e as fundações Rockefeller e Kellogg. A Associação de Hospitais Católicos repetia o intento declarado pelo Iaia: “assegurar padrões uniformes nos serviços de enfermagem no Hemisfério Ocidental”.¹⁹ A padronização técnica, por outro lado, também constituía um objetivo perseguido pelo DNS no Brasil, que, sob a direção de Barros Barreto, formava “uma rede de gente que falava a mesma língua” (Bichat de Almeida, 1995, apud Fonseca, 2005: 303).

Um estudo realizado pelo Escritório, em 1943, sobre o ensino de enfermagem na América Latina, encontrou um “quadro variado e complicado

para o qual não há uma solução simples e abrangente". Em alguns países havia "uma ou duas" escolas de enfermagem profissional, com um "currículo de alguma forma similar ao das escolas dos Estados Unidos".²⁰ Este era o caso da Escola de Enfermagem Ana Nery, criada no Rio de Janeiro em 1923 e, até 1940, a única reconhecida pelo Ministério da Educação e Saúde. No início da década de 1940, a estimativa era de que existiam entre 500 e 700 enfermeiras graduadas no Brasil, um número insignificante em comparação com as necessidades crescentes da administração sanitária.²¹

A Escola de Enfermagem Ana Nery, a primeira do gênero no Brasil, inspirava-se nos padrões norte-americanos. Fundada em 1923 por Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde, a escola recebeu financiamento da Fundação Rockefeller, teve sua grade curricular modelada pela do curso de enfermagem da Johns Hopkins School of Public Health e, como primeira diretora, a enfermeira norte-americana Louise Kieninger. Diferentemente de outras escolas de enfermagem latino-americanas, a Ana Nery privilegiou a formação de enfermeiras de saúde pública, ao invés de enfermeiras para a clínica médica (Lima Sobrinho, 1981).²²

Em outubro de 1942, após relatório elaborado pelo Escritório, o Iaia enviou ao Brasil a enfermeira Elizabeth Tennant, do Conselho Internacional da Fundação Rockefeller. Sua função consistia em avaliar a situação da enfermagem no Brasil e traçar um plano para a profissão. O Relatório Tennant sugeria que o Ministério da Educação e Saúde supervisionasse as escolas de enfermagem a serem criadas por todo o país, e que o Sesp se responsabilizasse pela organização das quatro primeiras escolas, no Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Belém.²³ Assim surge o Programa de Enfermagem, conduzido por enfermeiras americanas até 1951, quando brasileiras assumem a direção. O Programa tencionava formar enfermeiras graduadas e auxiliares para os próprios programas do Sesp e apoiar o plano geral de profissionalização da carreira no Brasil, já encaminhado pelo DNS desde a reforma de 1937.²⁴

O planejamento seguia a seguinte estratégia: primeiro, o Iaia enviaria enfermeiras ao Brasil, encarregadas da reorganização de escolas já existentes, a começar pelo Distrito Federal e, posteriormente, cuidando de norte, nordeste e sul do país. Num segundo movimento, o Sesp fomentaria cursos superiores de formação profissional, com o apoio da Fundação Rockefeller. A terceira providência envolvia a Fundação Kellog, mediante a concessão de bolsas de estudo de graduação e pós-graduação para a

formação de enfermeiras brasileiras nos Estados Unidos, enquanto o Sesp proveria bolsas para a formação nas escolas brasileiras. Uma última medida compreendeu a instituição de cursos de curta duração para enfermeiras práticas e visitadoras sanitárias e de um 'projeto especial': a fundação da Escola de Enfermagem de Manaus, para preparar enfermeiras para a região amazônica.²⁵

Dentre as escolas criadas pelo Sesp, destacamos a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, concebida em conjunto pela universidade e pelo Hospital das Clínicas em 1943, sob a direção do governo do estado. O Sesp financiou 55% dos seus custos, além de planejar e construir seu prédio, que só seria inaugurado em 1947. O governo do estado contribuiu com 44% do investimento total e assumiu a manutenção da escola, assessorada pela enfermeira norte-americana Ella Hasenjaeger, até 1951. À Fundação Rockefeller coube supervisionar a elaboração do currículo e dos cursos, além de colaborar com 1% para a compra do equipamento de laboratório.²⁶ O bom desempenho do projeto já era evidente em 1947, quando a escola sediou o Primeiro Congresso Nacional de Enfermagem. Em 1959, tornou-se pioneira no Brasil ao abrir um curso de pós-graduação em enfermagem.²⁷

Ainda que notável do ponto de vista da consolidação da profissão no Brasil, o Programa de Enfermagem não se sucedeu da forma planejada pelos burocratas da saúde pública – quer estadunidenses quer brasileiros –, sendo remodelado e transformado pela realidade local. As dificuldades apareciam já durante o curso de formação: a exigência de dedicação integral sucumbia ante o pequeno valor das bolsas, o que impediu que muitas estudantes concluíssem o curso. Muitas abandonariam, por exemplo, a nova Escola de Enfermagem de Niterói, por serem jovens professoras primárias e preferirem voltar às salas de aula, onde obtinham melhores remunerações.²⁸ Quando formadas, os baixos salários impediam a dedicação a empregos de tempo integral. Em 1949, as enfermeiras da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo reclamavam de receber "o menor salário do estado".²⁹ O problema persistiu, pois em 1953 aquelas profissionais reivindicavam uma jornada de cinco horas para que pudessem ter outro emprego, enquanto outras simplesmente deixavam a profissão.

Além do baixo valor das bolsas de estudos e dos salários, outro problema enfrentado pelo Programa estava na origem social de muitas postulantes. O Programa de Enfermagem, inspirado na realidade norte-americana,

tinha como alvo mulheres de classe média, com o curso secundário ou normal completo. Entretanto, no Brasil, o número de boas posições na carreira era limitado, o que fazia com que moças de classe média preferissem o magistério, uma profissão mais respeitada e melhor remunerada. Por outro lado, muitas jovens de classe inferior, apesar de atraídas pela nova carreira, encontravam barreiras culturais e educacionais. Mais uma vez surge o caso da Escola de Enfermagem de Niterói: para o segundo semestre de 1945 não houve como se matricular uma só estudante – todas as aspirantes foram rejeitadas por não terem o segundo grau completo.³⁰

Nas áreas rurais, padrões culturais e laços familiares tradicionais dificultavam os planos do Programa. Na nova Escola de Enfermagem de Manaus, as jovens estudantes e suas famílias não aceitavam o regime de internato.³¹ Resistências similares eram registradas no vale do rio Doce, em Minas Gerais, onde, nos cursos de formação de visitadoras sanitárias, as jovens só podiam freqüentar as aulas quando acompanhadas por pais, irmãos ou maridos.³²

Grande parte destes empecilhos originava-se da percepção de que a enfermagem era uma profissão “essencialmente feminina”.³³ A nova carreira, segundo o discurso dos textos das próprias escolas, “não se adequava aos homens”, pois as mulheres, “por seu temperamento e caráter”, estavam melhor preparadas para as demandas e, além disto, “não iriam competir com os homens” neste campo.³⁴ A propaganda utilizada para atrair jovens para a carreira é reveladora: apelava-se para a ‘entrega’, a ‘alma altruísta e generosa’, a ‘magnanimidade’ e o espírito de ‘missão feminina’ das mulheres brasileiras. Ao utilizar esta linguagem nos seus panfletos, o Programa não procurava profissionais independentes, mas atraía ‘mães’, ‘filhas’ e ‘irmãs’, que eram chamadas a trabalhar, porém sem perder “as virtudes femininas que fazem o encanto da casa”.³⁵

Por fim, as restrições econômicas e as características da cultura política brasileira também contribuíram para reformatar o Programa de Enfermagem. Apesar de o governo do estado de São Paulo ter se comprometido a manter a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a Câmara de Deputados estadual cortou as verbas para o ano de 1950.³⁶ A Legião Brasileira de Assistência (LBA), que havia se comprometido a financiar 19 bolsas de estudos na Escola de Enfermagem de Niterói, cancelou seu apoio no meio do ano acadêmico de 1947.³⁷ Em 1946, os responsáveis pela

Divisão de Treinamento do Programa preocupavam-se com as reviravoltas políticas ocorridas em Minas Gerais, que haviam trazido “muitas mudanças ao programa de saúde”.³⁸ Em 1948, o Congresso Brasileiro debateu a legislação para a carreira de enfermagem. O Diretor do Sesp foi obrigado a intervir no debate, para explicar aos congressistas que enfermeiras e enfermeiras auxiliares eram carreiras diferenciadas por formação.³⁹

Para atender à demanda por enfermeiras de saúde pública em seus postos e centros de saúde, o Sesp organizava cursos de seis meses para treinar as chamadas ‘visitadoras sanitárias’. As visitadoras eram profissionais preparadas para visitar famílias, ensinando normas básicas de higiene, nutrição e prevenção de doenças; para auxiliar enfermeiras e médicos em postos e centros de saúde; e supervisionar as ‘curiosas’, como as parteiras eram chamadas no Brasil rural.⁴⁰ A visita aos domicílios instituía-se como um dos aspectos fundamentais do seu trabalho pois, ao orientar as famílias, estas profissionais também desempenhavam um papel político e simbólico essencial – era o momento em que uma representante do poder público entrava no espaço privado das populações rurais.

Às visitadoras eram fornecidos os conteúdos básicos de higiene e cuidados médicos, sendo instruídas ainda a persuadir sua clientela a abandonar as práticas de cura tradicionais e aceitar a medicina científica. Sua formação acontecia em regime de internato, e para isto recebiam uma pequena bolsa de estudos. Se a ênfase estava na prática de saúde pública, ministravam-se também noções de nutrição, higiene pessoal, educação sanitária, anatomia, fisiologia, primeiros socorros, doenças contagiosas e ética.⁴¹ Exigia-se, como requisito, que as candidatas tivessem entre 16 e 28 anos e primeiro grau completo, e a seleção constava de um teste de admissão e um exame médico. Dava-se preferência às mulheres solteiras ou viúvas, porém, se casadas, requeria-se a permissão do marido. Características pessoais como habilidade de comunicação, personalidade e caráter eram objeto de avaliação em entrevista.⁴² Após formadas, as visitadoras eram enviadas para as unidades de saúde do Sesp. Em 1965, quando os cursos de treinamento para visitadoras passaram por uma reavaliação (Bastos, 1993).

Assim como no caso da formação das enfermeiras, no treinamento de visitadoras as exigências iniciais acabaram por sofrer uma adaptação à realidade local. Na Amazônia, um dos principais problemas enfrentados pelo Programa de Enfermagem na formação das visitadoras eram as próprias condições de saúde das estudantes. Em Itacoatiara, a enfermeira

responsável interrompeu diversas vezes o curso porque muitas estudantes estavam doentes. Ela atribuía estas freqüentes doenças à “dieta bastante pobre” das famílias de suas alunas. Provavelmente por este motivo, as visitantes tinham “grande dificuldade” de ensinar nutrição à sua clientela, visto que os ensinamentos dietéticos a elas lecionados – e que deveriam transmitir, depois do curso, à sua clientela – eram estranhos aos seus padrões culturais.⁴³ Outra enfermeira também observou que, “em geral, as estudantes não têm boa saúde e têm sérios problemas dentários”, e que o exame médico para ingresso no curso não se podia cumprir com rigor, sob pena de não se permitir a formação de turmas.⁴⁴ Logo, não demoraria para as exigências iniciais do Programa serem flexibilizadas e negociadas em função da realidade local.

Perante a necessidade de adaptação de um projeto importado à cultura popular sedimentada, salta aos olhos o caso das parteiras. Apesar de consideradas ‘mulheres ignorantes’ por grande parte dos médicos e enfermeiras graduadas, as ‘curiosas’ eram respeitadas nas suas comunidades e não podiam, simplesmente, ser ignoradas. Ao invés de excluí-las das tradicionais funções que desempenhavam, restrições eram relaxadas e alianças foram costuradas. Neste sentido, um dos papéis mais importantes das visitantes sanitárias era o de ganhar o apoio das ‘curiosas’. Em Itacoatiara, no Amazonas, a parteira mais respeitada e preferida da população era uma velha cega. Entre fevereiro e março de 1947, ela fora responsável por nove partos na vila. As enfermeiras graduadas do Sesp não tiveram outra alternativa senão convidar esta ‘curiosa’ a assistir a aulas de enfermagem; porém, ao mesmo tempo elas “insinuavam cuidadosamente” às jovens grávidas para “não a escolherem”.⁴⁵ O Sesp então atuou em ‘parceria’ com as ‘curiosas’, supervisionando o seu trabalho, identificando-as e oferecendo treinamento básico e bolsas com material de parto. Requeria também que as ‘curiosas’ anotassem os partos que fizessem, além de encorajarem as grávidas a freqüentar os postos de saúde do Sesp.⁴⁶ A prática mostrou-se bem-sucedida e, em 1974, a FSesp contava com 1.570 ‘curiosas’ instruídas e registradas em seus arquivos (Peçanha, 1976).

O papel do Sesp na formação profissional de pessoal de saúde pública revelou-se coerente com aquele realizado pelo DNS, no sentido de capacitar quadros e normatizar diretrizes, reforçando a orientação institucional estabelecida para o setor pelo governo. Por outro lado, além do fortalecimento da estratégia institucional, importa-nos lembrar, segundo indicado

por Fonseca (2005: 211) acerca da ação do DNS, que “a formação técnica era um contraponto à ingerência de interesses políticos sobre a saúde pública”. A exigência da profissionalização constituiu um impedimento para que interesses políticos locais utilizassem estes empregos como forma de distribuição de favores e arregimentação de lealdades. Como comentou Barros Barreto, antes a “colocação em serviço de saúde pública era sinônimo de (...) encosto” (Barros Barreto, 1937, apud Fonseca, 2005: 211). Neste sentido, a ação do Sesp no interior do país reforçava a conhecida estratégia política do regime Vargas de uso das políticas sanitárias como instrumento de alargamento do poder público federal sobre o território.

Educação Sanitária

A sustentação do modelo do Sesp transitava pela política de educação sanitária. Em contrapartida, esta política exemplifica bem como os planos originais da agência foram redefinidos pela realidade brasileira. A educação em saúde era considerada essencial pelos superintendentes do Sesp. Brito Bastos a classificou de “pedra fundamental” da saúde pública, que iria permitir a continuidade dos benefícios do programa, enquanto E. Christopherson argumentou que o provimento de cuidados médicos somente se efetivaria quando a “disseminação de conhecimentos básicos de higiene” pudesse “mudar os hábitos das pessoas”.⁴⁷ O conceito de educação sanitária seguia dois princípios: a idéia de que a ignorância e os maus hábitos eram responsáveis pelos problemas sanitários; e a noção de que a educação sanitária, como prática técnica e científica, poderia mudar comportamentos e melhorar a saúde das classes populares (Ornellas, 1981). Atesta Charles Wagley, primeiro diretor da Divisão de Educação Sanitária: “o problema da [má] nutrição, assim como outros diversos problemas de saúde da população podem ser melhorados com apropriada educação sanitária”.⁴⁸

Tal assertiva não relevava as diferenças sociais e culturais e calcava-se na existência de um ‘ciclo vicioso da doença e pobreza’ em virtude do qual seria necessário primeiro vencermos ‘a ignorância da pobreza’ para atingirmos o desenvolvimento. Um dos desdobramentos da noção de ‘ciclo vicioso’ foi o conceito de ‘desenvolvimento comunitário’, que orientou a Divisão de Educação Sanitária do Sesp. Difundido no Brasil por agências norteamericanas na década de 1950, o conceito fora estabelecido pelas Nações Unidas como um instrumento no combate à pobreza e aos obstáculos

ao desenvolvimento no Terceiro Mundo. Sua estratégia básica passava pelo estímulo e apoio às 'comunidades locais' para que se organizassem e resolvessem seus problemas localmente. Sob um olhar funcionalista, vemos a 'comunidade' concebida como um agrupamento de indivíduos com interesses comuns, servindo a educação sanitária como uma ferramenta de 'empoderamento' dos indivíduos que, conscientes dos problemas de saúde, se organizariam, por si só, para solucioná-los. Esta concepção preconizava a luta pela transformação dos aspectos técnicos e educacionais e pela capacidade de superação dos indivíduos dispostos em grupos, desviando do foco os problemas sociais e despolitizando a questão sanitária (Pinheiro, 1992; Fonseca, 1989).

O Programa de Educação Sanitária foi implementado em 1944, depois de o Sesp criar a Divisão de Educação Sanitária. Em 1953, quando conceitos das ciências sociais foram incorporados ao Programa, este experimentou profundas modificações, iniciadas com a contratação, pelo Sesp, de um grupo de sociólogos e educadores para formarem a sua Seção de Pesquisa Social (Bastos, 1993). O sociólogo Arthur Rios, diretor da Seção e pioneiro no conceito de 'desenvolvimento de comunidade' no Brasil, reorientou o Programa. Sua tarefa era dupla: primeiro, convencer médicos, enfermeiras e outros funcionários de que 'saúde' era um conceito social e que o 'objeto' das políticas do Sesp – as populações pobres do interior do Brasil – tinham seus próprios valores sobre saúde e doença, podendo oferecer resistências à 'medicina científica'. Segundo, interpretar para os funcionários do Sesp os valores da 'cultura tradicional' das populações-alvo do programa, potencializando o trabalho da agência.⁴⁹

O programa de educação em saúde concentrou-se em quatro alvos: nas escolas, para atingir alunos e professores; na população adulta, por meio de propaganda específica; na organização comunitária; e no contínuo trabalho de treinamento de educadores em saúde.⁵⁰ Um conceito básico unificava o programa – apesar de a educação sanitária ter seus próprios especialistas, existia uma ligação orgânica entre os profissionais de saúde e educação sanitária. Em outras palavras: todos os que trabalhavam com saúde eram educadores sanitários, perspectiva bastante difundida pela OMS na década de 1950 (Ornellas, 1981). Neste processo pedagógico, os médicos desempenhavam um papel-chave como líderes e responsáveis pela articulação entre medicina curativa e medicina preventiva (Fonseca, 1989). As enfermeiras eram consideradas continuadoras do papel do médico,

"preenchendo o espaço que separava o conhecimento científico do cotidiano".⁵¹ Às visitadoras cabia uma tarefa fundamental: estabelecer conexões com as famílias e, por consequência, "aconselhar e guiar" a população. Também os guardas sanitários, por sua relação próxima com a comunidade, exerciam importante papel no processo educativo: o de persuadir, e não apenas reprimir violações aos princípios sanitários.⁵²

Para atingir crianças em idade escolar, o programa se utilizava de duas estratégias: cursos para professores primários e os 'clubes de saúde' para os estudantes. O primeiro curso de educação sanitária para professores primários foi organizado pelo Programa do Amazonas em 1944, expandindo-se, posteriormente, para o vale do rio Doce e o nordeste.⁵³ Os 'clubes de saúde', inspirados numa experiência anterior no Rio de Janeiro e lembrando os *4H clubs* dos Estados Unidos, foram primeiramente organizados na Amazônia, em 1943, com o desígnio de incitar uma consciência sanitária entre as crianças. Em 1948, a Conferência Sanitária do Sesp decidiu dedicar uma atenção especial às crianças, um grupo considerado mais receptivo para assimilar "bons hábitos de saúde", e os 'clubes de saúde' foram se difundindo por outras regiões do país. Em 1954, havia 44 'clubes de saúde' na região amazônica (Pinheiro, 1948: 738).⁵⁴

A educação sanitária para adultos é um bom exemplo da antropofagia, pela realidade brasileira, das estratégias e tecnologias americanas importadas pelo Sesp. Aproveitando-se de instrumentos de comunicação de massa como cartazes, cartilhas, rádios e filmes, logo o Sesp percebeu que o alto índice de analfabetismo tornava praticamente inútil o uso de material impresso. Mesmo o rádio, empregado largamente, e que em tese poderia chegar inclusive aos analfabetos, esbarrava no reduzido número de aparelhos no Brasil rural, no limitado alcance das emissoras e na falta de energia elétrica no interior.⁵⁵ O cinema educativo, com os filmes produzidos pelo estúdio Walt Disney que o Iaia imaginava eficientes "em todas as partes do mundo", mostrou-se mais adequado ao público urbano que ao rural, não apenas pelas limitações técnicas já apontadas, mas também porque as populações adultas do interior tinham dificuldades em seguir a intensa movimentação dos filmes.⁵⁶ No campo da educação para adultos, a mais eficaz resposta do Sesp no Brasil rural foi obtida com o uso de dispositivos sonoros produzidos por técnicos brasileiros, utilizando-se de música e imagens regionais. Esta técnica, uma resposta local à inépcia, no mundo rural brasileiro, dos métodos e tecnologias importadas, permitia

que histórias com conteúdo educativo fossem exibidas nas praças públicas de vilas e cidades, integrando-se às festividades comunitárias tradicionais (Pinheiro et al., 1949). Ao veicular valores, hábitos e atitudes, o Programa de Educação Sanitária do Sesp também deve ser entendido como instrumento de fortalecimento do Estado nacional e de ampliação da autoridade pública, na medida em que se constituiu em fator de construção de homogeneidade cultural das populações rurais do Brasil.

A Rede Horizontal e Integrada de Unidades de Saúde

O modelo de administração sanitária proposto pelo Sesp encontrava materialidade na rede horizontal e permanente de unidades de saúde. Estas unidades, subordinadas a um Distrito Sanitário e integradas aos departamentos estaduais de saúde, apresentavam-se sob a forma de um subposto, um posto, um centro de saúde ou um hospital. O conceito de rede integrada pressupunha a integração orgânica entre as diversas unidades, que proveriam os diversos serviços de saúde evitando desperdícios e duplicação de funções. A unidade mais importante da rede era o centro de saúde, que funcionaria "como um pequeno departamento de saúde", realizando o "controle de doenças e das condições de saneamento, atendimento a gestantes e crianças, pesquisa epidemiológica e de estatística vital, além de promover educação sanitária" (Perido, 1958). Nas palavras de um superintendente do Sesp, os centros de saúde seriam os "pólos de irradiação" de um programa voltado para a família.⁵⁷

Os centros de saúde do Sesp seguiam o modelo desenvolvido nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX. George Rosen (1979) aponta que o movimento de construção dos centros de saúde floresceu principalmente na costa nordeste dos Estados Unidos, atingindo seu clímax na década de 1930. Wilson Smillie (1943) afirma que, apesar da variação de funções desempenhadas entre os centros de saúde, todos tinham em comum o controle de doenças transmissíveis, o saneamento ambiental e a inspeção de alimentos, além de realizarem pesquisas em saúde pública e estatística vital e atuarem na educação sanitária e na promoção de serviços de laboratório. John Duffy (1990) acrescenta que, entre as funções mais importantes de um centro de saúde, estavam a educação sanitária, a medicina preventiva e a coordenação das diversas agências de saúde que operavam no município, o que evitava desperdício e duplicação de funções. George Rosen (1979) e Wilson Smillie (1943)

também indicam como característica dos centros de saúde norte-americanos a descentralização operacional e financeira, pois os centros eram financiados, organizados e geridos com recursos locais. Rosen ressalta que, nos Estados Unidos, os centros de saúde praticavam apenas medicina preventiva, principalmente em virtude da oposição dos médicos clínicos.

Os centros de saúde do Sesp perseguiram o modelo desenvolvido nos Estados Unidos; entretanto, mais uma vez, observamos aqui a necessidade de adequação à realidade brasileira. Existiam duas grandes diferenças entre o modelo horizontal no Brasil e nos Estados Unidos: neste país, os centros de saúde forneciam apenas medicina preventiva, enquanto que no Brasil o exercício da medicina preventiva convivía com o da medicina curativa. Além disto, enquanto nos Estados Unidos os centros eram organizados e subvencionados localmente, no Brasil os estados e o governo federal – e aqui incluímos o Sesp – organizavam e financiavam os centros. Na inexistência, na experiência brasileira, de uma sociedade civil organizada e de municípios politicamente fortes e economicamente autônomos encontra-se a raiz desta última dessemelhança entre os modelos. No Brasil, apesar da intenção administrativa descentralizadora das unidades de saúde, a rede horizontal de unidades sanitárias foi concebida a partir de uma 'organização descendente' – do Estado para a sociedade. Ou seja, tratava-se de uma estrutura descentralizada administrativamente, porém subordinada a uma altamente normativa e centralizada estrutura federal de saúde.

Baseando-se no modelo americano, inicialmente o Sesp tentou ministrar apenas medicina preventiva na sua rede. Seu superintendente, E. Cristopherson, declarou que a medicina preventiva era o trabalho mais importante de um centro de saúde e "deveria prevalecer" sobre as demais atividades. A mesma posição era defendida por George Saunders, outro representante do Iaia: "qualquer resultado permanente [no campo da saúde] depende largamente de medidas preventivas e educacionais". Em 1946, o superintendente do Sesp instruiu todas as unidades sanitárias a dar "mais ênfase aos aspectos da medicina preventiva".⁵⁸

Tal recomendação mostrou-se inviável para o Brasil, onde as condições socioeconômicas não permitiram que o Sesp praticasse apenas medicina preventiva. Primeiramente, havia poucos médicos no Brasil, em contraste com os Estados Unidos, onde eles eram muitos, organizados e impunham objeções à livre competição da clínica (Starr, 1982). No Brasil, muito freqüentemente o médico da unidade de saúde era o único de uma

vasta região. Por este motivo, desde o início de sua atuação o Sesp recebeu pressão das populações e autoridades locais para providenciar atendimento médico. Na Amazônia, a provisão exclusiva de medicina preventiva nunca se logrou. Um posto do Acre, por exemplo, invertendo completamente a proposta original do modelo, “fornecia apenas atendimento médico”, devido à pressão “do grande número de pacientes que vinham das localidades vizinhas em busca de atendimento”.⁵⁹ Também temos testemunho idêntico sobre um posto de Boa Vista, Rio Branco: “um grande número de pacientes (...) toma muito do tempo dos dois médicos”.⁶⁰

Diante da força da realidade, o Iaia reconheceu que, apesar da ênfase original do modelo centrar-se na saúde pública, as necessidades da população convertiam as atividades de clínica médica em “uma grande parte do programa de saúde”.⁶¹ Até mesmo o cônsul norte-americano em Belém contribuiu, durante a Guerra, para empurrar o Sesp para esta abordagem heterodoxa, quando requisitou à agência fornecer “atendimento médico e hospitalar adequado aos 200 civis norte-americanos temporariamente residindo no Pará”.⁶²

O Sesp não podia ignorar estas pressões e abandonou oficialmente aquele traçado original do modelo. A Conferência de Organização Sanitária, em 1948, decidiu que a medicina curativa seria oficialmente incorporada ao sistema, inclusive como estratégia de atrair a população, “influenciando-a na aceitação das medidas requeridas pela medicina preventiva”.⁶³ A decisão oficial da Conferência fez-se motivo para que os memorialistas do Sesp difundissem a versão de que a agência fora pioneira no Brasil, no provimento de medicina preventiva e curativa em suas unidades de saúde (Ramos, 1973), fato negado por Lima Sobrinho (1981) e Merhy (1992), que argumentam que desde a década de 1920 os centros de saúde no Brasil forneciam ambos os serviços. Fonseca (2005: 200) não só confirma a informação como ratifica que Barros Barreto, “num misto de resistência e resignação”, teve que aceitar a interação entre o atendimento médico e saúde pública nos centros de saúde do DNS.

Além dos centros de saúde, outras unidades do modelo eram os postos e subpostos, classificados a partir do nível de sua complexidade. Idealmente, um centro de saúde seria construído na cidade mais importante de cada distrito rural. Seu trabalho deveria iniciar-se com uma pesquisa preliminar entre a população, com as enfermeiras visitadoras preenchendo uma ficha médica para cada família. Um posto de saúde também

deveria fiscalizar os serviços de saneamento básico, como o fornecimento de água, esgoto e o recolhimento do lixo; e prover higiene maternal e infantil, controle sobre as parteiras, assistência médica e educação em saúde, o que incluía os clubes de saúde escolares (Basto & Faria, 1949). Nas pequenas vilas, a unidade sanitária instalada era o subposto, providenciando fiscalização do saneamento, educação sanitária, controle de doenças infecciosas e clínica médica (Bodstein & Fonseca, 1989). Nos subpostos, um guarda medicador era responsável pela unidade, estando preparado para os cuidados básicos com as doenças mais freqüentes (Basto & Faria, 1949). O Sesp também experimentou a integração de um centro de saúde com um pequeno hospital – uma unidade classificada de Centro Médico. Em 1954, a agência operava quatro destas unidades, sendo duas na Amazônia, uma no nordeste e outra no vale do Rio Doce (Campbell et al, 1954).

O número total de unidades sanitárias operadas pelo Sesp em 1954 era 117, sendo que, dois anos antes, estas haviam sido postas sob a supervisão de Distritos Sanitários. O território de um Distrito Sanitário não necessariamente coincidia com o de um município, sendo comum que um Distrito abrangesse diversas municipalidades. Entre os funcionários, tínhamos um médico sanitarista, um engenheiro sanitário, uma enfermeira e um técnico em educação sanitária – todos coordenavam e supervisionavam as unidades sanitárias de cada Distrito (Campbell et al., 1954; Bastos & Silva, 1953).

Apesar da associação do modelo de organização sanitária baseado em centros de saúde ao Sesp, estes já existiam na organização sanitária brasileira desde a década de 1920, institucionalizados na administração federal pelas reformas de Capanema. Assim como a Escola de Enfermagem Ana Nery, os centros de saúde foram introduzidos no Brasil por um grupo de médicos que haviam estudado na Johns Hopkins School of Public Health. Lima Sobrinho (1981) afirma que o primeiro centro de saúde no Brasil foi inaugurado em 1927, num subúrbio do Rio de Janeiro.⁶⁴ Fazia o controle de doenças infectocontagiosas, provia clínica médica, pré-natal, higiene infantil, educação sanitária e supervisionava as parteiras. Seu trabalho se irradiava sobre as residências, escolas, fábricas e casas comerciais, pela ação das enfermeiras visitadoras e dos inspetores sanitários. Em 1934, o Departamento Nacional de Saúde (DNS), instituiu o modelo dos centros de saúde na administração sanitária brasileira que, em 1942, contava com um total de 552 unidades de saúde, todas operando por meio dos departamentos

de saúde estaduais, sob a supervisão técnica do DNS. Entre as unidades, dispostas entre os 350 Distritos Sanitários coordenados pelo DNS (Barreto, 1942), 54 eram centros de saúde; 194, postos; e as restantes 340 unidades funcionavam como subpostos. Isto nos indica como o modelo distrital de centros de saúde não se contradiziam com a estrutura de serviços especializados montada pelo governo federal, especialmente a partir de 1941.

Os centros de saúde, as unidades mais importantes da rede sanitária do Sesp, cumpriam um importante papel na consolidação do espaço público no Brasil, ao colocar, muitas vezes pela primeira vez, as populações rurais em contato com os representantes da autoridade estatal. Assim, constituíram-se em mais um instrumento de fortificação do Estado nacional, dentro do projeto do governo Vargas de expansão da autoridade pública. Ao mesmo tempo, é importante lembrar que o modelo norte-americano dos centros de saúde era um modelo e não uma camisa de força. Neste sentido, podemos observar como as particularidades políticas, econômicas e sociais do Brasil mudaram o modelo da rede horizontal permanente, adaptando-o à realidade brasileira. Ao contrário dos Estados Unidos, onde o modelo fora construído de baixo para cima e, portanto, temos a construção da autoridade de forma ascendente, no Brasil a rede integrada horizontal organizou-se de forma descendente, do Estado para a sociedade, transformando-se em elemento de fortalecimento de um poder público que se queria cada vez mais centralizado.

Expandindo o Modelo nos Municípios e Estados

O documento *Planning for the Future of Sesp* sugeria como estratégia de afirmação de seu modelo de administração sanitária que o Sesp demonstrasse exercer os princípios de uma “saúde pública moderna” nos municípios e estados. Segundo o documento, a “aceitação federal não garantia a continuidade do programa se os estados e municípios não se juntassem ao plano”.⁶⁵ A assertiva fazia sentido, particularmente depois de 1946, quando a nova Constituição assegurava a autonomia dos estados brasileiros. Por outro lado, entretanto, as reformas de Capanema implicavam um grau bastante alto de centralização no plano da administração sanitária, que permaneceria mesmo depois da queda do Estado Novo.

A estratégia do Sesp de propagação da rede pelos estados lembra bastante a da União depois da criação do Departamento Nacional de Saúde

Pública (DNSP) em 1920, com a assinatura de contratos com os estados para o provimento de serviços sanitários. A Constituição de 1946 estabeleceu como norma geral no plano da saúde pública que cabia à União firmar acordos com os estados e municípios e proporcionar assistência técnica e financeira para a provisão de infra-estrutura sanitária. Quando o Sesp passou a assinar contratos com os estados e municípios para a construção de unidades de saúde e para o treinamento de pessoal para administrá-las, adequava-se às novas diretrizes constitucionais do regime de 1946. Como a Constituição previa que a União poderia “prover as necessárias despesas” nos estados mais pobres do norte e nordeste, onde a falta de recursos para a saúde pública mais se sentia, o Sesp agiu como a agência federal que subsidiou a montagem de uma infra-estrutura sanitária naquelas regiões.

Estabelecidos os acordos, Sesp e governos estaduais dividiriam as responsabilidades na construção e manutenção das unidades sanitárias, enquanto a agência manteria assistência técnica, qualificaria pessoal e administraria inicialmente a rede. Num segundo momento, o Sesp compartilharia a administração da rede com os governos estaduais; e, por fim, a rede seria totalmente gerida pelos administradores locais, quando o estado estivesse habilitado, financeira e tecnicamente, a fazê-lo. Ou seja, de acordo com o próprio governo, o Sesp estava incumbido de “realizar serviços de demonstração” que permitissem aos governos estaduais, “após algum tempo, verificar as vantagens e o rendimento dos serviços sanitários racionalmente planejados e executados” (Dutra, 1950: 125). Este tempo dependia dos recursos e do aproveitamento da capacidade técnica local. Para o Amazonas e vale do rio Doce, o Iaia avaliava que pelo menos dez anos seriam necessários para que se pudesse “entregar completamente a responsabilidade da rede às autoridades locais, com uma expectativa razoável de sucesso”.⁶⁶

Assinar acordos com governos municipais e estaduais era também uma das formas de o Sesp ampliar seus recursos financeiros. Eugene Campbell registrou, em 1948, que o Sesp recebia aportes financeiros de mais de 35 agências locais e governos estaduais. Naquele mesmo ano, no vale do Amazonas, cerca de 80% dos governos locais participavam dos projetos desenvolvidos pela agência.⁶⁷ Angela Peçanha (1976) salienta que, durante a década de 1950, os acordos com estados e municípios levaram o Sesp a diversificar suas fontes de receita e, assim, ampliar sua autonomia.

A informação é questionável: a análise da documentação destes contratos revela a impontualidade dos governos estaduais em cumprir com suas obrigações financeiras.⁶⁸ Desde 1948 encontramos muitas referências a projetos “colocados de volta sobre a administração do Sesp em virtude da incapacidade local de administrar o trabalho”.⁶⁹ Muito provavelmente, uma das razões da crise financeira da agência no início da década de 1960 deveu-se à inaptidão dos estados em observar suas obrigações contratuais com o Sesp.

Henrique Maia Penido, um dos superintendentes do Sesp, assinalou o ano de 1949 como o marco da expansão da agência para fora da sua área inicial de operação, os vales do Amazonas e do Rio Doce. Neste ano, o Sesp assinou contratos com os estados da Paraíba, Pernambuco e Bahia, objetivando construir uma rede permanente de unidades sanitárias em “áreas de importância econômica” (Penido, 1959: 365-366). Nestes contratos, o governo federal, reconhecendo a “experiência de realizações na Amazônia e no vale do Rio Doce”, decidiu transformar o Sesp num “órgão complementar dos trabalhos sanitários afetos às organizações específicas locais, estaduais ou municipais, em várias zonas do país” (Dutra, 1950: 125). A extensão para o ‘subdesenvolvido’ nordeste continuou em 1950, quando o Sesp ficou encarregado de munir de infra-estrutura sanitária o vale do rio São Francisco, incluindo os estados de Alagoas e Sergipe na sua área de operação. Em 1953, o Sesp atingiu o sul do país, ao operar serviços sanitários na fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina.

Uma outra experiência contratual, implementada a partir de 1954, os Serviços Cooperativos de Saúde foram concebidos como “agências especiais” dentro dos departamentos de saúde estaduais. Financiados pelo Sesp e pelos estados conveniados, os serviços pretendiam ‘modernizar’ a administração sanitária estadual, pelas vias do aperfeiçoamento de pessoal e da atualização e padronização técnica, científica e administrativa. Um sanitarista indicado pelo Sesp dirigia o Serviço Cooperativo até que, com o término do contrato, o departamento de saúde estadual assumisse a responsabilidade pela infra-estrutura sanitária montada (Penido, 1959). Notemos que, com este modelo, o Sesp reproduzia com os estados brasileiros a sua relação original com o Iaia, e que seus princípios de uniformização técnica e administrativa não diferiam em nada daqueles instituídos pelo ministro Capanema, ainda no Estado Novo, conforme demonstrado por Cristina Fonseca (2005). O primeiro acordo deste tipo foi fechado com o

Ceará; outros se seguiram, assinados com os estados do Piauí, Sergipe, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Minas Gerais, Santa Catarina, Amazonas e Pará. Os Serviços Cooperativos de Saúde foram abolidos pelo governo militar em 1964 (Pinheiro, 1992).

Podemos analisar a relação que o Sesp estabeleceu com os estados conveniados examinando os contratos com estados de quatro distintas regiões do Brasil: o vale do Rio Doce, o nordeste, o sul e a região amazônica. No vale do Rio Doce, os fundamentos de uma rede permanente e integrada de unidades sanitárias foram lançados ainda com o Projeto Rio Doce, em 1943. Naquela ocasião, o Sesp propôs aos governos de Minas Gerais e Espírito Santo a criação de centros de saúde nas cidades de Governador Valadares, Aimorés e Colatina. O projeto foi realizado em cooperação com os respectivos departamentos de saúde estaduais, sendo os centros de saúde pensados como 'núcleos de irradiação' de um programa de saúde pública para todo o vale. Os centros serviriam como "pequenos departamentos de saúde" que, apoiados por um amplo programa de educação sanitária, "trabalharia para uma mudança radical no panorama e hábitos" em saúde pública.⁷⁰

O acordo entre o Sesp e o estado de Minas Gerais assinado em junho de 1944 determinava a construção imediata de dois centros de saúde, um em Governador Valadares e outro em Aimorés, prevendo-se que outros se seguiriam. Caberia ao Sesp edificar os centros, fornecer equipamentos e medicamentos e supervisionar a administração das unidades até 31 de dezembro de 1948. O estado comprometia-se a doar o terreno onde os prédios seriam erguidos e organizar e manter os serviços, com pessoal e salários regulados pelo Sesp. O estado deveria assumir completamente a administração dos centros em dezembro de 1948, garantida a assessoria do Sesp.⁷¹ As unidades sanitárias proveriam os serviços usuais de um centro de saúde, tais como: controle de doenças infecciosas, saneamento, educação sanitária, higiene materna e infantil, serviços de visitadoras sanitárias, de laboratórios e administração de saúde pública.⁷²

Fato é que, ainda em 1952, os centros de saúde de Governador Valadares e Aimorés ainda se achavam sob a responsabilidade do Sesp. A agência continuava a custear a maior parte dos recursos: entre 1944 e 1952, havia financiado 67% dos investimentos na operação, enquanto o estado de Minas Gerais desembolsara 33%.⁷³ O governo de Minas foi, entretanto, capaz de assumir o controle sobre o sistema de águas e esgotos construído em Aimorés em parceria com o Sesp; a agência permanecia

continuava incumbida de inspecionar a manutenção do sistema e fornecer assistência técnica.⁷⁴

Uma série de acordos se seguiram, espalhando o modelo pelo estado de Minas Gerais. Em 1951, um novo contrato garantiu a presença do Sesp em 19 outros municípios do estado, atingindo uma população de 712 mil pessoas.⁷⁵ Em 1955, outro convênio propiciou ao Sesp fixar um Distrito Sanitário para administrar a rede de unidades de saúde de Minas Gerais, enquanto o governo estadual comprometia-se a providenciar recursos financeiros e humanos para sua manutenção. O Sesp, por seu turno, perseverava em oferecer assistência financeira e técnica, enfatizando o treinamento de pessoal, até que o estado assumisse plenamente as obrigações com a rede sanitária.⁷⁶

Os acordos antes descritos assentaram as bases para a estruturação do Serviço Cooperativo de Saúde de Minas Gerais, fundado em abril de 1956 com a finalidade de desenvolver 'cooperação efetiva' entre o Sesp e o departamento de saúde estadual. O Serviço surge como uma 'agência especial' organizada em parceria do Sesp com o governo do estado, com a função de administrar a rede sanitária montada, antes sob a responsabilidade do Sesp, e torna-se dirigido por um médico sanitarista indicado pela agência, auxiliado por um médico-assistente designado pelo estado. Ao Sesp coube, como de praxe, o treinamento de pessoal e a manutenção das instalações físicas da rede. Todavia, mais uma vez o estado de Minas não honraria seus compromissos. Em 1960, em face à ausência de recursos estaduais, o Sesp encerrou o contrato, acusando o governo do estado e o departamento de saúde de serem "ausentes" e "desinteressados" no projeto.⁷⁷

No Espírito Santo a história dos acordos com o Sesp foi muito similar à de Minas Gerais. A colaboração começou em 1944, quando o estado juntou-se ao Sesp para construir um "centro de saúde modelo" na cidade de Colatina, a fim de incentivar o "desenvolvimento econômico da região".⁷⁸ O contrato previa que o governo do estado assumiria a responsabilidade sobre o centro em dezembro de 1948.⁷⁹ Como em Minas, isto não ocorreu, porém outro contrato, assinado em 1951, estendeu a área de operação do Sesp e as obrigações dos contratantes, com uma proporção dos custos aplicados pelo Sesp e pelo estado na base de dez para um. Ainda pelo contrato de 1951, o estado concordou em transferir todos os seus serviços de saúde do vale para o Sesp, enquanto esta agência comprometia-se a financiar e assessorar as unidades sanitárias. O Sesp exigiu que

todas as posições de chefia daquelas unidades fossem preenchidas por médicos sanitaristas com contratos de tempo integral. O acordo também criava o Distrito Sanitário de Colatina, para coordenar a rede sanitária instalada na região.⁸⁰

Em 1957, criou-se o Serviço Cooperativo de Saúde do Espírito Santo, cujo intuito era "ampliar e melhorar a cooperação com o departamento de saúde estadual".⁸¹ O Serviço pretendia a construção de pelo menos uma unidade sanitária em cada município coberto pelo acordo, além de treinar pessoal e colaborar 'plenamente' com o departamento estadual de saúde e com o Ministério da Saúde. As despesas seriam divididas entre o Sesp e o governo do estado, numa relação de três para um. Um médico sanitarista, escolhido pelo Sesp, dirigiria o Serviço, enquanto o estado nomearia o vice-diretor. O programa de saúde foi desenhado por um comitê formado pelo Serviço Cooperativo, pelo departamento de saúde estadual e pelo Iaia. O Serviço Cooperativo foi encorajado a assinar contratos com municípios e organizações privadas para angariar mais recursos e atividades.⁸² Também o Espírito Santo descumpriu suas obrigações contratuais com o Serviço e tampouco indicou o vice-diretor no ano de 1959. Apesar disto, o departamento de saúde estadual assumiu a rede de unidades sanitárias do Serviço Cooperativo quando o acordo expirou, em dezembro de 1959.⁸³

Enquanto no vale do rio Doce a política de acordos com os estados principiara ainda antes do término da Guerra, no nordeste ela foi inaugurada em 1949, quando da assinatura de um convênio com a Paraíba. Por este acordo, assinado em maio daquele ano, o Sesp assumia a responsabilidade sobre diversas unidades sanitárias do estado, que não operavam por falta de verbas. Segundo o contrato, o estado contribuiria com 50% das despesas para a manutenção das unidades.⁸⁴ Em 1952, adviria o Distrito Sanitário de Alagoa Grande para administrar a rede já existente. No ano seguinte, o Sesp expandiu sua ação sobre diversos outros municípios, gerindo unidades sanitárias que seriam "gradualmente transferidas" para a responsabilidade do departamento de saúde estadual, o que ocorreu apenas em 1962. Na Paraíba, não houve a experiência do Serviço Cooperativo.⁸⁵

No sul do país formulou-se um Serviço Cooperativo de Saúde em Santa Catarina, em outubro de 1958. O acordo que o originou é bastante peculiar, pois foi o único deste tipo no qual participaram organizações privadas: ao lado do estado e do Sesp, estavam a Federação Rural de Serviços Sociais de Santa Catarina e o Conselho Regional dos Serviços Sociais

Rurais do estado. O objetivo do Serviço era desenvolver a rede permanente de saúde em áreas de importância econômica, ou seja: as "comunidades rurais onde um programa de assistência técnica à agricultura está sendo desenvolvido".⁸⁶ Ao Sesp caberia fornecer assistência técnica e financeira e, como em outros acordos do tipo, seu objetivo era padronizar e atualizar os procedimentos técnicos e científicos do departamento de saúde estadual, ampliando também seu território de atuação. Os serviços a serem providenciados eram aqueles usuais dos centros e postos de saúde.⁸⁷

No Paraná, apesar de um Serviço Cooperativo de Saúde não ter sido criado, a colaboração entre o Sesp e o governo estadual seguiu padrão semelhante. Um contrato com o estado criaria o Programa do Paraná, com atuação na região da fronteira com a Argentina e o Paraguai, uma área de crescimento econômico que atraía migrantes.⁸⁸ O departamento de saúde do estado instituiu o Distrito Sanitário da Fronteira para gerenciar as unidades sanitárias dos sete municípios cobertos pelo acordo. O Sesp administraria o Programa, provendo a assistência técnica e financeira e qualificando pessoal. O estado, além de contribuir com recursos financeiros, com pessoal e com as instalações, comprometeu-se a assumir a rede sanitária ao término do contrato.⁸⁹

Na região amazônica, a organização dos Serviços Cooperativos de Saúde apenas foi ensaiada no início da década de 1960. No estado do Pará, todas as unidades sanitárias estabelecidas entre 1942 e 1945 eram administradas pelo Programa da Amazônia, cuja sede estava em Belém. Em 1945, estas unidades de saúde viram-se promovidas à categoria de centros de saúde, embora, de fato, continuassem a existir sob complexidades distintas. Em 1953, como parte de uma reorganização da agência, as unidades foram colocadas sob a administração de diversos Distritos Sanitários. Os Distritos existiam para gerir a rede de unidades de saúde; entretanto, como particularidade local, também tinham a função de assistir os governos locais em questões de saúde.⁹⁰ O Serviço Cooperativo de Saúde do Pará foi criado em setembro de 1963 e assumiu a administração de todos os distritos sanitários do estado. Amazonas prosseguiu num caminho similar, sendo seu Serviço Cooperativo inaugurado em janeiro de 1962.⁹¹

Finalmente, podemos notar que a estratégia do Sesp de 'modernizar a administração sanitária' utilizando-se de convênios com os departamentos de saúde estaduais esteve em plena sintonia com as diretrizes das reformas sanitárias implementadas pelo ministro Gustavo Capanema em

1935-1937 e 1941, com as quais o governo federal objetivava fiscalizar o campo da saúde, padronizar normas técnicas e administrativas, além de efetivamente estender sua atuação por todo o território nacional (Hochman & Fonseca, 2000). Em síntese, ao expandir a rede permanente de unidades sanitárias nas regiões-alvo dos projetos de desenvolvimento e firmar convênios que pressupunham a qualificação de pessoal, o fomento de infraestrutura e a padronização de normas técnicas e administrativas no campo da saúde, o Sesp se integrava ao projeto de construção do Estado nacional da era Vargas, afinados que estavam seus procedimentos com aqueles encaminhado pelo DNS desde a reforma de 1937, associando centralização normativa com descentralização executiva. Segundo Cristina Fonseca (2005: 197), as reformas do DNS “canalizavam, para a instância administrativa estadual, o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, porém sob a orientação direta do governo federal”.

Notas

- ¹ “FY-1956 Budget”, p. 7-8, attached to letter from William C. Trimble to Henry Holland, March 16, 1955, Nara, RG 59, Records of the Assistance Secretary of State for Inter-American Affairs, Henry Holland, 1953-1956, Lot 57 D295, Box 6.
- ² Cottam, H. R. “Point 4 in Brazil”, p. 15, *Department of State Publication 6741*, Inter-American Series 54, January 1959.
- ³ Campbell, E. P. “Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia”, p. 2-3, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on “Planning for the Future” (E-138), Box 1499. Grifos nossos.
- ⁴ Lembremos aqui a interação entre a Fundação Rockefeller e o Estado brasileiro, nítida no estudo de Castro-Santos (2003) na Costa Rica e abordada por Palmer (2004).
- ⁵ Campbell, E. P. “Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia”, p. 4, 41, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on “Planning for the Future” (E-138), Box 1499.
- ⁶ Dunham, G. C. “Preliminary Report of Medical Survey of Northeast Brazil”, p. 8, September 9, 1941, Nara, RG 165, General and Special Staffs, Military Intelligence Division Regional Files, 1922-44, Brazil, Box 210.
- ⁷ Campbell, E. P. “Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia”, p. 9, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on “Planning for the Future” (E-138), Box 1499.
- ⁸ *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 104 (November 1946): 3; *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 119 (February 1948): 5.
- ⁹ *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 127 (November 1948): 19.

- ¹⁰ George C. Freeman to G. M. Saunders, January 28, 1943, p. 1, Nara, RG 229, General Records, Central File 1. Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83. Notemos que a concessão de bolsas de estudos para técnicos de saúde pública foi uma das recomendações da V Conferência de Diretores Nacionais de Saúde, realizada em 1944, o que mostra os pontos de encontro entre a agenda sanitária internacional e a nacional.
- ¹¹ "Institute of Inter-American Affairs Health and Sanitation Program – Present, Past, and Future", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 103 (October 1946): 1-4.
- ¹² "Summary Report on Training Program", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 136 (May-June 1950): 9.
- ¹³ "Training of professionals and technical personnel of the other American Republics", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 48 (July 1944): 2; "List of books and pamphlets received from Washington during May, 1943", appended to Report on Medical Education, liaa, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.
- ¹⁴ Armando Júlio Bittencourt, "Curso de guardas sanitários realizados em Colatina, maio-julho de 1951", Assistência da Divisão de Engenharia, 143-149, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 93.b, Caixa 9; "Térmo de encerramento e sumário geral do projeto n. MG-HBO.33 – formação de pessoal", p. 1-4, Dezembro 4, 1963, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 47, Caixa 14; liaa, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, "Nurses' Training Project", p. 2, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.
- ¹⁵ FSesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto n. SU-RJA-31, Divisão de Enfermagem", p. 1-8, September 29, 1960, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4.
- ¹⁶ "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1.
- ¹⁷ "Scholarships to USA", Weekly Report of the Division Activities, Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, January 3, 1942 to January 9, 1942, Nara, RG 287, Publications of the Federal Government, President of the United States, 1789 –, Box Pr. 292.
- ¹⁸ Coordinator of Inter-American Affairs to the Department of State, August 25, 1942, Nara, RG 59, Box 4.474.
- ¹⁹ *Boletim do Sesp*, n. 10 (setembro 1944): 10; "Auxílio à Escola de Enfermagem de Goiânia, Goiás", p. 1-3, 31 de Dezembro de 1954, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 40, Caixa 4; "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health Services", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 2; Dispatch n. 434, from the U. S. Consulate at São Paulo the Department of State, March 9, 1959, Nara, RG 59, Decimal File, 1955-1959, Box 4.332.
- ²⁰ "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1.
- ²¹ O'Hara, H. "Study in Internacional Cooperation Health Services", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1.
- ²² O'Hara, H. "Study in Internacional Cooperation Health Services", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 7.

- ²³ Ministério da Educação e Saúde, Serviço Especial de Saúde Pública, "Programa de enfermagem", p. 1, circa 1944, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4.
- ²⁴ "O desenvolvimento do programa de enfermagem", *Boletim do Sesp*, n. 5 (fevereiro 1944): 5; Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto SU-RJA-31, Divisão de Enfermagem", p. 2, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4.
- ²⁵ "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 1-3; Ministério da Educação e Saúde, Serviço Especial de Saúde Pública, "Programa de enfermagem", p. 3-6, circa 1944, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 39, Caixa 4; Serviço Especial de Saúde Pública, "Fellowships and scholarships for nurses in U. S. A.", p. 1-5, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 35, Caixa 13.
- ²⁶ "Brazil's new school of nursing", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 118 (January 1948): 9; Institute of Inter-American Affairs, Health and Sanitation Division, Report of May, 1943, "III Plans and Surveys", p. 2, June 3, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4.474; "The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 29 (October 1943): 3; Serviço Especial de Saúde Pública, "Aid to the School of Nursing of the University of São Paulo", p. 7-8, July 1, 1951, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 64, Caixa 25; Escola de enfermagem de São Paulo, Brochura, p. 1-12, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 64, Caixa 25.
- ²⁷ "Primeiro Congresso Nacional de Enfermagem", *Boletim do Sesp*, n. 44 (março 1947): 7; Dispatch n. 434, from the U. S. Consulate at São Paulo to the Department of State, March 9, 1959, Nara, RG 59, Decimal File, 1955-1959, Box 4.332. A Fundação Kellogg contribuiu com uma pequena quantia para o curso de pós-graduação.
- ²⁸ Maria Rosa Pinheiro, Relatório da Divisão de Enfermagem, junho-setembro de 1953, AHFSSP, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9; Aurora de Afonso Costa, "Relatório Encaminhado ao presidente e membros da comissão administrativa da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro", p. 3, Julho 18, 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 45, Caixa 16.
- ²⁹ Rodolfo Mascarenhas para Marcolino Candau, 9 de dezembro de 1949, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9.
- ³⁰ Aurora de Afonso Costa, "Relatório Encaminhado ao presidente e membros da comissão administrativa da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro", p. 1-6, Julho 18, 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 45, Caixa 16.
- ³¹ Ministério da Educação e Saúde, Serviço Especial de Saúde Pública, "Escola de Enfermagem de Manaus", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 56, Caixa 6.
- ³² Institute of Inter-American Affairs, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, "Nurses' Training Project", p. 2, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.
- ³³ Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, "Brochura", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16; Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo, "Brochura", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16.
- ³⁴ "More Young Women Becoming Nurses: Institute of Inter-American Affairs Establishes Additional Schools", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 86 (January 1946): 1.

- ³⁵ Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo, "Brochura", p. 3-4, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16.
- ³⁶ Rodolfo de Mascarenhas para Marcolino Candau, 9 de dezembro de 1949, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9.
- ³⁷ Aurora de Afonso Costa, "Relatório da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro para o ano de 1947", p. 2-3, Janeiro 26, 1948, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 54, Caixa 16.
- ³⁸ Clara Curtis, "Aid to the Carlos Chagas School of Nursing in Belo Horizonte, Minas Gerais", Report for June, 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7.
- ³⁹ M. G. Candau, "O problema da enfermagem no Brasil", *Boletim do Sesp*, n. 61 (agosto 1948): 1.
- ⁴⁰ Sesp, "Treinamento de visitadoras, memorandum da seção de enfermagem", p. 1-2, July, 21, 1945, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.
- ⁴¹ "Rio Doce girls carry the gospel of health", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 116 (November 1947): 10.
- ⁴² Sesp, "Requisitos indispensáveis às candidatas ao curso de visitadora sanitária", Programa da Amazônia, 1945-1947, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.
- ⁴³ Mariana de Oliveria Resende, "Relatório do curso de visitadoras de Itacoatiara", p. 2, Junho 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.
- ⁴⁴ Nadyr de Matos Moura, "Relatório mensal do curso de visitadoras de Itacoatiara", p. 1, Julho 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.
- ⁴⁵ Carolina L. de Moraes, "Relatório mensal do serviço de enfermagem do mês de março de 1947 - Posto de Itacoatiara", p. 1, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 12, Caixa 11.
- ⁴⁶ "Enfermeiras para o Brasil", *Boletim do Sesp*, n. 33 (abril 1953): 5; Gilberto Freire, "Doutores, curiosas e práticos", *Boletim do Sesp*, n. 5 (setembro 1950): 1.
- ⁴⁷ N. C. de Brito Bastos, "Diretrizes para a educação sanitária nas unidades do Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 10 (abril 1951): 6; Christopherson, E. H. "Orientação dos trabalhos de saúde pública", *Boletim do Sesp*, n. 5 (fevereiro 1944): 1-2.
- ⁴⁸ Charles Wagley, "A educação sanitária no Brasil", *Boletim do Sesp*, n. 25 (agosto 1945): 5.
- ⁴⁹ José Arthur Rios, "A saúde como valor social", *Boletim do Sesp*, n. 33 (abril 1953): 2-3; José Arthur Rios, "Ciências sociais e saúde pública", *Boletim do Sesp*, n. 38 (setembro 1953): 2-3.
- ⁵⁰ Clair Turner, "A campanha contra parasitos intestinais e a educação sanitária", *Boletim do Sesp*, n. 8 (março 1944): 1.
- ⁵¹ Clara Curtis, "Reunião das enfermeiras da prefeitura no conselho municipal em 27 de julho de 1943", AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 83, Caixa 9.
- ⁵² Cattete Pinheiro, "O futuro da Amazônia", *Boletim do Sesp*, n. 54 (janeiro 1948): 4; N. C. de Brito Bastos, "Diretrizes para a educação sanitária nas unidades do Sesp", *Boletim do Sesp*, n. 11 (maio 1951): 5.
- ⁵³ "Curso de educação sanitária para professoras primárias", *Boletim do Sesp*, n. 5 (fevereiro 1944): 8; "Curso intensivo de higiene e educação sanitária", *Boletim do Sesp*, n. 42

- (janeiro 1947): 6; N. C. de Brito Bastos, "Criando a consciência sanitária: ecos do curso realizado em Palmares, Pernambuco", *Boletim do Sesp*, n. 8 (fevereiro 1951): 5-7.
- ⁵⁴ "Estudando os problemas de saúde pública no Brasil. As conclusões da Conferência de Educação Sanitária convocada pelo Sesp", *O Jornal*, 1º. de maio de 1948, p. 2, 8; "Educação sanitária nas escolas", *Boletim do Sesp*, n. 40 (novembro 1946): 1; "Clube de Saúde em Igarapé-Açu", *Boletim do Sesp*, n. 12 (dezembro 1954): 3
- ⁵⁵ M. G. Candau e Orlando J. da Silva, "Educação sanitária e seu papel na luta contra as grandes endemias: observações colhidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública", p. 1-9, circa 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 14, Caixa 12.
- ⁵⁶ O laia encomendou aos estúdios Walt Disney uma série intitulada "Saúde para as Américas", constando de dez filmes educativos. Cf. "Health films for the Institute of Inter-American Affairs", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 71 (June 1945): 1, 8; "Progress on the visual health library for the Americas: Films strips now being written", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 97 (June 1946): 1; M. G. Candau e Orlando J. da Silva, "Educação sanitária e seu papel na luta contra as grandes endemias: observações colhidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública", p. 3, circa 1946, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 14, Caixa 12.
- ⁵⁷ Cristopherson, E. H. "Os centros de saúde", *Boletim do Sesp*, n. 21 (abril 1945): 1.
- ⁵⁸ Cristopherson, E. H. "Os centros de saúde", *Boletim do Sesp*, n. 21 (abril 1945): 5; George Saunders, "The Amazon Project", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 43 (September 1943): 2; Sesp, "Final summary and conclusion agreement of project AM-IBA-4, Operation of Health Center, Itaituba, Pará, Brazil", p. 3, December 15, 1950, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 65, Caixa 25.
- ⁵⁹ Sesp, "Final summary and completion agreement of Project AM-XAP-4, Operation of Health Center, Xapuri, Acre, Brazil", p. 2., December 15, 1950, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 37, Caixa 22.
- ⁶⁰ Sesp, "Final summary and completion agreement of project AM-BVI-4, Operation of Health Center, Boa Vista, Territory of Rio Branco", p. 2, December 15, 1950, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 12, Caixa 20.
- ⁶¹ "Public Health in the Amazon Valley, Brazil, 1942-43", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 43, (May 1943): 4.
- ⁶² Edward D. McLaughlin to the Secretary of State, dispatch n. 358, August 4, 1943, Nara, RG 59, Decimal File, 1940-1944, Box 4.474.
- ⁶³ Conferência de organização sanitária realizada no Serviço Especial de Saúde Pública entre 12 e 17 de abril de 1948, *Revista do Sesp*, I, n. 4 (maio 1948): 1095.
- ⁶⁴ Merhy (1992) atribui este pioneirismo a São Paulo.
- ⁶⁵ Campbell, E. R. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the laia", p. 4, 43, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.
- ⁶⁶ Campbell, E. R. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the laia", p. 27, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.
- ⁶⁷ Campbell, E. R. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the laia", p. 23, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.

- ⁶⁸ Alguns exemplos podem ser encontrados em contratos com os estados da Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo e Ceará. Cf. "A batalha contra as doenças e o exército da saúde", *Boletim do Sesp*, n. 17 (novembro 1951): 2; Sesp, "Termo de encerramento e sumário final do projeto n. MG-mge-40, Serviços Cooperativos de Saúde de Minas Gerais", p. 2, Outubro 7, 1960, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7; Sesp, "Termo de encerramento e sumário final do projeto n. ES-ESA-9, Privadas e melhorias de habitações - Espírito Santo", p. 1, Agosto 21, 1961, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 69, Caixa 7; Sesp, "Descrição do projeto n. ECE-FOR-25, Administração do escritório do SEESC em Fortaleza", p. 3, Agosto 1955, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 46, Caixa 5.
- ⁶⁹ Campbell, E. P. "Planning for the Future of Sesp, presented by the Field Party of the Iaia", p. 26, *Health and Sanitation Division*, Brazil, Nara, RG 229, Department of Basic Economy Reports on "Planning for the Future" (E-138), Box 1499.
- ⁷⁰ "Rio Doce Program", p. 2, Report of the Brazilian Field Party for the Month of April, 1944, Nara, RG 229, Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1.601. Lembremos ainda os sistemas de águas e esgotos doravante originados da experiência no vale do Rio Doce.
- ⁷¹ "Acordo celebrado recentemente na cidade de Governador Valadares, entre o chefe do governo mineiro e o Serviço Especial de Saúde Pública para o estabelecimento de centros de saúde em Governador Valadares e Aimorés", p. 1-2, Junho 5, 1944, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 55, Caixa 24.
- ⁷² Sesp, "Sumário final e acordo de conclusão do projeto RD-LCE-4, Operação do centro de saúde de Aimorés, estado de Minas Gerais", p. 1-2, Janeiro 5, 1952, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 55, Caixa 24.
- ⁷³ Sesp, "Distribuição de despesas, Operação do centro de saúde de Governador Valadares, 21 de junho de 1952", anexado ao "Sumário final e acordo de conclusão do projeto RD-LAC-4, Operação do centro de saúde de Governador Valadares", AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 55, Caixa 24.
- ⁷⁴ "Notes: Brazil", *Health and Sanitation Division Newsletter*, n. 123 (June 1948): 16.
- ⁷⁵ "O Sesp trabalhará em 19 municípios mineiros", *Boletim do Sesp*, n. 14 (agosto 1951): 2.
- ⁷⁶ "Termo aditivo ao convênio entre o governo do estado de Minas Gerais e o Serviço Especial de Saúde Pública, assinado em 11 de julho de 1955", p. 1-5, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7.
- ⁷⁷ FSesp, "Termo de encerramento e sumário final do projeto n. MG-mge-40, Serviços Cooperativos de Saúde de Minas Gerais", p. 1-5, Outubro 7, 1960, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 66, Caixa 7.
- ⁷⁸ "O Centro de Saúde de Colatina", *Boletim do Sesp*, n. 11 (junho 1944): 7-8. ⁷⁹ "Translation of Agreement Signed Between Sesp and the Government of the State of Espírito Santo for the construction of the Colatina Health Center", p. 1-2, January, 1944, attachment n. 1 of the Monthly Report of January, 1944, Nara, RG 229, Records of Department of Basic Economy, Health and Sanitation Division, Monthly Progress Reports of Field Parties (E-143), Brazil, Box 1.601.
- ⁸⁰ Sesp, "Project Description and Agreement RD-COL-35, Sanitary District of Colatina", p. 1-3, January 2, 1953, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 71,

Caixa 25. A exigência de sanitaristas em tempo integral para trabalhar nos serviços sanitários era também uma característica do DNS, instituída pelas reformas de 1937 (Fonseca: 2005).

- ⁸¹ FSesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto n. ES-ESA-40, Serviço Cooperativo de Saúde do estado do Espírito Santo", p. 1, Agosto 21, 1961, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 71, Caixa 25.
- ⁸² "Convênio celebrado entre o governo do estado do Espírito Santo, o Ministério da Saúde e o Instituto de Assuntos Interamericanos", p. 1-4, Setembro 18, 1957, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 71, Caixa 25.
- ⁸³ Sesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto n. ES-VIT-1, Administração do escritório de Vitória", p. 1-4, Agosto 21, 1961, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 69, Caixa 7.
- ⁸⁴ Sesp, "Project agreement NE-ANO-4, Operation of the Health Center of Alagoa Nova, Paraíba", p. 1-3, October 19, 1949, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 77, Caixa 27.
- ⁸⁵ Sesp, "Project agreement NE-AGR-35, Medical assistance and health services for Alagoa Grande, Paraíba", p. 1-5, January 2, 1953, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 77, Caixa 27; FSesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto n. PB-AGR-35, Distrito Sanitário de Alagoa Grande, Paraíba", p. 1-4.
- ⁸⁶ Sesp, "Project description n. SC-SCA-40, Health Cooperative Service of Santa Catarina", p. 1, November 24, 1958, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 72, Caixa 8.
- ⁸⁷ "Criado o Serviço Cooperativo de Santa Catarina", *Boletim do Sesp*, n. 11 (novembro 1958): 1; FSesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto SC-SCA-40, Serviço Cooperativo de Saúde de Santa Catarina", p. 1-3, Junho 28, 1962, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 72, Caixa 8.
- ⁸⁸ FSesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto n. PR-PAR-40, Programa do Paraná", p. 1-4, Setembro 26, 1961, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 70, Caixa 7.
- ⁸⁹ "Térmo do convênio entre o governo do estado do Paraná e o Serviço Especial de Saúde Pública", p. 1-5, Março 24, 1955, AHFSSP, COC, Série Administração, Pasta 70, Caixa 7.
- ⁹⁰ Sesp, "Acôrdo e descrição do projeto n. AM-IAÇ-35, Distrito Sanitário de Igarapé-Áçu", p. 2, Janeiro 2, 1953, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 75, Caixa 7.
- ⁹¹ FSesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto n. PA-BEL-35, Distrito Sanitário de Belém", p. 1-3, Novembro 29, 1963, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 74, Caixa 26; FSesp, "Térmo de encerramento e sumário final do projeto n. AM-MAN-30, Serviços Médicos-Sanitários, Manaus, Amazonas", p. 1-6, Maio 21, 1962, AHFSSP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 70, Caixa 25.