

O SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA: POLÍTICAS INTERNACIONAIS E RESPOSTAS LOCAIS

The Special Service of Public Health:
international policies and local responses.

André Luiz Vieira de Campos¹

Resumo:

Este artigo analisa a trajetória do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante as décadas de 1940 e 1950, uma agência brasileiro-americana criada na conjuntura da Segunda Guerra Mundial para promover políticas sanitárias pontuais em áreas produtoras de matérias primas estratégicas. Apesar de planejado originalmente como uma agência temporária de guerra, o SESP reorientou-se na conjuntura da Guerra Fria, para a organização de uma rede horizontal e permanente de unidades sanitárias, vinculadas aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro, especialmente na década de 1950. Apesar de seu caráter internacional, as políticas sanitárias do SESP no Brasil não significaram simplesmente a importação de um modelo americano, mas foram marcadas por negociações e adaptações à realidade local.

Palavras-chave:

História; saúde pública; relações Brasil - Estados Unidos; Era Vargas.

Preâmbulo

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi uma agência bilateral brasileiro-americana criada em 1942, como resultado da política externa dos EUA na conjuntura da Segunda Guerra Mundial. Além da imediata diplomacia de guerra, outras variáveis também

¹ Doutor em História, The University of Texas at Austin, professor do Departamento de História da Universidade Federal Fluminense, onde também atua no programa de pós-graduação. Email: camdrepo@terra.com.br

tiveram seu papel na organização daquela agência: os exércitos aliados precisavam de matérias primas estratégicas; os soldados americanos estacionados em bases no Brasil deveriam ser protegidos das “doenças tropicais”; os trabalhadores envolvidos na produção de borracha e minério precisariam de prevenção contra malária e outras doenças infecciosas; além disso, o governo Vargas, aproveitou-se desta demanda por matérias primas para aprofundar seu programa de desenvolvimento. Neste sentido, apesar de sua origem internacional, a “releitura” que o governo brasileiro fez desta agência determinou que o SESP estivesse a serviço do projeto de *state and nation building* desenvolvido na Era Vargas.

Apesar de originalmente planejado pelos norte-americanos como uma agência temporária, com objetivos militares, o SESP sobreviveu ao término da guerra e, no novo contexto internacional da Guerra Fria e da “invenção do desenvolvimento”, reorientou seus objetivos originais para a construção do modelo distrital de atendimento à saúde, fundamentado numa rede horizontal e permanente de unidades sanitárias. Neste sentido, o SESP continuou a desempenhar um papel de instrumento de fortalecimento do Estado nacional, ao promover saúde pública para populações rurais nas regiões-alvo dos planos desenvolvimentistas brasileiros.

Apesar de seu caráter internacional e de seu modelo de administração sanitária inspirado em padrões norte-americanos, as políticas sanitárias do SESP no Brasil não constituíram uma via de mão única, mas foram marcadas por conflitos, negociações, resistências e adaptações. A combinação de influências americanas e respostas nacionais marcou toda a história do SESP no Brasil.

O SESP: da Boa Vizinhaça ao Ponto IV.

O programa de saúde e saneamento para a América Latina tem suas origens em meados da década de 1930, quando estrategistas políticos e lideranças empresariais norte-americanas iniciam um debate sobre os meios de ganhar o apoio das Repúblicas latino-americanas num cenário político caracterizado pela ameaça alemã (Blumental, 1968). A partir daí, a política

econômica dos Estados Unidos para o Hemisfério focou-se no objetivo de reorientar o comércio dos países latino-americanos para aquele país. No plano militar, o sentimento de insegurança cresceu nos Estados Unidos após a queda da França em 1940, quando o governo Roosevelt passou a considerar seriamente a possibilidade de um ataque militar nazista ao continente americano (Van de Mark, 1983). O Departamento de Estado avaliou que o litoral nordeste do Brasil poderia ser facilmente atingido pelo poder aéreo alemão, operando na África ocidental.

Entretanto, não eram apenas os políticos norte-americanos que estavam preocupados com a segurança do Hemisfério; também lideranças empresariais debatiam a necessidade de ampliar a “cooperação econômica” com os países latino-americanos. Um destes líderes era Nelson Rockefeller. Num memorando ao presidente Roosevelt, de junho de 1940, Rockefeller argumentava que os interesses dos Estados Unidos seriam melhor preservados “num quadro de cooperação e dependência econômica dentro do Hemisfério”. Ele sugeria ao presidente que os Estados Unidos aumentassem seus investimentos na região e estabelecessem um programa de relações culturais com os países do subcontinente (Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, 1947: 7, 279.) Esta proposta alçou Rockefeller para uma posição-chave no governo americano e levou à criação de uma agência governamental específica para lidar com assuntos inter-americanos.

Em agosto de 1940, a Casa Branca, seguindo as sugestões de Rockefeller, criou o Escritório para a Coordenação das Relações Comerciais e Culturais entre as Repúblicas Americanas (doravante Escritório). A função oficial da agência era “promover o desenvolvimento das relações comerciais e culturais entre as repúblicas americanas (...) e aprofundar o espírito de cooperação entre as Américas no interesse da defesa do Hemisfério”. Imediatamente Roosevelt nomeou Rockefeller coordenador do Escritório (Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, 1947: 3, 7,176).²

² Apesar do Escritório estar subordinado diretamente à presidência da República, a formulação de suas políticas tinha que ser feita em comum acordo com o Departamento de Estado. Com o final da guerra e a perda de importância da política da Boa Vizinhança, o Escritório foi colocado sob o Departamento de Estado.

O interesse do Escritório no campo da saúde foi acentuado em 1941, quando seu coordenador tomou conhecimento das negociações para o estabelecimento de bases americanas no litoral brasileiro. Rockefeller, embasado em informações da Fundação Rockefeller, sabia que em algumas regiões do Brasil a malária era endêmica.³ O coordenador sugeriu então, que o Escritório organizasse projetos de saneamento ao redor das bases militares planejadas. Enquanto este debate ocorria, os japoneses atacaram Pearl Harbor e capturaram importantes áreas de produção de matérias primas estratégicas na Ásia. A partir deste fato, a importância de assegurar o fornecimento de borracha para os Aliados tornou-se fundamental. Foi a partir daí que o plano de saneamento e saúde pública do coordenador, originalmente pensando para o entorno das bases militares, foi reorientado para abranger áreas da América Latina que poderiam compensar a produção de matérias primas que havia caído nas mãos dos japoneses (Erb, 1985).

Os planos para um programa cooperativo de saúde estavam em articulações desde 1941, porém, apenas no Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizado no Rio de Janeiro em 1942, um programa para o Hemisfério foi criado. Durante o encontro no Rio, as negociações com os brasileiros ficaram a cargo de Fred Soper, encarregado de discutir o programa proposto por Rockefeller com o ministro da Educação e Saúde do Brasil, Gustavo Capanema (Brito, 1991: 27). Soper havia sido diretor da Fundação Rockefeller no Brasil e foi o responsável pela erradicação do *Anopheles Gambiae* que havia invadido o país no final dos anos 1920 (Soper, 1977).⁴

Entre as resoluções tomadas no Terceiro Encontro, a segunda recomendava que as Repúblicas Americanas mobilizassem

³ Nelson Rockefeller era neto do magnata de petróleo, John D. Rockefeller, que criou a fundação que leva seu nome. A Fundação Rockefeller iniciou seus trabalhos de saúde pública no Brasil em 1916.

⁴ O mosquito *Anopheles Gambiae* chegou a cidade de Natal, nordeste do Brasil, em navios franceses que faziam a rota Dakar-Natal. Como era uma espécie exótica, provocou grandes epidemias de malária na década de 1930, até que o governo brasileiro, em convênio com a Fundação Rockefeller, criou o Serviço de Malária do Nordeste, dirigido por Fred Soper, especificamente para erradicar o mosquito, o que foi realizado com sucesso em 1940.

seus recursos para apoiar o esforço de guerra e a trigésima resolução recomendava que os países do continente realizassem acordos bilaterais para a melhoria da saúde pública do Hemisfério.⁵ Como resultado da Conferência de 1942, os governos do Brasil e dos Estados Unidos assinaram os chamados Acordos de Washington, uma série de trinta tratados cobrindo assuntos tão variados como comércio, empréstimos, investimentos, um acordo militar e o acordo de saúde e saneamento (Corsi, 2000: 195-224).

A agência cooperativa brasileira foi criada em 17 de julho de 1942, com a assinatura do “Acordo Básico” entre o embaixador americano, Jefferson Caffery, e o ministro da educação e saúde, Gustavo Capanema (Brasil, 1979: 9). O Acordo Básico que deu origem ao SESP, estabeleceu como suas funções: o saneamento do Vale Amazônico, especialmente o controle de malária e assistência médica aos seringueiros; o treinamento de profissionais de saúde pública; e um programa de controle da hanseníase (Serviço Especial de Saúde Pública, 1952: 9).

Apesar de originalmente planejada pelos norte-americanos como uma agência temporária com objetivos militares de “sanear a Amazônia” brasileira e estimular a produção de borracha para as necessidades de guerra, a “releitura” que o presidente Getúlio Vargas e seu governo fizeram do SESP, determinou que esta agência sempre estivesse a serviço do projeto de desenvolvimento econômico e da expansão da autoridade pública do Estado brasileiro. Neste sentido, apesar de seu caráter internacional, as políticas sanitárias do SESP no Brasil não constituíram uma via de mão única, mas foram marcadas por conflitos, resistências e adaptações.

Já nas notas diplomáticas emitidas pelos representantes brasileiros e norte-americanos, quando da negociação do tratado de saneamento, percebemos as divergências entre os dois países. Ao negociar o acordo de saúde, o Secretário de Estado Sumner Welles, anunciou que o programa “seria inicialmente designado para a bacia Amazônica com o propósito especial de auxiliar no aumento da

⁵ Ata final da terceira reunião de consulta dos ministros das relações exteriores das repúblicas americanas, Rio de Janeiro, 15 a 28 de janeiro de 1942. Os delegados também recomendaram que os países americanos rompessem relações diplomáticas com o Eixo e tomassem medidas para eliminar a influência subversiva do nazismo.

produção de borracha” para o esforço de guerra. Entretanto, o Ministro da Fazenda brasileiro, Arthur de Souza Costa, enfatizava que a colaboração entre os dois países iria “estimular o progresso e as possibilidades econômicas” daquela região.⁶ Ou seja, enquanto que para os Estados Unidos, o programa tinha um objetivo militar imediato – significava o acesso à borracha e outras matérias primas para a indústria militar, além da instalação de bases militares no nordeste do país – para o Brasil, o programa sanitário, incluído nos Acordos de Washington, estava perfeitamente de acordo com os planos de *state and nation building* do primeiro governo Vargas (1930-1945).

O interesse do governo brasileiro em usar os Acordos de Washington em seu esforço de desenvolvimento não escapou à percepção de Sumner Welles. Em documento ao Departamento de Estado, o Secretário americano registrou: “quando a proposta inicial foi apresentada aos membros da missão brasileira, estes se recusaram a considerá-la”, sendo que o Ministro da Fazenda do Brasil insistiu que “qualquer proposta geral para o vale Amazônico” deveria ser discutida dentro de um “amplo programa de desenvolvimento para o Brasil e a discussão sobre extração de borracha e outros projetos específicos, deveriam ser adiados até que o assunto principal tenha sido acordado”.⁷

Para o governo Vargas, o SESP sempre foi utilizado como um instrumento de expansão da autoridade pública, mesmo quando esta agência esteve orientada para atender os objetivos militares dos norte-americanos. Isto porque, “sanear a Amazônia” para produzir borracha, significou, na prática, a construção de uma rede de unidades sanitárias objetivando o controle da malária. A construção desta rede de postos e centros de saúde na imensidão de regiões isoladas do país – os assim chamados “sertões” – nos permite afirmar que o exclusivo objetivo militar original dos norte-americanos

⁶ Health and Sanitation Program Agreement Between the United States of America and Brazil, Effected by Exchange of Notes Signed at Washington, March 14th, 1942, Department of State Publication 2063, Executive Agreements Series 372, pp. 1-3.

⁷ Sumner Welles to the Department of State, March 19, 1942, pp.2-3, FDR Library, Sumner Welles Papers, Latin American Files, 1919-1943, Box 169.

recebeu outro significado no Brasil.⁸

Isto porque esta rede de unidades de saúde significou a ampliação da presença material do Estado brasileiro na região amazônica, onde médicos e funcionários do SESP eram os únicos contatos das populações com o poder público nacional. 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 neste processo no Brasil, enquanto uma *organização governamental*, 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, os efeitos da contratação de funcionários para as unidades sanitárias do SESP não devem ser menosprezados enquanto fator importante na criação de lealdades com o Estado nacional. Neste caso, não me refiro aos médicos e administradores enviados das capitais, mas aos pequenos funcionários recrutados localmente – guardas sanitários e enfermeiras visitadoras, por exemplo – cujas lealdades políticas estavam, até então, limitadas aos oligarcas locais.

Um outro indicio de transformação dos limites originais do programa foi a produção de pesquisas científicas por cientistas brasileiros e norte-americanos, trabalhando para o SESP. Ressalto aqui, os trabalhos do entomologista brasileiro Leônidas Deane que, entre 1942 e 1946, conduziu pesquisas por todo o vale Amazônico classificando *anofelinos*, avaliando taxas de infecção de *plasmódium* das populações e traçando um mapa da malária na região, ou seja, produzindo informações para o Estado brasileiro. No caso da produção científica, percebemos a importância da atuação dos sanitaristas para a plasticidade dos projetos originais dos *policy makers*. Não estava na agenda original do acordo sanitário a pesquisa científica sobre a malária, mas esta tornou-se inevitável, não apenas para atender os objetivos militares e produtivistas do programa mas também pela ação dos interesses de uma rede de profissionais de saúde pública, quer brasileiros ou norte-americanos.

⁸ Estou utilizando aqui o mais forte dos significados que, no pensamento social brasileiro, adquiriu a categoria “sertão”: a de uma região empobrecida, isolada e abandonada pelo poder público, que precisaria ser “integrada” à nacionalidade. Para o significado sociológico de “sertão” no pensamento social brasileiro ver Lima (1999).

A pesquisa científica e a construção de uma rede de unidades de saúde também foram realizadas a partir de 1943, no vale do Rio Doce, no sudoeste do país. Seguindo os Acordos de Washington, o governo Vargas criou a Companhia Vale do Rio Doce, para explorar os recursos minerais do estado de Minas Gerais e reconstruir a estrada de ferro Vitória-Minas, que corre ao longo do vale. Entretanto, em virtude da prevalência de doenças transmissíveis e da absoluta falta de infra-estrutura sanitária naquela área, políticas sanitárias teriam que ser executadas para proteger os trabalhadores envolvidos na reconstrução da ferrovia e no trabalho de mineração, o que deu origem ao Programa do Rio Doce, contribuindo desta forma, para a integração e ocupação econômica daquela região (Campos, 1998: 523-34). Originalmente pensado para abastecer os exércitos Aliados com minerais estratégicos, o Programa do Rio Doce também nos indica como o SESP serviu aos interesses do governo Vargas. A criação da empresa mineradora e a reconstrução da estrada de ferro estavam plenamente de acordo com os planos de desenvolvimento, enquanto o programa de saúde, ao construir uma rede de unidades, significou a ampliação do *poder infra-estrutural* do Estado brasileiro em um outro “sertão” do país. (Reis, 1991: 43-58).⁹

Apesar de nossa análise focalizar-se no caso brasileiro, é importante acentuar que a ação do Escritório planejado por Rockefeller estendeu-se por praticamente toda a América Latina. Para desenvolver seus programas no subcontinente, o Escritório criou cinco corporações subsidiárias. As corporações tinham vantagens sobre as agências governamentais regulares – como maior flexibilidade orçamentária e de operação no exterior. A primeira destas corporações foi criada, em março de 1942, exatamente para executar o programa sanitário: o Instituto de Assuntos Inter-Americanos (IAIA), cujo presidente era Nelson Rockefeller. O objetivo oficial do Instituto era “*promover a melhoria das condições de saúde dos povos do Hemisfério, em colaboração com seus governos*” (Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, 1947: 231-3). O primeiro país latino-americano a assinar o acordo sanitário com o IAIA foi o Equador, seguido por Bolívia,

⁹ O conceito de poder infra-estrutural, conforme Reis (1991), se refere à capacidade do Estado de penetrar no território e efetivamente implementar suas decisões na sociedade civil.

Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.¹⁰

A importância militar do programa sanitário para os norteamericanos fica evidenciada pelo número de oficiais do exército nele envolvidos, incluindo-se o diretor da divisão de saúde e saneamento do IAIA, general George C. Dunham, do Corpo Médico do Exército. Dunham era doutor em saúde pública pela Johns Hopkins, estudou na Escola de Medicina Tropical em Londres e na Escola Médica do Exército, onde foi também diretor do Departamento de Medicina Preventiva. Também foi diretor dos Laboratórios da *Medical Department Professional Services Schools*, e trabalhou com saúde pública no Canal do Panamá e nas Filipinas (Dunham, 1940). Por sua alta qualificação e experiência, este médico militar tornou-se o grande estrategista do programa de saneamento para a América Latina. Além de diretor da divisão de saúde e saneamento, Dunham também foi vice-presidente do IAIA quando da presidência de Rockefeller e, quando este último deixou esta posição, presidiu o IAIA até agosto de 1945.¹¹

As atividades do IAIA eram realizadas em acordo com os governos das repúblicas latino-americanas a partir de contratos bilaterais e, para executar o programa, cada república signatária criou uma agência cooperativa chamada, na maioria dos países latino-americanos, de *Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Publica*. Estas agências eram subordinadas formalmente aos Ministérios da Saúde locais, mas tinham bastante autonomia na prática (Institute of Inter-American Affairs, 1949: 4).¹² O

¹⁰ A Principle for Peace: New pattern for cooperation between Nations, Health and Sanitation Division Newsletter, nº 77 (August 1945): 4. Os únicos países latino-americanos que não assinaram acordos sanitários com os EUA foram a Argentina e Cuba.

¹¹ Dr. George C. Dunham resigns: Colonel Harold B. Gotaas is the new president of the Institute of Inter-American Affairs, Health and Sanitation Division Newsletter, nº 78 (September 1945): 1.

¹² O nome *Servicio Cooperativo de Salud Publica* foi utilizado na Bolívia, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru. No Chile, a agência foi nomeada *Departamento Cooperativo Inter-Americano de Obra de Salubridad*; no Haiti, *Mission Sanitaire Americaine*; no México, *Dirección de Cooperación Inter-*

representante do IAIA no país era nomeado, pelo governo local, diretor da agência cooperativa, estando subordinado simultaneamente ao ministro da saúde e ao presidente do IAIA, ou seja, a Rockefeller (Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, 1947: 235). No planejamento e execução dos programas existia certa autonomia das agências, pois os projetos eram decididos localmente através de entendimentos entre o representante do IAIA e o ministro da saúde. Ao mesmo tempo, porém, o presidente do IAIA estava constantemente em contato com seus representantes, o que garantia controle sobre as decisões tomadas localmente.

As agências cooperativas eram financiadas por recursos do IAIA e dos governos locais. Inicialmente, as contribuições do IAIA eram muito maiores do que as contribuições dos governos latino-americanos, sendo a relação média, nos primeiros contratos, entre recursos do IAIA e dos governos locais aproximadamente de treze dólares para um.¹³ Gradualmente, a contribuição financeira dos países latino-americanos cresceu em termos relativos e absolutos. Por volta de 1949, a relação havia mudado para uma média de contribuições de um dólar do IAIA para cada três dos governos locais (Institute of Inter-American Affairs, 1947:8-9). A importância do Brasil se reflete no investimento americano: em 1942 e 1943, o IAIA financiou mais de 95 por cento do programa brasileiro. A partir de 1944, a relação alterou-se, sendo a contribuição brasileira cada vez maior. Em 1959 a contribuição financeira norte-americana era simbólica (Brito, 1991: 477).

O SESP no pós-guerra: Guerra Fria, desenvolvimento e saúde pública.

Apesar de planejado originalmente pelo governo Roosevelt como um projeto temporário, relativo ao esforço de guerra, o programa do IAIA sobreviveu à Segunda Guerra Mundial tornando-

Americano de Salubridad Publica; na Venezuela, *Oficina Cooperativo Inter-Americano de Salud Publica* e, no Brasil, Serviço Especial de Saúde Pública. Cf. *Health and Sanitation Division Newsletter*, n.º. 41 (April 1944):1.

¹³ Op cit. nota 9, p. 4.

se um modelo para a política norte-americana durante a Guerra Fria. Naturalmente, os interessados na continuidade daquelas políticas sanitárias encontraram argumentos que justificaram sua manutenção. Nos Estados Unidos, os defensores do acordo sanitário apontavam as vantagens econômicas do acordo, como por exemplo, a ampliação do mercado de produtos farmacêuticos e de produtos da indústria de saneamento. Acrescentavam também, que os acordos protegiam os Estados Unidos ao criar um “cordão sanitário”, isolando aquele país das “doenças tropicais” existentes na América Latina.

Também a nova conjuntura internacional do pós-guerra contribuiu para a sobrevivência e expansão do acordo sanitário entre o IAIA e o SESP. Um argumento que se tornou cada vez mais importante na conjuntura da Guerra Fria era o argumento político: o programa sanitário era um excelente instrumento de combate ao Comunismo, o “novo inimigo” da América. Se, em 1942, tratava-se de combater a ameaça nazista, no pós-guerra, os novos inimigos eram os comunistas. Estes argumentos permitiram que o acordo entre o SESP e o IAIA fosse renovado continuamente até 1960. A ênfase da importância política daquela experiência e o sucesso do programa sanitário foram tão valorizados pelos *policy makers* norte-americanos, que os projetos do IAIA na América Latina transformaram-se em modelo para a política externa desenvolvida com o presidente Truman e seu Ponto IV.¹⁴ Anunciado em 1947, o Ponto IV partia do princípio que o *desenvolvimento* poderia erradicar a pobreza e afastar o perigo do comunismo nos países do Terceiro Mundo.

Segundo Escobar (1995: 21-54), a Guerra Fria provocou uma “redescoberta” da pobreza, a “invenção do subdesenvolvimento” e do “Terceiro Mundo”, e logo a guerra contra a pobreza – cuja grande perigo era o comunismo – substituiu a guerra contra o fascismo na política externa norte-americana. Esta orientação foi anunciada pelo presidente Truman em seu discurso de posse quando declarou que “a pobreza [dos povos do Terceiro Mundo] é uma ameaça para eles e para as áreas mais prósperas do mundo”, enfatizando ser

¹⁴ Louis J. Halle, Jr, Significance of the Institute of Inter-American Affairs in the conduct of U.S. Foreign Policy, Department of State Bulletin of May 23, June 13, June 27, and July 11, 1948, National Archives of the United States (NARA), RG 287, Federal Government/State Department, 1789- , Box S 214.

necessário “tornar acessível aos povos amantes da paz, os benefícios de nossa tecnologia, de maneira a ajudá-los a realizar uma vida melhor”.¹⁵ Truman apontava também que o caminho de realização desta “vida melhor” estava no *desenvolvimento* – esta categoria que emergiu no pós-guerra e logo colonizou o imaginário de políticos, cientistas sociais e do “homem comum”. E, para atingir o desenvolvimento, as ferramentas necessárias a todos os povos do *Terceiro Mundo* – outra categoria que surge no pós-guerra – eram: capital, tecnologia e ciência, onde se inclui a medicina.

Aqui é importante lembrar que o pós-guerra foi marcado pelo chamado “otimismo sanitário”, ou seja, a crença de que as novas descobertas da ciência médica e da tecnologia poderiam vencer as doenças (Garret, 1995:30-52). Esta concepção contribuiu para o estabelecimento de uma relação entre *saúde* e *desenvolvimento*, onde a saúde pública tinha um importante papel a desempenhar, erradicando doenças endêmicas que contribuíam para o *subdesenvolvimento* do Terceiro Mundo (Packard & Brown, 1997:181-194). A campanha mundial pela erradicação da malária – que se acreditava que poderia ser eliminada pela ação do DDT contra os *anofelinos* transmissores – empreendida pela Organização Mundial de Saúde entre 1955 e 1969 é emblemática desta perspectiva.¹⁶

É nesta nova conjuntura internacional da Guerra Fria, de expansão da ideologia do *desenvolvimento* e de “otimismo sanitário” que a continuidade dos acordos SESP-IAIA deve ser compreendida. Entretanto, não devemos entender a continuidade destes acordos a partir simplesmente da política externa norte-americana pois, como vimos, o SESP havia criado fortes raízes e interesses no Brasil. Estes interesses organizaram-se em diversos espaços para defender a continuidade do programa sanitário: na imprensa; no Congresso Nacional; nos legislativos estaduais; nos consulados norte-americanos; junto à embaixada, no Rio de Janeiro; e em congressos científicos e fóruns internacionais. Os defensores do projeto no Brasil enfatizavam, entre outros elementos: a

¹⁵ Discurso de posse de Harry Truman, 20 de janeiro de 1949, citado por Escobar (1995: 3).

¹⁶ A relação entre saúde e desenvolvimento é mais importante, entretanto, como princípio ou crença, do que como uma variável cientificamente testada e comprovada. Para este assunto veja Packard & Brown (1997).

necessidade de continuação de um trabalho em saúde pública que poderia ser perdido ou retroceder, caso interrompido; os efeitos benéficos do projeto sanitário para as relações bilaterais; e, na linguagem da Guerra Fria, a eficácia política do trabalho em saúde pública junto às populações pobres, no combate ao comunismo.

Entretanto, havia uma outra justificativa para a continuidade do SESP que era da maior importância para o governo brasileiro: o papel da agência nos planos de desenvolvimento implementados pelo Estado brasileiro a partir do governo Eurico Gaspar Dutra (1946-1951). Na verdade, como podemos notar, a sobrevivência do SESP no pós-guerra estava ligada ao papel que já cumpria desde sua origem, ou seja, o de promover saúde pública em regiões de fronteira econômica. O que percebemos é uma acentuação deste papel na década de 1950, quando os economistas e *policy makers desenvolvimentistas* incorporaram o conceito neoclássico de trabalho como “capital humano”, sendo a saúde do trabalhador considerada “investimento” e “fator de desenvolvimento” (Lafer, 2002). Estabelece-se, a partir daí, de forma inequívoca uma associação entre políticas sanitárias e projetos de desenvolvimento, sendo os baixos índices de saúde dos brasileiros, explicitamente identificados no discurso político como obstáculos ao desenvolvimento econômico.¹⁷ Ao mesmo tempo, ao levar saúde pública para os “sertões” do Brasil, o SESP continuava a ser também um instrumento da expansão da capacidade *infra-estrutural* do Estado nacional.

Durante a década de 1950, com o desenvolvimentismo hegemônico do segundo governo Vargas (1951-1954) e na administração de Juscelino Kubitschek (1956-1961), com seu Plano de Metas, o SESP tornou-se o grande prestador de serviços de saúde pública em regiões-alvo dos planos desenvolvimentistas

¹⁷ A partir do Plano SALTE, elaborado no governo Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), os projetos brasileiros de desenvolvimento incorporaram o conceito neoclássico do trabalho como “capital humano”. Neste Plano, estabeleceu-se de forma inequívoca a subordinação das políticas sanitárias às diretrizes dos interesses produtivos, pois não apenas os baixos índices de saúde dos brasileiros foram explicitamente identificados como obstáculos ao desenvolvimento econômico, como também as políticas de saúde foram apontadas como respostas para resolver esta equação. SALTE é o siglema para Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (PENNA, 1977: 16).

do Estado brasileiro. A partir de 1946, o SESP beneficiou-se dos fundos constitucionais para as regiões subdesenvolvidas criados pela então nova constituição democrática e, em 1949, a agência assinou o primeiro contrato com estados do nordeste para “organizar serviços de saúde pública em áreas de importância econômica e qualificar pessoal para os departamentos de saúde estaduais.”¹⁸ No sentido de estimular o desenvolvimento econômico do Nordeste, o governo criou a Comissão de Valorização do Vale do São Francisco. Em 1950, esta Comissão assinou um contrato com o SESP, objetivando “incorporar o enorme potencial econômico [do vale] ao progresso brasileiro”, através da “organização e administração de serviços de saúde e saneamento”.¹⁹ A continuidade das políticas desenvolvimentistas como também o papel do SESP no fornecimento de saúde pública básica para as populações das regiões-alvo daquelas políticas, aprofundaram-se ainda mais quando da criação em 1959, da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, a tão conhecida SUDENE.

O SESP também expandiu-se com os planos de desenvolvimento da Amazônia, implementados a partir de 1953, quando da organização da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia, momento em que aquela agência passou a receber recursos constitucionais para organizar serviços de saúde na região. Os contratos incluíam diversos serviços tais como a construção de postos e centros de saúde, assim como projetos de engenharia sanitária.²⁰ Os programas voltados para o campo da engenharia sanitária tornaram-se, inclusive, dos mais importantes nas regiões nas quais o SESP atuou e tinham explicitamente uma perspectiva de estímulo à produção econômica pois, como os próprios contratos enfatizavam, as doenças transmitidas pela água eram “extremamente debilitantes para a capacidade de trabalho”.²¹

¹⁸ “Termo de encerramento e sumário final do Serviço Especial de Saúde Pública”. Arquivo Histórico da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (AHFSESP), Casa de Oswaldo Cruz (COC), Série Administração, pasta 55, caixa 6, p. 4.

¹⁹ Os termos do convênio entre a comissão do São Francisco e o SESP, Boletim do SESP, nº 36, (1946): 3.

²⁰ SESP, descrição do projeto PA-BEL-22, 281-54, AHFSESP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária pasta 52, caixa 24.

²¹ First Inter-American Sanitary Engineering Conference, Health and Sanitation

Em síntese, a continuação do projeto sanitário do IAIA-SESP no Brasil após o término da Segunda Guerra, deveu-se às novas funções que estas agências desempenharam num mundo marcado pela Guerra Fria, pela “invenção do subdesenvolvimento” e “redescoberta da pobreza”, e pela crença na ciência e tecnologia como instrumentos capazes de derrotar a pobreza e a doença. A expansão das políticas de saúde do SESP no Brasil deveu-se, principalmente, à sua ligação com os programas estatais de *desenvolvimento* elaborados para as regiões mais *subdesenvolvidas* do país – o Norte e o Nordeste. Esta estratégia permitiu ao SESP tornar-se uma importante agência de saúde pública, além de um modelo de administração sanitária no Brasil. Por último, não podemos deixar de enfatizar que, ao levar saúde pública para áreas de fronteira econômica, o SESP continuava a ser um instrumento de expansão da autoridade do Estado brasileiro. A construção de uma rede material de unidades sanitárias, os projetos de engenharia sanitária, assim como programas de qualificação profissional do SESP, favoreceram a ampliação da capacidade infra-estrutural do Estado e, portanto, foram instrumento de ampliação da autoridade pública no país.

O SESP e o modelo horizontal e integrado de atendimento à saúde.

Durante toda a década de 1950, ao integrar-se aos planos de desenvolvimento do Estado brasileiro, o SESP criou uma rede horizontal de unidades de saúde, inspirada no modelo americano dos centros distritais. Este projeto de administração sanitária pode ser percebido em um documento de 1948, elaborado pelo representante do IAIA no Brasil, o médico sanitário Eugene Campbell. Nele, o sanitário apontava como sendo o *novo* objetivo do SESP no pós-guerra, “trazer aceitação nacional [no Brasil] de *nossa* moderna e integrada abordagem dos problemas de saúde”. O documento tem uma concepção difusionista não apenas ao entender que caberia ao SESP importar o modelo americano de

administração sanitária, mas também por compreender a agência brasileira como um modelo capaz de *demonstrar* e *difundir* moderna saúde pública aos departamentos de saúde dos estados brasileiros.²²

Apesar da pretensão *civilizatória* do documento, que poderia iludir aqueles que, com uma concepção simplista e conspiratória da história analisariam o SESP como uma agência americana encarregada de importar um modelo estrangeiro para o Brasil, é necessário lembrar aqui, dois pontos importantes. Primeiro, se houve influência do programa sanitário do IAIA nas políticas de saúde do Brasil – como de fato houve – isto não significou simplesmente uma transposição de um modelo para o Brasil. A diversidade política, cultural e as condições econômicas locais, além da tradição sanitária brasileira, diversa da americana, determinaram uma *transação* e não uma simples reprodução. Segundo, como já indicamos anteriormente, o SESP estava plenamente integrado ao projeto da Era Vargas de construção da nação e do estado nacional brasileiro. A expansão do modelo horizontal permanente nos departamentos de saúde estaduais – sugerido pelo documento de Campbell – estava absolutamente em sintonia com as reformas de saúde pública promovidas pelo ministro Gustavo Capanema, reformas estas que estavam inseridas num programa geral de reorganização da administração pública, cujo objetivo era racionalizar, normatizar e coordenar ações nas três esferas administrativas, numa perspectiva centralizadora de ampliação da capacidade do poder público em atuar em todo território nacional (Hochman e Fonseca, 2000).²³

É neste sentido que podemos entender o projeto de *modernização* da saúde pública elaborado pelo SESP, onde quatro

²² Eugene P. Campbell, Planning for the Future of SESP, NARA, Department of Basic Economy, Reports on Planning for the Future, (E-138), Box 1499, pp. 2-3. Os grifos em itálico são meus.

²³ Estes autores analisam as reformas de Capanema no Ministério da Educação e Saúde, mostrando como estas estavam integradas num projeto do Estado Novo de expansão e reforço da autoridade estatal e da centralização política. Também demonstram que, depois da segunda reforma de Capanema, em 1941, a estrutura da administração sanitária brasileira não sofreria grandes mudanças até pelo menos 1953, quando se separam as áreas da saúde e educação, com a criação do Ministério da Saúde.

estratégias se destacavam: qualificação de pessoal de saúde, educação sanitária, construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de saúde e expansão desta rede nos departamentos de saúde estaduais. A materialização destas quatro estratégias nos mostra também como o projeto original planejado pelos *policy makers* americanos foi plasmado pela realidade brasileira, numa verdadeira *antropofagia* entre as duas tradições sanitárias (Tota, 2000).²⁴

Para a qualificação de pessoal, inicialmente, concedeu-se bolsas de estudos para médicos, engenheiros sanitários e enfermeiras brasileiras nos Estados Unidos. Posteriormente, enfatizou-se o treinamento profissional de médicos e engenheiros sanitários no Rio de Janeiro e em São Paulo, enquanto enfermeiras passaram a ser formadas nas novas escolas de que o SESP organizou – inclusive com a colaboração da Fundação Rockefeller – em diversas capitais do país. O treinamento nos Estados Unidos a partir daí, limitou-se a cursos de pós-graduação. Entretanto, além de formar médicos, engenheiros e enfermeiras, o projeto de qualificação também envolvia a formação de profissionais de nível intermediário: guardas sanitários, técnicos de laboratório, auxiliares de saneamento, enfermeiras auxiliares e visitadoras sanitárias. Em sintonia com a expansão da rede permanente nos estados, estes cursos eram realizados em parceria entre o SESP e os departamentos de saúde estaduais.²⁵

O programa de formação de enfermeiras é um bom exemplo desta *transação* realizada entre os projetos internacionais e a realidade local. Para que se tenha uma idéia da pretensão original dos norte-americanos, basta citar o relatório do IAIA que avaliou a situação do ensino de enfermagem no Brasil. Segundo este relatório, a virtual inexistência de enfermeiras profissionais era um grande empecilho para a modernização dos sistemas de saúde na América Latina e, a partir deste diagnóstico, o IAIA simplesmente pretendia “assegurar a uniformização de padrões de enfermagem no

²⁴ Para pensar esta troca entre as duas culturas, utilizei aqui o livro de Antonio Pedro Tota, que estudou as relações culturais Brasil-Estados Unidos no contexto da política da Boa Vizinhança, utilizando-se do conceito de *antropofagia* cultural para analisar a troca cultural resultante daquela política.

²⁵ IAIA, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, Nurses Training Project, NARA, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

Hemisfério Ocidental”.²⁶ Entretanto, apesar desta pretensão, o Programa de Enfermagem do SESP, apesar de notável, não se concretizou na forma planejada pelos burocratas da saúde pública – quer americanos ou brasileiros – sendo remodelado e transformado pela realidade local. As dificuldades começavam, por exemplo, durante o curso de formação: apesar da exigência de dedicação integral das estudantes, o pequeno valor das bolsas de estudo impedia que muitas candidatas a enfermeiras terminassem o curso.²⁷ Quando formadas, os baixos salários eram obstáculos à exigência original de empregos em tempo integral. Já em 1949, as enfermeiras da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, reclamavam de receber o “menor salário do estado”.²⁸ O problema persistiu, pois, em 1953, aquelas profissionais reivindicavam trabalhar apenas cinco horas por dia para que pudessem trabalhar em outro emprego.

Um outro item que não atendia as expectativas originais do projeto dos *policy makers*, estava na origem social das enfermeiras. O Programa de Enfermagem, inspirado na realidade americana, tinha como alvo mulheres de classe média com ensino secundário completo. Entretanto, no Brasil, esta realidade mostrou-se bastante diversa. O número de boas posições na nova carreira era muito limitado e as moças de classe média preferiam o magistério, então uma profissão mais respeitada e bem paga. Por outro lado, muitas jovens de classe inferior, apesar de desejosas de ingressar numa escola de enfermagem, encontravam barreiras educacionais e culturais. A nova escola de enfermagem de Niterói, por exemplo, não conseguiu matricular uma única estudante no segundo semestre de 1945 – todas as candidatas foram rejeitadas por não terem o segundo grau completo.²⁹

No interior do país, padrões culturais e laços familiares

²⁶ The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division, Health and Sanitation Division Newsletter, n° 29, (1943): 1.

²⁷ Maria da Rosa Pinheiro, Relatório da Divisão de Enfermagem, junho setembro de 1953, AHFSESP, COC, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9.

²⁸ Rodolfo Mascarenhas para Marcolino Candau, 9 de dezembro de 1949, AHFSESP, COC, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9.

²⁹ Aurora Afonso Costa, Relatório encaminhado ao presidente e membros da comissão administrativa da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, 3 de julho de 1946, AHFSESP, COC, Série Administração, Pasta 85, Caixa 9.

tradicionais também dificultavam os planos originais do Programa, como por exemplo em Manaus, onde as famílias não aceitavam o regime de internato imposto às estudantes. Em Minas Gerais, nos cursos de formação de visitadoras, as jovens só eram autorizadas pela família a freqüentarem as aulas, se acompanhadas por parentes.

Para o treinamento de “enfermeiras visitadoras”, cursos de curta duração foram organizados nas unidades de saúde. Às visitadoras eram ensinados os elementos básicos de higiene e cuidados médicos, sendo treinadas para persuadir sua clientela a abandonar as práticas de cura tradicionais e aceitar a medicina científica. Aqui, outra vez, as expectativas originais dos planejadores tiveram que negociar com a realidade local, por exemplo, no caso dos ensinamentos dietéticos ensinados nos cursos para formação de visitadoras, e que estas, supostamente, deveriam reproduzir para sua clientela. Por se mostrarem estranhos aos padrões culturais das classes populares e, por outro lado, levando-se em conta a diversidade regional do país, o padrão da “dietética científica” teve que ser abandonado. Compromissos e adaptações com a cultura popular e a diversidade regional tiveram que ser feitos. O caso das parteiras talvez seja o mais exemplar destes compromissos. As *curiosas* – como eram chamadas as parteiras – simplesmente não podiam ser excluídas de suas comunidades pelo projeto *modernizador*, restando as visitadoras cooptá-las através de treinamento e controle.

A educação sanitária para adultos, realizada pelo projeto de *modernização* da saúde pública brasileira no interior do país, é também um bom exemplo da *antropofagia*, pela realidade local, das estratégias e tecnologias internacionais do SESP. O alto índice de analfabetismo existente no país tornava inútil a distribuição de material impresso para as populações rurais. Mesmo o uso do rádio – que poderia atingir iletrados – tinha, na década de 1950 no interior do Brasil, muitas limitações, dado o pequeno número de aparelhos, o reduzido alcance das estações de rádio e a falta de energia elétrica em vastas regiões. O cinema educativo realizado com filmes norte-americanos mostrou-se mais factível ao público urbano do que às populações rurais, não apenas pelas limitações técnicas já apontadas, mas também porque as populações adultas do interior tinham dificuldades em seguir a intensa movimentação dos filmes

produzidos pelos americanos. No campo da educação em saúde para adultos, a mais eficaz resposta do projeto do SESP no interior brasileiro foi obtida através da utilização de diapositivos sonoros, produzidos por técnicos brasileiros, com a utilização de música e imagens regionais. Esta resposta nacional pôde suplantar a ineficácia dos métodos e tecnologias importadas e permitiu que histórias com conteúdo educativo fossem “contadas” nas praças públicas das pequenas vilas, integradas às atividades tradicionais das comunidades rurais brasileiras.³⁰

O modelo do SESP encontrava materialidade na rede horizontal e permanente de unidades de saúde. Estas unidades – centros, postos e sub-postos – proveriam diversos serviços de saúde, incluindo assistência médica. A unidade mais importante desta rede era o centro de saúde, que deveria funcionar como uma pequena clínica, ou seja, realizaria o controle de doenças, condições de saneamento, prestaria atendimento às gestantes e crianças, faria pesquisa epidemiológica e de estatística vital, além de prover educação sanitária para sua clientela. Nas palavras de um dirigente do SESP, os centros de saúde deveriam ser “pólos de irradiação” de um programa voltado para a família.³¹

Os centros de saúde do SESP seguiam o modelo originado nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX.³² Porém, apesar da inspiração no modelo americano, observamos aqui, mais uma vez, a necessidade de adequação do projeto à realidade brasileira. Basicamente existiram duas grandes diferenças entre o modelo de rede horizontal de unidades de saúde no Brasil e nos Estados Unidos: neste país, os centros de saúde forneciam apenas medicina preventiva, enquanto que no Brasil, providenciavam ambas: medicina preventiva e curativa. A outra diferença importante era: enquanto nos Estados Unidos este modelo de atenção à saúde era organizado e subvencionados nos municípios, no Brasil coube aos estados e o governo federal – onde se inclui o SESP - organizar e financiar a rede de unidades sanitárias. No Brasil da década de 1950, a inexistência de uma sociedade civil organizada e de municípios politicamente fortes e economicamente autônomos,

³⁰ A experiência dos *slide sounds* na Amazônia, Boletim do SESP, nº 21, (1945): 1.

³¹ E. H. Christopherson, Os centros de saúde, Boletim do SESP, nº 21, (1945): 1.

³² Para a descrição do modelo dos centros de saúde, ver Rosen (1980).

pode explicar esta diferença. Neste sentido, diferentemente dos Estados Unidos, em nosso país, apesar da intenção administrativa descentralizada das unidades de saúde, a rede horizontal de saúde foi criada a partir de uma “organização descendente”, ou seja, do Estado para a sociedade. Tratava-se de uma estrutura descentralizada administrativamente, porém subordinada a uma altamente centralizada e normativa estrutura de saúde federal.³³

No que tange a questão medicina preventiva *versus* curativa, inicialmente, o SESP – seguindo o modelo do IAIA – tentou fornecer apenas medicina preventiva na sua rede sanitária. Entretanto, isto mostrou-se impossível no Brasil onde, frequentemente, o médico da unidade de saúde era o único a atender em uma vasta região. Na Amazônia, por exemplo, a provisão exclusiva de medicina preventiva nunca pode ser realizada devido à pressão do “grande número de pacientes que vinham das localidades vizinhas em busca de atendimento médico”.³⁴ Diante desta realidade, o SESP logo abandonou oficialmente este traço original do modelo americano. Sua Conferência de Organização Sanitária, em 1948, decidiu que a medicina curativa seria incorporada ao sistema, inclusive como estratégia de atrair a população, “influenciando-a na aceitação de medidas requeridas pela medicina preventiva”.³⁵

Para expandir o modelo da rede horizontal e permanente, o SESP passou a “demonstrar moderna saúde pública” em nível local, ao assinar contratos com os estados brasileiros a partir de 1949, com o objetivo de construir uma rede permanente “em áreas de importância econômica”.³⁶ Nestes acordos, o SESP e os governos estaduais dividiam responsabilidades na construção e manutenção das unidades sanitárias, enquanto que o SESP providenciava assistência técnica, qualificava pessoal e administrava inicialmente a

³³O que estava perfeitamente de acordo com as reformas normativas e centralizadoras realizadas pelo ministro Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública.

³⁴SESP, Final summary and completion agreement of project AM-XAP-4. Operation of Health Center, Xapuri, Acre, Brazil. December, 15, 1950, AHFSESP, COC, Série Assistência Médico-Sanitária, Pasta 37, Caixa 22, p. 2.

³⁵ Conferência de organização sanitária realizada no Serviço Especial de Saúde Pública entre 12 e 17 de abril de 1948, Revista do SESP, nº1, (1948): 1095.

³⁶ Henrique Maia Penido, O Serviço Especial de Saúde Pública e suas realizações no Brasil, Revista do SESP, nº. 10, vol. 2, (1959): 355-6.

rede. A perspectiva era a de que os departamentos de saúde estaduais assumissem total responsabilidade sobre a rede, quando capacitados financeira e tecnicamente.

Uma outra experiência para a difusão do modelo foi implementada a partir de 1954: convênios do SESP com os estados criavam os Serviços Cooperativos de Saúde, concebidos como “agências especiais” dentro dos departamentos de saúde estaduais. Financiados pelo SESP e pelo estado conveniado, objetivavam “modernizar a administração sanitária”, através da padronização técnica e administrativa e de formação de pessoal qualificado. Um sanitarista indicado pelo SESP dirigia o Serviço até que o estado assumisse responsabilidade pela rede. Com este modelo, o SESP reproduzia com os estados brasileiros, sua relação original com o IAIA.

Notemos que a estratégia do SESP de “modernizar a administração sanitária”, utilizando-se de convênios com os departamentos estaduais de saúde, estava plenamente em sintonia com as diretrizes da reforma sanitária implementada pelo ministro Gustavo Capanema durante sua administração entre 1934 e 1945. Com ela, o governo federal objetivava fiscalizar o campo da saúde por todo o território nacional. Em síntese, ao expandir a rede sanitária pelas regiões-alvo dos projetos de desenvolvimento e ao firmar convênios onde qualificava pessoal e padronizava normas técnicas e administrativas no campo da saúde, o SESP estava plenamente integrado ao projeto de construção do Estado nacional da Era Vargas.

Epílogo

Apesar de originalmente pensado pelos americanos como uma agência temporária, com o objetivo de melhorar as condições sanitárias em regiões produtoras de matérias primas estratégicas como borracha e ferro, o SESP nunca se limitou a este papel. Os diferentes interesses entre os dois países, além das particularidades da cultura, da economia e da tradição sanitária local, determinaram uma *transação* entre as estratégias americanas e as respostas locais. O contexto político e institucional do Estado Novo nos

permite uma compreensão melhor das condições nas quais os americanos negociaram o acordo sanitário: em 1942, quando da criação do SESP, havia uma ditadura nacionalista no Brasil e um governo empenhado num projeto de desenvolvimento econômico e fortalecimento do Estado nacional. Além disto, o IAIA não agiu num vazio institucional e científico, pois o Brasil já tinha uma tradição nesta área desde a época de Oswaldo Cruz. Também no campo da administração sanitária, existia um movimento crescente de ação do Estado que, acentuando-se a partir da década de 1920, acelerou-se com a Revolução de 1930 (Hochman, 1998). Quando da assinatura do acordo sanitário com o IAIA em 1942, o governo Vargas já havia criado o Ministério de Educação e Saúde Pública (1930), cujas diretrizes político-administrativas, já haviam sido objeto de duas reformas pela administração de Gustavo Capanema (Hochman e Fonseca, 2000).

Na conjuntura de Guerra Fria e da “invenção do subdesenvolvimento” (Escobar, 1995), o SESP reorientou seus objetivos para a criação de uma rede integrada e permanente de atendimento à saúde, em áreas *subdesenvolvidas* do Brasil. Neste sentido, coube ao SESP prover saúde pública básica as populações residentes nas regiões-alvo dos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro, especialmente na década de 1950. Como vimos estes planos incorporavam o conceito neoclássico do trabalho como “capital humano”, sendo a saúde do trabalhador considerada como um dos “fatores” do desenvolvimento econômico (Lafer, 2002).

Neste processo de fortalecimento da *capacidade infra-estrutural* do Estado brasileiro (Reis, 1991), foi importante o trabalho do SESP ao construir uma rede horizontal e permanente de unidades de saúde, atingindo populações até então isoladas na vastidão dos *sertões* (Lima, 1999) brasileiros, especialmente no norte e nordeste do país.

Apesar da intenção original do IAIA de fazer do SESP um instrumento da *aceitação nacional* no Brasil do modelo de administração sanitária norte-americano, as intenções civilizatórias e difusionistas do IAIA foram permanentemente revistas e renegociadas em função da realidade e das tradições nacionais. Ao levar saúde pública para os *sertões* do Brasil, o SESP continuava a ser um instrumento de expansão da autoridade pública, ou seja, continuava a desempenhar o papel de fortalecer a capacidade *infra-*

estrutural do Estado brasileiro.

Bibliografia:

BASTOS, N. C. Brito. *SESP/FSESP: Evolução histórica*. Recife: Comunicarte, 1993.

BLUMENTAL, Michael D. *The Economic Good Neighbor: Aspects of the United States Economic Policy Toward Latin América in the Early 1940's as Revealed by the Activities of the Office of Inter-American Affairs*. Phd. Dissertation, University of Wisconsin, 1968.

BRASIL, Ministério da Saúde/Fundação Serviços de Saúde Pública. *Normas legais e regulamentares da fundação SESP, 1942-1979*. Rio de Janeiro: FESP, 1979.

CAMPOS, André Luiz Vieira. The Institute of Inter-American Affairs and its health policies in Brazil during World War II. *Presidential Studies Quarterly XXVIII (3)*: 523-34, 1998.

CORSI, Francisco Luiz. *Estado Novo: política externa e projeto nacional*. São Paulo: Ed. Unesp/Fapesp, 2000.

DUNHAM, George C. *Military Preventive Medicine*. Harrisburg, PA: Military Service Publishing Company, 1940.

ERB, Claude C. Prelude to Point Four: The Institute of Inter-American Affairs. *Diplomatic History 9*, (no. 3): 249-69, 1985.

ESCOBAR, Arturo *Encountering Development*. The making and unmaking of the Third World. Princeton: Princeton University Press, 1995.

GARRET, Laurie. *The Coming Plague: newly emerging diseases in a*

world out of balance. New York: Peguin Books, 1995.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec/Anpocs, 1998.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, Ângela M. de Castros (ed). *Capanema: o Ministro e seu Ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, pp. 173-193, 2000.

INSTITUTE OF INTER-AMERICAN AFFAIRS. *The Program of the Institute of Inter-American Affairs*. Washington, DC, GPO, 1949.

LAFER, Celso. *JK e o Programa de Metas, 1956-1961: processo de planejamento e sistema político no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2002.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ, 1999.

OFFICE OF THE COORDINATOR OF INTER-AMERICAN AFFAIRS. *The History of the Office of Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, DC, GPO, 1947.

PACKARD, Randall; BROWN, Peter. *Rethinking Health, Development, and Malaria: historicizing a cultural model in international health*. *Medical Anthropology* 17 (3): 181-194, 1997.

PENA, Maria Valério Junho. Saúde nos planos nacionais de desenvolvimento brasileiro. *DADOS* (16): 69-96, 1977.

REIS, Elisa. Poder privado e construção do Estado na Primeira República. In: BOSCHI, Renato R. (ed.) *Corporativismo e Desigualdade: a construção do espaço público no Brasil*. Rio de Janeiro, Rio Fundo/IUPERJ: 43-68, 1991.

ROSEN, George. O primeiro centro comunitário de centro de saúde: ascensão e queda, in George Rosen, *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro, Editora Graal, pp. 371-401, 1980.

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Boletim comemorativo do 10º aniversário do SESP do Ministério da Educação e Saúde, 17 de julho de 1952*. Rio de Janeiro: MES, 1952.

SOPER, Fred Lowe. *Venture in World Health: The Memoirs of Fred Lowe Soper*. Edited by John Duffy. Washington, Pan American Health Organization, 1977.

TOTA, Antonio Pedro. *O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da Segunda Guerra*. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

TILLY, Charles. Reflections on the History of Europeans State-making. In: Charles Tilly (ed.) *The Formation of National States in Western Europe*. Princeton, Princeton University Press: 3-83, 1975.

VAN de MARK, Brian S. *Anxious Days: The Foreign Policy Debate in America During the Summer of 1940*. Master's thesis, The University of Texas at Austin, 1983.

Abstract:

This article analyzes the history of the Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) during the 1940s and 1950s, a Brazilian-American agency of public health, created on the onset of World War II to develop health policies in production areas of raw materials for the war effort. Although it was planned only as a temporary agency for the war effort, SESP survived in the new political juncture of Cold War, and focused in building a *modern* public health administration in Brazil, modeled by the American system of health centers. This was especially important during the 1950s, when the agency was strongly linked to the Brazilian plans of national development. Although it's international links and policies, SESP policies in Brazil were never only a copy of the American public health system. Cultural differences between Brazil and the United States led those policies to a permanent negotiation and adaptation.

Key Words:

History; public health; Brazilian - American relations; Vargas administration

A cidade de Pelotas (RS) e as suas epidemias..
