

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI
CAMPUS POETA TORQUATO NETO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
COORDENAÇÃO DO CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA

EMERSON LUIS DE SOUSA LEMOS

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA: Cooperação em saúde no Estado do
Piauí (1956-1960)

TERESINA

2025

EMERSON LUIS DE SOUSA LEMOS

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA: Cooperação em saúde no Estado do
Piauí (1956-1960)

Monografia apresentada junto ao curso de
Licenciatura Plena em História da
Universidade Estadual do Piauí – UESPI,
para obtenção do título de graduação.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Valtéria
Melo Alvarenga

TERESINA
2025

EMERSON LUIS DE SOUSA LEMOS

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA: Cooperação em saúde no Estado do Piauí (1956-1960)

Monografia apresentada junto ao curso de Licenciatura Plena em História da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, para obtenção do título de graduação.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Antonia Valtéria Melo Alvarenga (Orientadora)
Doutora em História Social
Universidade Estadual do Piauí

Prof. Dr. João Batista Vale Junior
Doutor em História Social
Universidade Estadual do Piauí

Prof. Me. Gabriel Rocha da Silva
Mestre em História do Brasil
Universidade Federal do Piauí

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela dádiva da vida e pela oportunidade de aprender, dia após dia, com tudo o que essa passagem terrena nos proporciona.

Aos meus pais, Luis e Maria, sou imensamente grato pelo amor, pelos cuidados e pelos ensinamentos que me acompanham até hoje. Sem a permissão divina e o apoio incondicional dos meus genitores – especialmente da minha amada mãe –, provavelmente não teria conseguido chegar até aqui.

Estendo meus agradecimentos familiares aos meus irmãos, Edson e Erbênia, e ao meu cunhado, Carlos Alberto, pelo apoio e incentivo constantes, mesmo à distância.

Aos amigos, deixo minha mais sincera gratidão. Em especial, aos meus melhores amigos Eduardo e Teyllon, que caminham ao meu lado desde o início da década passada, sempre torcendo pelo meu bem. Igualmente, sou grato aos amigos Denilson, Gabriel, Juliana e Kleoson, cuja amizade levo com muito apreço.

Tenho ainda um carinho especial pelos colegas e amigos de curso. Na minha “primeira fase”, destaco Bruno, Gustavo, Laura e Wesley, com quem construí laços que ultrapassaram os muros da universidade e permanecem firmes até hoje. Já na “segunda fase”, compartilhei bons momentos com as amigas Rayane e Ramikele, especialmente nesta reta final.

Não posso deixar de mencionar e agradecer à Mirla – embora não esteja mais presente no meu convívio, foi uma das maiores inspirações para que eu ingressasse neste curso.

Aos professores que tanto admiro na Universidade Estadual do Piauí, dedico um agradecimento especial.

Primeiramente, à professora Antonia Valtéria Melo Alvarenga. Além de orientadora, foi com ela que tive as primeiras oportunidades de participar de pesquisas de iniciação científica e eventos acadêmicos, os quais contribuíram para a realização deste trabalho. Foi também ela quem, ao saber que eu havia trancado o curso, me incentivou a reintegrá-lo e concluir a graduação. Desde o início, demonstrou uma visão de crescimento e cuidado para com seus alunos, enxergando além da graduação. Até hoje, sigo aprendendo com suas palavras e orientações. É, sem dúvida, uma das pessoas que mais admiro e respeito, dentro e fora da universidade.

Também agradeço ao professor João Batista Vale Junior. Foram suas aulas iniciais que me fizeram perceber que o mundo e as ideias consideradas 'politicamente corretas' estão longe de serem isentas de críticas ou contradições. Suas aulas e reflexões me marcaram profundamente – não apenas como estudante, mas como ser humano. Gostaria, inclusive, de continuar aprendendo com o senhor, seja sobre fatos históricos ou sobre como ser um profissional e uma pessoa melhor.

Em relação a esses dois professores, pode ser que eu não tenha sido o melhor aluno, mas tenho certeza de que fui – e continuarei sendo – um dos que mais os admiram e respeitam. Nunca tive motivos para expressar qualquer opinião negativa sobre vocês. A ambos, meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço também ao professor Antonio Mauren Vaz Verçosa de Melo, com quem aprendi – e ri – bastante, especialmente sobre a história do Piauí e sobre a vida. E à professora Viviane Pedrazzani, que desde o início esteve comprometida em nos orientar e oferecer os melhores caminhos para o exercício do nosso ofício. Aos demais professores que estiveram presentes na minha graduação, meus agradecimentos.

Gostaria também de agradecer à minha professora de História do ensino médio, Nercinda, que, mesmo sem saber, me inspirou a escolher esse curso. Até hoje, guardo na memória o quanto suas aulas eram envolventes.

E, por fim, nada mais justo do que encerrar estes agradecimentos da mesma forma como os iniciei: sendo grato a quem mais devo gratidão – a Deus. Muito obrigado!

RESUMO

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, visava inicialmente garantir condições sanitárias nas regiões da Amazônia e do Vale do Rio Doce, protegendo trabalhadores estratégicos e soldados norte-americanos. Com o tempo, sua atuação se expandiu para outros estados, incluindo o Piauí. Assim, o objetivo geral deste trabalho foi analisar como ocorreu a integração do Estado do Piauí nas ações de saneamento desenvolvidas pelo SESP na década de 1950. Especificamente, buscou-se discutir o contexto e a finalidade da inserção do SESP no Piauí, caracterizar a realidade sanitária do estado durante nessa década e identificar os resultados obtidos a partir da atuação entre os anos de 1956 e 1960. Além disso, procurou-se analisar, ainda que brevemente, a trajetória da saúde pública no Brasil durante a primeira metade do século XX. Metodologicamente, tratou-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa, ainda que amparada por dados quantitativos. Isso se deve à contribuição de diversos autores que, no campo da historiografia, colaboram para o entendimento da saúde pública no Brasil e do papel desempenhado pelo SESP nesse processo desde a sua criação, como Alvarenga (2013), Bastos (1996), Campos (2006), Fonseca (2006), Hochman (2012), Peçanha (1976), entre outros. Enquanto que os documentos primários, constitui-se, basicamente, de mensagens de governo, decretos e leis federais e documentos disponibilizados nos órgãos de saúde. Por fim, os resultados obtidos foram satisfatórios, apontando para uma contribuição significativa do SESP no cenário da saúde pública estadual, apesar das limitações de fontes.

Palavras-chave: Estado; Piauí; saúde pública; SESP.

ABSTRACT

The Special Public Health Service (SESP), created in 1942, initially aimed to ensure sanitary conditions in the regions of the Amazon and the Rio Doce Valley, protecting strategic workers and U.S. soldiers. Over time, its operations expanded to other states, including Piauí. Thus, the general objective of this study was to analyze how the State of Piauí was integrated into the sanitation actions carried out by SESP during the 1950s. Specifically, the study sought to discuss the context and purpose of SESP's insertion in Piauí, characterize the sanitary conditions of the state during that decade, and identify the results obtained from its activities between 1956 and 1960. Additionally, a brief analysis of the trajectory of public health in Brazil during the first half of the twentieth century was also pursued. Methodologically, this was a bibliographic and documental research with a quantitative approach, although supported by quantitative data. This is due to the contribution of various authors who, in the field of historiography, help to understand public health in Brazil and the role played by SESP in this process since its creation, such as Alvarenga (2013), Bastos (1996), Campos (2006), Fonseca (2006), Hochman (2012), Peçanha (1976), among others. Primary documents mainly consisted of government messages, federal decrees and laws, and documents made available by health agencies. Finally, the results obtained were satisfactory, pointing to a significant contribution of SESP in the state public health scenario despite limitations in sources.

Keywords: State; Piauí; public health; SESP.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1 – Registro do acampamento dos integrantes - Entre eles Belisário Penna e Arthur Neiva Piauí - 1912	19
Fotografia 2 – Fachada da Seção Fluvial - Proximidades do Rio Guamá - Belém (PA)	32
Quadro 1 – Estrutura organizacional do SESP (1946)	35
Mapa 1 – Programa da Amazônia - Sede dos distritos sanitários (1942-1945)	31
Mapa 2 – Mapa de atuação do Programa da Amazônia (1952).....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAETA	- Comissão Administrativa de Encaminhamento de Trabalhadores Para a Amazônia
DDT	- Diclorodifeniltricloroetano
DGSP	- Diretoria Geral de Saúde Pública
DNI	- Departamento Nacional de Migração
DNSP	- Diretoria Geral de Saúde Pública
FSESP	- Fundação Serviço Especial de Saúde Pública / Fundação Serviço de Saúde Pública
IAIA	- Instituto de Assuntos Interamericanos
MES	- Ministério da Educação e Saúde
MESP	- Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	- Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
RDC	- Rubber Development Corporation
SEMTA	- Serviço Especial de Mobilização de Trabalhadores para a Amazônia
SESP	- Serviço Especial de Saúde Pública

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	SAÚDE E SANITARISMO NO BRASIL: DA PROCLAMAÇÃO A ERA VARGAS	14
2.1	O despertar da saúde pública na Primeira República	14
2.2	Acordo sanitário entre Estados Unidos e Brasil na Era Vargas	23
2.3	Os primeiros anos do Serviço Especial de Saúde Pública	29
3	A EXPANSÃO DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA E SUA INSERÇÃO NO PIAUÍ.....	38
3.1	Da Expansão à Transformação	38
3.2	O SESP no Piauí: implementação e ações entre 1956 e 1960	44
4	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) surgiu a partir de um acordo diplomático firmado entre os Estados Unidos e o Brasil, durante o Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. Concebida no contexto da Segunda Guerra Mundial, em um período em que os Aliados enfrentavam dificuldades para obter matérias-primas com fins militares – especialmente após a ocupação japonesa no Sudeste Asiático – o Brasil, rico nesses insumos essenciais para o conflito, foi visto como a solução para esse problema, e o SESP atuaria como intermediário para o êxito dessa empreitada.

Diante disso, a sua função principal era de assegurar condições sanitárias adequadas nas regiões estratégicas do Brasil, como a Amazônia e o Vale do Rio Doce, a fim de garantir a saúde da força de trabalho envolvida na extração de matérias-primas essenciais ao esforço de guerra, como borracha e ferro. Além disso, o órgão também visava proteger a saúde dos soldados norte-americanos instalados em bases militares no território brasileiro, atuando no controle de doenças tropicais, como a malária (Bastos, 1996; Campos, 2006)

Todavia, com o fim do conflito mundial, o SESP continua suas atividades, e o que inicialmente era previsto para ser temporário, acaba perdurando por quase cinco décadas. Conforme os anos foi passando, os serviços prestados pela agência vão aumentando e expandido seu raio de atuação, ao ponto que antes mesmo de completar duas décadas de existência, já estava presente em todo o Brasil.

É nesse contexto que o Estado do Piauí acaba estreitando os laços e firmando um convênio nos anos 1950. Com o intuito de descobrir como se deu a inserção, a atuação e os resultados decorrentes desse acordo, este trabalho foi motivado. No entanto, sua raiz remonta a um projeto de pesquisa sobre o tema por meio do Programa Institucional de Bolsas e Iniciação Científica (PIBIC) denominado “Serviço Especial de Saúde Pública no Piauí: desenvolvimento e sanitarismo no Estado (1950-1990), que tinha como objetivo analisar como se deu a participação do estado nas ações promovidas pelo SESP.

No decorrer dessa pesquisa, houve um contato inicial com a literatura que possibilitou um aprofundamento sobre o assunto em linhas gerais, embora ainda não existisse nenhuma produção científica que discutisse especificamente a atuação

dessa agência no Piauí. Isso, obviamente, não foi apenas motivo de entusiasmo, mas também de desmotivação, uma vez que as fontes primárias que o pesquisador acreditava encontrar com facilidade não estavam disponíveis como se imaginava. As buscas iniciaram durante o PIBIC e perdurou até o processo de confecção desta monografia.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral analisar como se deu a integração do estado do Piauí nas ações de saneamento desenvolvidas pelo SESP na década de 1950, buscando compreender os fatores políticos, sociais e institucionais envolvidos nesse processo. Parte-se da hipótese de que o ingresso do estado nas ações do SESP representou não apenas uma ampliação das políticas públicas de saúde no estado, mas também uma tentativa de o inserir em um projeto mais amplo de modernização e nacionalização promovido pelo governo federal.

Especificamente, buscou-se discutir o contexto e a finalidade da inserção do SESP no Piauí, caracterizar a realidade sanitária do estado durante essa década e identificar os resultados obtidos a partir da atuação dessa agência especial entre os anos de 1956 e 1960. Além disso, procurou-se analisar, ainda que brevemente, a trajetória da saúde pública no Brasil durante a primeira metade do século XX.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, ainda que amparada por dados quantitativos. Isso se deve à contribuição de diversos autores que, no campo da historiografia, colaboram para o entendimento da saúde pública no Brasil e do papel desempenhado pelo SESP nesse processo desde sua criação, como Alvarenga (2013), Bastos (1996), Campos (2006), Fonseca (2006), Hochman (2012), Peçanha (1976), entre outros.

Os documentos primários analisados consistem, basicamente, em mensagens de governo, decretos, leis federais e documentos disponibilizados por órgãos de saúde – em sua maioria acessíveis online. Por fim, os resultados obtidos foram considerados satisfatórios, apesar da escassez de informações disponíveis, permitindo uma compreensão consistente da atuação do SESP nos âmbitos nacional e estadual.

No que concerne à estrutura desta monografia, ela está dividida em dois capítulos. O primeiro, intitulado “Saúde e sanitarismo: da Proclamação a Era Vargas”, apresenta um breve panorama historiográfico sobre a saúde no pública no Brasil durante a República Velha; analisa as transformações nas políticas de saúde durante

o primeiro governo Vargas até contexto de criação do SESP e sua estrutura administrativa, destacando os acordos internacionais que possibilitaram sua implementação; além disso, discute os primeiros anos de atuação dessa agência.

O segundo capítulo, intitulado “A expansão do Serviço Especial de Saúde Pública e sua inserção no Piauí”, aborda o processo de expansão e nacionalização do serviço, com ênfase na sua atuação na região Nordeste. Analisa as condições sanitárias do Piauí no momento em que é firmado o acordo com o SESP, além de focalizar nos impactos e desdobramentos das ações de saúde no estado, avaliando seus resultados e limitações. Por fim, na conclusão, serão apresentados os resultados e reflexões à cerca dos capítulos discutidos, além de mencionar se os objetivos propostos durante o processo de confecção do trabalho foram alcançados.

2 SAÚDE E SANITÁRISMO NO BRASIL: DA PROCLAMAÇÃO A ERA VARGAS

2.1 O despertar da saúde pública na Primeira República

Em 1889, o Brasil, há pouco mais de meio século da sua Independência, encerrava mais um ciclo na sua história: chegava ao fim do período imperial¹ ou monárquico, iniciado em 1822, para dar início a fase republicana, em 1889. Um ano antes, é promulgada a Lei Áurea², resultando na extinção do sistema escravocrata e sendo um dos fatores agravantes que contribuiu para a Proclamação da República. A transição do Império para a República, embora tardia em relação aos demais territórios da América Latina³, marcou uma nova etapa na história da ex-colônia portuguesa, alinhando-o ao sistema de governo predominante no continente.

O primeiro período republicano, então iniciado no final do século XIX, estende-se até 1930, caracterizado pelo domínio das oligarquias – e suas políticas exclusivistas –, ficou conhecido como Primeira República ou República Velha (1889-1930). Para muitos estudiosos dos mais diversos campos da história, essas quatro décadas não têm despertado muito interesse de análise, principalmente, quando comparado aos momentos históricos que o antecederam e sucederam, pois “[...] tem sido percebido até hoje como uma espécie de hiato na formação do Estado brasileiro” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p. 30), não despertando o mesmo interesse de estudos voltados às análises políticas e institucionais, como ocorre com o Brasil Imperial e a Era Vargas (Lessa, 1998).

O então recém-formado Estado republicano, ainda carecia de uma identidade nacional consolidada. Nesse contexto, o discurso voltado para a sua modernização ganhou notoriedade, tornando-se fundamental a construção de uma ideia sobre o que caracteriza ser 'brasileiro'. Embora esforços nesse sentido já tenham ocorrido após a Independência, foi com a Proclamação da República que esse processo ganhou novos contornos e desafios.

¹ O Brasil tornou-se independente em 1822, deixando oficialmente de ser uma colônia de Portugal e elevando-se à condição de Império, regime que perdurou até 1889. Durante esse período, passou por três fases distintas: o Primeiro Reinado (1822-1831), o Período Regencial (1831-1840) e o Segundo Reinado (1840-1889).

² Lei n.º 3.353, promulgada em maio de 1888, aboliu oficialmente a escravidão no Brasil. Foi assinada pela princesa Isabel, então regente do Império, e marcou o fim de mais de três séculos de trabalho escravo no país (BRASIL, 1888).

³ O Brasil foi o último país da América a adotar o regime republicano.

Assim, o regime republicano, ao romper com a noção já constituída durante o período antecessor, precisava criar uma nova identidade nacional e, nesse processo de formação, desenvolveu aspectos que se configuraram como marcas ao longo de sua trajetória: o autoritarismo e o caráter excludente são parte do conjunto dessas particularidades.

Estes aspectos são resultantes de uma nação cuja configuração é definida pela vasta extensão territorial, pela distribuição demográfica irregular e por traços culturais e particularidades sociopolíticas. Nessas condições, a construção dessa identidade foi resultante de um conjunto de relações instituídas entre as entidades políticas – elite, povo e Estado – que se definiram conforme as especificidades de cada região do país⁴.

Dentre as relações estabelecidas na estruturação da República brasileira, destacava-se o acordo entre o governo federal e as elites locais: o primeiro procurava garantir sua estabilidade no poder, enquanto o segundo buscava preservar seus privilégios e domínios regionais. Em outras palavras

[...] essa relação fundava-se no interesse mútuo de preservação da estrutura sociopolítico vigente, em que a permanência dos interesses das elites locais era a garantia da manutenção da estrutura de poder federal. Os efeitos da dispersão demográfica, e da vasta extensão territorial eram minimizados por esse sistema de relações (Alvarenga, 2013, p. 42).

Nessa configuração política, instituída e exercida durante quase toda a República Velha, e amparada pela Constituição de 1891 – a primeira após a instauração da República e a responsável pela criação das unidades federativas –, as elites locais assumiram a função de assegurar, em seus Estados, o estabelecimento da ordem, como também a “[...] a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento, assim como pelas de educação” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p. 32).

Todavia, as políticas públicas desenvolvidas pelas unidades federativas, principalmente nas áreas de saúde e educação, foram consideradas insuficientes e ineficazes, tornando-se um dos aspectos permanentes dos ataques políticos ao federalismo brasileiro na primeira metade do século XX. Discussões para identificar

⁴ ALVARENGA, Antonia Valtéria Melo. **Nação, país moderno e povo saudável**: política de combate a lepra no Piauí. – Teresina: EDUFPI, 2013.

os entraves ao desenvolvimento do país e a formação de um povo próspero eram permanentes entre setores da elite do país.

No que diz respeito aos serviços de saúde nas primeiras décadas no Piauí – recorte espacial do tema desta monografia –, Eurípides de Aguiar⁵ afirmava que a estrutura pública destinada a essa área era tão pouco desenvolvida, imperfeita e desprovida de ações práticas efetivas que seria melhor se não existisse (Piauí, 1917).

Entre as explicações voltadas para esses problemas, destacaram-se a descentralização política e a natureza miscigenada do povo brasileiro. Ademais, a ideologia da inferioridade da raça mestiça, amplamente difundida no período, facilitou a penetração do racismo científico nas instituições políticas republicanas. Essa doutrina, que associava a falta de desenvolvimento da nação ao determinismo biológico, serviu como justificativa para a manutenção de práticas autoritárias e excludentes, herdadas do período escravista. Para Mota (2003), os teóricos eugenistas, em particular, destacaram essa ideologia, defendendo políticas que visavam "purificar" a raça brasileira⁶.

Apesar de essa ser a visão dominante nos primeiros anos do século XX no Brasil, intelectuais como Manoel Bomfim e Alberto Torres apresentaram uma análise mais complexa da realidade brasileira. Ao deslocar o foco das teorias deterministas, eles destacaram o papel da cultura na construção da identidade nacional e na organização social, propondo, ao mesmo tempo, alternativas para enfrentar os desafios do país (Lima; Hochman, 1996).

Paralelamente, outro elemento foi colocado como relevante na configuração da realidade sociocultural da nação: a saúde. A precariedade da saúde do povo apareceu como fator negativo para o desenvolvimento da sociedade. De fato, a saúde pública no Brasil, marcada por endemias e epidemias ao longo de sua história, foi apontada como um dos principais obstáculos ao desenvolvimento nacional.

A crítica à fragilidade do governo federal, incapaz de garantir condições mínimas de saúde à população, ganhou força no início do século XX, impulsionada pelo movimento sanitário. Segundo Alvarenga (2013), a justificativa para esse

⁵ Eurípides Clementino de Aguiar (1880-1953) foi médico e político, atuou como governador do Estado do Piauí entre 1916 e 1920 (FGV/CPDOC).

⁶ MOTA, André. **Quem é bom já nasce pronto**: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

parecer era clara: a saúde precária não apenas reduzia a capacidade produtiva dos trabalhadores, mas também prejudicava a imagem do Brasil no exterior.

Alinhado a essa perspectiva, ainda, afirma

Um Brasil fragmentado politicamente e uma população doente foram, então, apresentados à sociedade como sendo responsáveis pela fragilidade do desenvolvimento nacional. Essa revelação veio associada ao apelo das autoridades sanitaristas e das instituições médicas existentes no país, para o desenvolvimento de políticas saúde que favorecessem a solução desses grandes flagelos nacionais. Sob essa perspectiva, nas primeiras décadas do século XX, médicos e sanitaristas entraram pelo do sertão país, buscando conhece-lo para a elaboração de um diagnóstico sanitário (Alvarenga, p. 43)

No começo desse século, o Brasil estava enfrentando uma série de problemas relacionados à saúde pública. Epidemias como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola assolavam algumas das principais cidades da época, especialmente o Rio de Janeiro – então capital federal. As condições de saneamento básico nessas localidades eram precárias e a população vivia em ambientes insalubres.

Diante desse cenário, Oswaldo Cruz⁷, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP)⁸ desde março de 1903 e com o apoio do governo federal, conseguiu implementar uma série de medidas sanitárias inovadoras para a época, no Distrito Federal, que obtiveram sucesso, apesar de alguns impasses que ocorreram com a população – principalmente em 1904, durante a Revolta da Vacina⁹.

Impulsionadas pelo êxito das ações de saneamento lideradas pelo médico sanitarista, expedições foram organizadas na década 1910 para investigar as condições de vida nas regiões interioranas do Brasil. Entre 1911 e 1913, sob a coordenação da Inspetoria de Obras Contra a Seca, equipes de sanitaristas percorreram as regiões do Nordeste e do Centro-Oeste, coletando dados que se tornaram fundamentais para a implementação de políticas públicas de saúde nessas áreas.

⁷ Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917) foi um médico, cientista e sanitarista brasileiro, responsável por importantes campanhas de erradicação de doenças no início do século XX, como a varíola e a febre amarela, e por reformular a saúde pública no Brasil.

⁸ Criada pelo Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897, e subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, tinha como principais atribuições dirigir os serviços sanitários dos portos, fiscalizar a medicina e farmácia, estudar doenças contagiosas, organizar estatísticas sanitárias e auxiliar estados em situações especiais, como epidemias (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FIOCRUZ).

⁹ Levante popular ocorrido no Rio de Janeiro, no ano de 1904, em reação à imposição autoritária da vacinação obrigatória contra a varíola, conduzida por Oswaldo Cruz (SEVCENKO, 1984)

No que concerne esse período, referentes às décadas de 1900 e 1910, os médicos sanitaristas – e o movimento político e intelectual por eles iniciados – passam a ganhar notoriedade no cenário político e social brasileiro na República Velha. Esse movimento, nas duas primeiras décadas do século XX, passou por dois períodos cruciais: o primeiro, entre os anos de 1903 e 1909, sob a liderança do médico sanitarista Oswaldo Cruz, concentrou-se no saneamento urbano do Rio de Janeiro e no combate a epidemias como a febre amarela, a peste e a varíola. Já o segundo, entre as décadas de 1910 e 1920, priorizou o saneamento rural, o reconhecimento do interior do país e a erradicação das grandes endemias que assolavam o país na época como a ancilostomíase, a malária e a doença de Chagas¹⁰.

Em 1916, os resultados das expedições que ocorreram no começo dessa década, foram publicados, evidenciando um quadro sanitário negativo das áreas inspecionadas. Nesse contexto, a missão dos sanitaristas denunciou as péssimas condições de vida no interior do país, tornando-se evidente que, de fato, a precariedade da saúde da população mais carente era resultante de um governo federal debilitado e da falta de êxito das elites locais em suas unidades. Com isso, a saúde do povo brasileiro – especialmente nas áreas negligenciadas – passou a ganhar a atenção da elite nacional, permitindo a construção do entendimento sobre as condições sanitárias do país (Castro Santos, 1985; Hochman, 2012).

Em especial, a expedição sanitária liderada por Arthur Neiva e Belisário Penna abrangeu uma vasta área do Nordeste, incluindo o norte da Bahia, o sudeste de Pernambuco, o sul do Piauí, além do estado de Goiás de norte a sul, proporcionando um relato detalhado das condições de saúde por onde passaram¹¹. O trabalho destes sanitaristas, ao adentrar o ‘sertão’ brasileiro, revelaram às elites urbanas um panorama chocante das condições de vida dessas regiões, até então esquecidas pelo poder central. Essa nova perspectiva, ao confrontar a visão romantizada do interior, apresentava uma visão ‘real’ do país.

O relatório de Neiva e Paiva, embora não tenha gerado mudanças imediatas nas políticas de saúde, ao revelar a grave situação sanitária do interior do país, plantou as sementes para transformações futuras, em especial, no Nordeste. A sua publicação

¹⁰ HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 2012.

¹¹ NEIVA, Arthur; PENNA, Belisário. **Viagem científica**: norte da Bahia, o sudeste de Pernambuco, o sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. Brasília: Academia Brasiliense de Letras, 1984.

reavivou o interesse das elites e dos poderes públicos pelos sertões, até então negligenciados, e impulsionou debates sobre a necessidade de expandir as ações de saúde para além das áreas urbanas.

Fotografia 1 – **Registro do acampamento dos integrantes**
Entre eles Belisário Penna e Arthur Neiva
Piauí - 1912



Fonte: Brasileira Fotográfica/Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Para Castro Santos (1985), essa publicação impulsionou uma nova fase desse movimento, expandindo suas ações para além das áreas urbanas e direcionando-as para o saneamento das regiões interioranas, então dominadas pelo oligarquias rurais. Essa expedição, organizada e realizada por pessoal e instituições ligadas ao governo federal, representou um marco na atuação do poder central no Nordeste e nas futuras intervenções realizadas nessa região posteriormente. Contribuiu, portanto, não somente para as elites e o governo federal reconhecerem as mazelas dessa área do Brasil, como também fortaleceu o movimento sanitarista e seus anseios em relação à saúde pública.

Além disso, ao fazer uma análise desse relatório e dialogar com escritos de intelectuais da época, entende que

O relatório apresenta um quadro social dos sertões à maneira de Euclides: os autores confrontam os problemas sociais como se estivessem à procura

de doenças em um organismo social, estabelecendo causas e observando sintomas. Ao apontar as causas, criticam a visão, difundida pelas oligarquias, de que a pobreza e a doença se explicariam pelo clima adverso do nordeste. Contra a explicação climática, argumentam que as populações dos vilarejos situados às margens do rio São Francisco apresentavam condições de saúde tão precárias quanto as populações das regiões semi-áridas. Discutem vários aspectos da organização social dos sertões: a família não existia “legalmente”, por falta de registro civil; os filhos “quase nunca são registrados”; “os enterramentos realizam-se na ausência de qualquer formalidade legal”; a população rural vive atrelada ao poder do latifundiário; a pequena propriedade é praticamente inexistente.

Em vários pontos os autores confundem causas e sintomas, mas prevalece ao longo do trabalho a denúncia das relações sociais injustas no campo. Aponta-se a existência de trabalho forçado em vastas áreas de manobais no Piauí e Bahia; devido à escassez de braços, os latifundiários aliciavam mão-de-obra – inclusive crianças – nos vilarejos ao longo do São Francisco, com a promessa de altos salários. A história já é conhecida: cedo, o peão se endividava no armazém da fazenda, pagando preços exorbitantes. Guardas armados impediam a fuga dos peões, proibidos de sair enquanto não saldasse a dívida sempre crescente (Castro Santos, 1885, p. 7-8).

Sabe-se que, após o término da expedição e a divulgação de seus resultados na segunda metade daquela década, o debate sobre o desenvolvimento nacional, que antes se centrava em outras questões, sobretudo a questão racial, passou aos poucos a enfatizar as precárias condições de saúde da população, evidenciadas pelas expedições realizadas. Todavia, também nesse período, um fator adicional que reforçou a ideia de que o problema na lenta modernização do Brasil não estava na miscigenação, foram os impactos sociais e econômicos decorrentes da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e seus desdobramentos no pós-guerra, principalmente no que diz respeito à imigração para o país.

No país, a Grande Guerra exerceu um impacto profundo e duradouro sobre a política imigratória – que já sofria baixas há cerca de uma década, em razão da imagem negativa no exterior. Com a intensificação do conflito, o fluxo de imigrantes europeus para o país diminuiu drasticamente, devido à mobilização de grande parte da população europeia para o esforço de guerra. Essa interrupção abrupta do fluxo estrangeiro impulsionou um debate nacional sobre a necessidade de repensar a política de imigração, até então fortemente marcada pela busca por mão de obra estrangeira para impulsionar o desenvolvimento econômico e o “branqueamento” da população. Isso, por sua vez, impulsionou a reflexão sobre a construção de uma identidade nacional e a necessidade de fortalecer as instituições brasileiras (Oliveira, 1990; Seyferth, 1996).

Além das crises mencionadas, houve também, no período da guerra, o fortalecimento interno de ideias nacionalistas, nas quais pautas relacionadas à saúde pública ganharam ainda mais destaque como componente essencial do projeto nacional brasileiro. A criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918 – no primeiro aniversário de morte de Oswaldo Cruz – exemplifica essa tendência. Liderada por Belisário Penna, a Liga, de caráter nacionalista, buscava mobilizar as elites para a necessidade de sanear o interior do país, especialmente o sertão, como forma de fortalecer a nação (Hochman; Lima, 2004).

Vale ressaltar que dois acontecimentos ocorridos em 1916 antecederam a formação da organização em prol do saneamento do país: a publicação de diversos artigos de Penna sobre saúde e saneamento, compilados sob o título de *O Saneamento do Brasil* (1918), e o discurso do médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Miguel Pereira, que caracterizou o Brasil a 'um imenso hospital'. Este último ocorrido, é considerado o estopim do movimento pelo saneamento brasileiro (Hochman, 2012).

A partir de então, intelectuais ligados à campanha de saneamento rural no país aproximaram-se de uma tendência de crítica às teses de determinismo racial, que se tornou ainda mais obsoleta com o debate sobre a afirmação da nacionalidade brasileira durante os anos da guerra. Esses, influenciados pelas correntes de pensamento social dos primeiros anos do período republicano, não cumpriram apenas o papel de divulgadores de ideias preexistentes; trouxeram para o debate dois novos elementos: a ideia da doença como característica central do povo e a qualificação do isolamento do sertanejo, como indicado por Euclides da Cunha (Castro Santos, 1985). Ou como observam Hochman e Lima (1996), ao parafrasear uma passagem de Monteiro Lobato:

[...] refletia a campanha de um amplo e diferenciado movimento político e intelectual que, de 1916 a 1920, proclamou a doença como principal problema do País e o maior obstáculo à civilização. O movimento pelo saneamento do Brasil, pelo saneamento dos sertões, concentrou esforços na rejeição do determinismo racial e climático e na reivindicação da remoção dos principais obstáculos a redenção do povo brasileiro: as endemias rurais (p. 23).

O movimento em prol de uma reforma da saúde pode ter seus impactos avaliados pelo seu legado mais concreto: a reorganização e a ampliação dos serviços sanitários federais na década de 1920 a partir da criação do Departamento Nacional

de Saúde Pública (DNSP), das políticas de profilaxia e saneamento rural, do estabelecimento de um novo e mais extenso código sanitário, e da profissionalização do campo da saúde pública. Essas reformas significaram o início da nacionalização da autoridade sanitária (Hochman, 2012). O diagnóstico médico-sanitário sobre o Brasil teve consequências importantes, resultando em ações concretas realizadas pelo poder público e

Por outro lado, contrariando a visão estudiosos de que a saúde pública só ganhou relevância somente nas duas primeiras décadas do século XX, observa-se que, a partir de 1920, ocorreu não somente discussões sobre o tema, como também se concretização ações por meio do processo de interiorização dos serviços de saúde no Brasil. Esse processo foi impulsionado pela crescente participação do Estado na formulação de políticas de desenvolvimento nacional, que colocavam a educação e a saúde como pilares fundamentais (Castro Santos, 2004).

Até o final da Primeira República, as ações médicos-sanitárias foram crescentes – especialmente, entre os anos de 1918 a 1928 – procedendo-se sempre à composição de alguns novos serviços que eram disponibilizados a todos os Estados da federação. Esse período

[...] foi caracterizado pelo crescimento da ação da União sobre os problemas de saúde nos Estados, garantindo ao governo federal condições de agir não apenas sobre questões naturais das doenças, mas, em consequência do modelo de intervenção adotado – médico-sanitarista – sobre a realidade sociocultural de suas populações. A experiência implementou mudanças nas relações pessoais, bem como entre as esferas poder federal, estadual e municipal, implicando alterações no federalismo brasileiro e nos elementos constituidores da cultura política que dava sustentação ao poder pessoal dos coronéis no interior do país. Por essa via, as unidades federadas e seus municípios foram obrigados a reorganizar suas estratégias de poder no cenário da política nacional (Alvarenga, 2013, p. 88).

Portanto, conclui-se que diagnóstico médico-sanitário do Brasil produziu efeitos significativos, gerando ações concretas por parte do poder público e evidenciando os principais obstáculos que comprometiam tanto o avanço do país quanto a consolidação de uma identidade nacional. O aumento das políticas públicas voltadas à saúde e a consequente centralização dessas ações pelo governo federal, caracterizadas pelas mudanças políticas e econômicas passariam a fazer parte da agenda governamental partir de 1930, obrigando as oligarquias locais, antes visando somente a manutenção dos seus privilégios, a se adaptarem ao novo cenário. A Era

Vargas¹² (1930-1945) marcou o ápice desse processo, com a concentração do poder nas mãos de Getúlio Vargas¹³ e a adoção de políticas voltadas para a saúde pública, que passou a desempenhar um papel importante nesse período.

2.2 Acordo sanitário entre Estados Unidos e Brasil na Era Vargas

Na década de 1930, inicia-se uma nova fase da República no Brasil, que se estendeu até meados dos anos de 1960. Esse período é fundamental para compreender a configuração atual do Estado brasileiro, pois marcou o início de uma atuação mais ativa do poder público na construção e consolidação de políticas sociais, até então negligenciadas nas décadas anteriores. Entre os diversos setores que ganharam destaque na agenda governamental, encontra-se a saúde pública que teve um papel importante nesse período, principalmente durante o governo varguista.

Nesse contexto, olhar para essa área passou a ter maior visibilidade nas ações do governo, consolidando-se, no decorrer do tempo, como uma presença permanente na vida cotidiana da população, especialmente entre os segmentos mais pobres da sociedade. Essas iniciativas passaram a ser viabilizadas por meio do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP)¹⁴, permitindo uma atuação mais centralizada e eficaz do Estado.

De acordo com historiadores como Campos (2006)¹⁵, Fonseca (2007)¹⁶ e Hochman (2012), as políticas públicas de saúde implementadas durante o primeiro governo Vargas (1930-1945) integraram um projeto que ajudou na construção de um Estado forte. Essa proposta buscava ampliar a autoridade e o reconhecimento do

¹² Período entre 1930 a 1945, durante o qual Getúlio Vargas governou o Brasil. Esse período teve três fases: o Governo Provisório (1930-1934), o Governo Constitucional (1934-1937) e o Estado Novo (1937-1945), sendo marcada por forte centralização do poder e pelo protagonismo do Estado na condução das políticas públicas (FGV/CPDOC).

¹³ Getúlio Dornelles Vargas (1882-1954) foi um político brasileiro que presidiu o Brasil em duas ocasiões. A primeira, entre 1930 e 1945, chega ao poder através de um golpe. E a segunda, entre 1951 e 1954, por meio de eleições diretas (IBID).

¹⁴ Criado em 1930, o órgão passou a se chamar Ministério da Saúde e Educação (MES) em 1937. Na década de 1950, a área de saúde foi desmembrada, originando o Ministério da Saúde (Arquivo Nacional, 2024).

¹⁵ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde pública na Era Vargas: o serviço especial de saúde pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

¹⁶ FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2007.

poder central, rompendo com um passado oligárquico em que predominavam os interesses políticos regionais.

A partir de 1934, o interventor mineiro Gustavo Capanema¹⁷ assume o MESP, dando continuidade ao processo de reorganização do ministério iniciada pelo seu antecessor Washington Pires. No ano seguinte, Capanema consegue retomar as campanhas sanitárias que estavam paralisadas durante os quatro primeiros anos do governo Vargas, ou seja, a sua fase provisória, e elabora um projeto de reformulação para o ministério. Suas ações políticas nos anos posteriores mostraram o seu alinhamento ao projeto centralizador de Vargas.

Na área da saúde pública, o ministro desempenhou um papel importante, na qual Fonseca (2007) afirma

Toda a estrutura de saúde pública reorganizada durante a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945), por conseguinte, durante todo o governo Vargas, esteve orientada por esta preocupação, a de marcar presença em todo o país. O objetivo era partir das capitais para investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde (p. 172-73).

A partir de 1937, ano de instauração do Estado Novo¹⁸, o projeto idealizado por Capanema, que fica conhecido como ‘Reforma Capanema’, foi aprovado e passou a ser implementado gradativamente. Desde então, as políticas sociais, inclusive as da área da saúde “[...] tiveram seu alcance ampliado geograficamente, incidindo decisivamente sobre a configuração da sociedade brasileira” (Alvarenga, 2013, p. 26).

Ainda sobre esse período, Alvarenga (2013) realiza uma análise importante a destacar que o ministério comandado por Capanema ao passar por uma mudança em sua denominação, tornando-se Ministério de Saúde de Pública (MES), teve um significado pertinente, refletindo, a partir de então, na atuação que o órgão ia tomar. Para autora

Percebe-se, na mudança da denominação [...], o interesse em ampliar a competência do governo federal sobre a área de saúde. Ao suprimir o termo “Pública” ficava claro que todas as atividades de saúde, fossem públicas ou privadas, de caráter educativo ou assistencial, federal ou local passavam a ser regulamentadas pelas normas de saúde definidas pelo Ministério. Era o

¹⁷ Gustavo Capanema Filho (1900-1985) foi ministro da Educação e Saúde entre 1934 e 1945, durante o governo Vargas (FGV/CPDOC).

¹⁸ Regime autoritário instaurado por Getúlio Vargas em 1937, com a suspensão da Constituição e o fechamento do Congresso. Caracterizou-se pela centralização do poder, nacionalismo, repressão política e fortalecimento do Estado como agente modernizador. Foi encerrado em 1945, com a deposição de Vargas.

Estado exercendo maior controle sobre a sociedade, através de uma área particularmente importante para todos os indivíduos (p. 140).

Nesse sentido, preocupado em como lidar com essa nova reorientação do MES, o então Departamento Nacional de Saúde (DNS), criado na década de 1920 e vinculado ao então ministério, que tinha como responsabilidade por coordenar as ações federais no setor, passou a desenvolver “[...] os chamados serviços nacionais de saúde, entre eles o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional” (Lima; Pinto, 2003, p. 1045).

Assim, o Estado brasileiro, por meio do MES, intensificou sua atuação na organização e expansão dos serviços de saúde, criando uma série de órgãos e campanhas voltadas ao enfrentamento de doenças que historicamente afetavam amplos setores da população e de acordo com o projeto varguista. Foram instituídos, além do Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço Nacional da Lepra, o Serviço Nacional da Malária, o Serviço Nacional de Febre Amarela, entre outros, sendo todos vinculados ao DNS (Silveira; Pimenta Junior, 2011).

Meia década após conseguir reorganizar o MES, Capanema conquista, possivelmente sem consciência à época, aquele que seria seu maior feito enquanto ministro no governo varguista: a assinatura de um acordo bilateral com os Estados Unidos, que resultou na criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – o qual seu desenvolvimento constitui o objeto central desta monografia.

Esse acordo, inseria-se no contexto internacional da chamada “Política de Boa Vizinhança”, formulada pelos Estados Unidos no final da década de 1920 e reforçada durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Essa política visava estreitar as relações com os demais países do continente americano por meio de ações de cooperação diplomática, econômica e técnica (Magalhães; Maio, 2016).

Em 1942, Congresso Americano aprovou o programa formulado pelo general George C. Durham, fundando o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), para coordenar e administrar programas bilaterais de saúde entre o governo norte-americano e a América Latina. Nessa instituição, foi criada uma seção sanitária para coordenar a realização da distribuição de literatura voltada para a temática da saúde (Campos, 2006).

No Brasil, uma parte dos trabalhos básicos e dos planos de intervenção sanitária cooperativa foram realizados pelo ministro Gustavo Capanema e pela equipe

do Ministério da Educação e Saúde. Tal material serviu de base para a elaboração da Resolução XXX na reunião dos ministros das relações exteriores, realizada no Rio de Janeiro no mesmo ano¹⁹.

A referida resolução recomendava que os países latino-americanos, individual, bilateral ou multilateral, adotassem medidas que contribuíssem para melhorar as condições de saúde em seus territórios, promovendo, dessa forma, a segurança e o desenvolvimento econômico da nação. Tais programas deveriam destinar-se, também, às necessidades da guerra²⁰, de maneira que os diversos tipos de recursos existentes no hemisfério ocidental ficassem disponíveis eficientemente às Nações Unidas.

A participação dos Estados Unidos nesse acordo deu-se através da criação de um fundo financeiro de até U\$ 100.000.000,00 (cem milhões) e da prestação de assistência técnica. Assim, conforme o determinado na resolução XXX, o governo brasileiro, através do Ministro da Fazenda Arthur de Sousa Costa, comprometeu-se a desenvolver um programa de fomento à produção de matérias-primas importantes para o desenvolvimento econômico nacional e de outras repúblicas americanas (Bastos, 1996).

Com base nas decisões tomadas no encontro dos ministros realizado na cidade do Rio de Janeiro, o Brasil e os Estados Unidos, no campo da diplomacia internacional, assinaram o acordo que deu origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Pelo Decreto-Lei 4.275/42, o governo brasileiro autorizou o Ministério da Educação e Saúde a realizar uma parceria com a recém-criada instituição norte-americana para desenvolver um serviço de cooperação em saúde pública. Foi firmado um Convênio Básico em que uma das cláusulas se referia ao Serviço Especial de Saúde (SESP), uma unidade administrativa mantida pela IAIA e o governo brasileiro e vinculada nacionalmente ao MES, porém sem fazer parte direta desse ministério (Peçanha, 1976; Bastos, 1996; Campos, 2006).

Para Campos (2006) esse entendimento estava consoante às agendas políticas dos dois países, sendo o compromisso assumido benéfico para ambos. Visto que o SESP integrava o interesse militar dos Estados Unidos com a exploração da

¹⁹ BASTOS, N. C. de Brito. **SESP/FSESP. 1942 - Evolução Histórica - 1991**. 2 ed. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 1996.

²⁰ Os Estados Unidos entraram para o conflito em 1941, ao lado dos Aliados, após o ataque japonês à base de Pearl Harbor. O Brasil, após pressões diplomáticas e ataques de submarinos alemães a navios nacionais no ano de 1942, declara guerra contra a Alemanha, aliando-se também aos Aliados.

matéria-prima da borracha no vale Amazônico e minério de ferro e mica no Vale do Rio Doce²¹. Enquanto para o governo brasileiro, as políticas sanitárias que seriam desenvolvidas pelo SESP adequavam-se perfeitamente às diretrizes estabelecidas pelo MES, articulando-se de maneira coerente ao processo de *state and nation building* promovido durante o primeiro governo Vargas.

Então, o Serviço foi criado com o objetivo de prestar assistência médica e sanitária aos trabalhadores da região amazônica e do Vale do Rio Doce, no combate a doenças endêmicas, a formação de profissionais capacitados para atuar na saúde pública – engenheiros, médicos, enfermeiros e técnicos –, entre outros. Além dessas ações, o SESP também colaborou com outros serviços da área da saúde, como o Serviço de Controle e Combate à Lepra – uma das políticas de saúde pública de maior destaque no período.

Renovato e Bagnato (2010) observam que, por meio do acordo firmado entre os dois países americanos, o foco nos primeiros anos de atuação do SESP, concentrou-se na ampliação da assistência médico-sanitária em regiões estratégicas – Amazônia e Vale do Rio Doce – ricas em recursos naturais, e com finalidade militar. Além disso, o êxito nessas regiões contribuiria para a economia e a infraestrutura nacional, como áreas de fronteira e zonas de extração, no decorrer do conflito mundial.

Sem dúvida, nem todos os setores da sociedade aplaudiam o acordo que o Brasil estabeleceu com o governo norte-americano, pois viam nessa cooperação bilateral apenas o que caracterizavam como a perda da soberania nacional, com a intervenção consentida do imperialismo norte-americano nas riquezas e na vida nacional (Fonseca, 2007). Porém, a consolidação e os resultados alcançados pelo SESP nos anos seguintes demonstraram que, ao contrário do que previam os críticos, a iniciativa foi bem-sucedida, contribuindo de forma significativa para a ampliação da saúde pública no Brasil.

Nesse sentido, para outros críticos, notadamente integrados por homens com grande formação intelectual, o SESP havia sido um dos grandes programas do Governo Vargas, que teve seguimento com seu sucessor. Como exemplo desse posicionamento tem-se Al Neto, que em matérias escritas no jornal carioca “O Estado”

²¹ Em sua origem, o SESP atuou por meio de quatro Programas: Programa da Amazonia, Programa da Migração; Programa do Rio Doce e Programa da Mica (Bastos, 1996).

de 01 de janeiro de 1951, com o título “Derrotando a morte” ou publicadas anos depois no Jornal do Brasil de 20/05/1954²², assim se colocou ao repercutir o que o jornalista Hernani Tavares de Sá escrevera sobre o sucesso do serviço:

O segredo do êxito, no caso modelo que é o SESP, não residiu no montante das somas empregadas, que foram relativamente modestas, embora em anos recentes o governo brasileiro tenha destinado verbas maiores para as importantes atividades pioneiras do Serviço em tantos Estados e Territórios da nação.

O êxito deveu-se muito mais à excelente e moderna orientação imprimida de início pelos americanos, e à equipe de primeira linha de cientistas, sanitaristas e técnicos brasileiros que cresceram com o serviço.

Washington enviou para o Brasil homens na sua maioria jovens, idealistas e ao mesmo tempo realizadores, que conheciam do Brasil, não apenas os aspectos econômicos, mas também nossa literatura e a nossa arte.

Foi em grande parte graças à dedicação desses elementos americanos que – para citar apenas dois exemplos - pôs-se em marcha um programa de treinamento que inclusive levou aos Estados Unidos muitos dos nossos melhores engenheiros ferroviários e, no setor da agricultura tomaram-se iniciativas concretas, a cuja frente encontram-se agrônomos brasileiros de real capacidade e visão.

Como se observa no texto de Hernani Tavares de Sá, nos anos 1950 a credibilidade do SESP continuava muito forte, mesmo após os investimentos realizados pelo IAIA terem sido reduzidos significativamente. Portanto, observa-se que mesmo após o término da guerra e do primeiro governo de Vargas, em 1945, o acordo entre o Brasil e os Estados Unidos que deu origem ao SESP foi mantido, e a agência se adaptou ao novo contexto do pós-guerra e da experiência democrática brasileira.

Isso contribuiu para ampliar e consolidar a presença do Estado na esfera pública, fortalecendo sua legitimidade em regiões marcadas por formas de autoridade locais, dispersas pelo interior do país, em sintonia com o projeto centralizador adotado ainda durante o regime varguista. O SESP só passaria por mudanças significativas a partir da década de 1960.

Mas, como que Estados brasileiros que estavam fora da região do ciclo de produção de matérias-primas que integravam o mercado de exportação do Brasil para os Estados Unidos, participaram desse projeto de saneamento colocado em funcionamento através do acordo firmado entre os dois países? Mais precisamente, que importância assumiram os problemas sanitários para o projeto de saneamento do

²² Ler: p. 5.

governo federal, no período de expansão do SESP? É sobre a atuação dessa instituição, especialmente, no Estado do Piauí que passaremos a tratar. No próximo capítulo, a discussão deste trabalho será voltada para discutir a atuação do SESP nos seus primeiros anos; a sua expansão; e, principalmente, a atuação da instituição partir do convênio firmado com o governo piauiense, em 1956, até a sua transformação em Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), em 1960.

2.3 Os primeiros anos do Serviço Especial de Saúde Pública

Criado no contexto da Segunda Guerra Mundial, o Serviço Especial de Saúde Pública teve como objetivo principal garantir, nas regiões da Amazônia e do Vale do Rio Doce as condições sanitárias necessárias para viabilizar a força de trabalho envolvida na extração de borracha, ferro e outras matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra – insumos que se tornaram escassos após a ocupação japonesa no Sudeste Asiático (Campos, 2006; Peçanha, 1976).

Além de atuar na prevenção e no tratamento de doenças infecciosas que acometiam os trabalhadores locais, como a malária, também era responsável por cuidar da saúde dos soldados norte-americanos enviados ao Brasil para servir nas bases militares – em Belém, Recife e Natal – instaladas no país, sobretudo no combate às chamadas doenças tropicais (Bastos, 1996).

Embora estivesse vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, o SESP possuía total autonomia e orçamento próprio. Seu modelo administrativo favorecia uma atuação dinâmica e eficiente, permitindo que seus serviços de saúde chegassem com mais agilidade às populações mais carentes. Ao reduzir principalmente a burocracia, foi possível estabelecer uma logística que facilitou o deslocamento de equipes e serviços para espaços de difícil acesso, tornando essas ações regulares (Campos, 2006).

Sobre sua estrutura administrativa e organizacional, assegurada em seu estatuto jurídico, Bastos (1996) observa que a concebida agência bilateral

[...] não fazia parte da estrutura normal do Ministério da Educação e Saúde. Era um órgão especial, de emergência, subordinado diretamente ao Ministro da referida pasta, com total autonomia derivada da autoridade conferida ao Superintendente, para determinar o processo administrativo a ser seguido

pela Instituição. Assim, no próprio contrato básico, foi dada ao Superintendente a autoridade exclusiva de escolher, nomear, demitir os servidores, estabelecer os salários, determinar transferências e condições de emprego dentro da Organização (p. 43).

O SESP, organizado em uma rede de prestação de serviços, atingia diretamente uma parte da população nunca alcançada pelo braço do Estado. Médicos, enfermeiras, visitadoras, guardas sanitários foram os veículos através dos quais o governo federal pode ganhar materialidade para a enorme parte da população que vivia em localidades de difícil acesso.

As realizações das suas atividades, girava em torno, de basicamente quatro estratégias, que foram fundamentais para o projeto de modernização da saúde pública elaborada pela instituição: “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” (Campos, 2005, p. 16-17).

Para implementar as três primeiras estratégias, o SESP dependeu da formação de um “capital humano” preparado tanto técnica quanto ideologicamente para a missão que se propunha. Já a última estratégia dependia não apenas da própria instituição, mas também do governo federal. Nesse sentido, a Constituição de 1946 permitiu ao SESP, enquanto agente federal, firmar convênios com estados e municípios de todo o país.

A respeito do sucesso obtido pelo SESP na concretização da sua última estratégia, Campos (2006) faz a seguinte observação

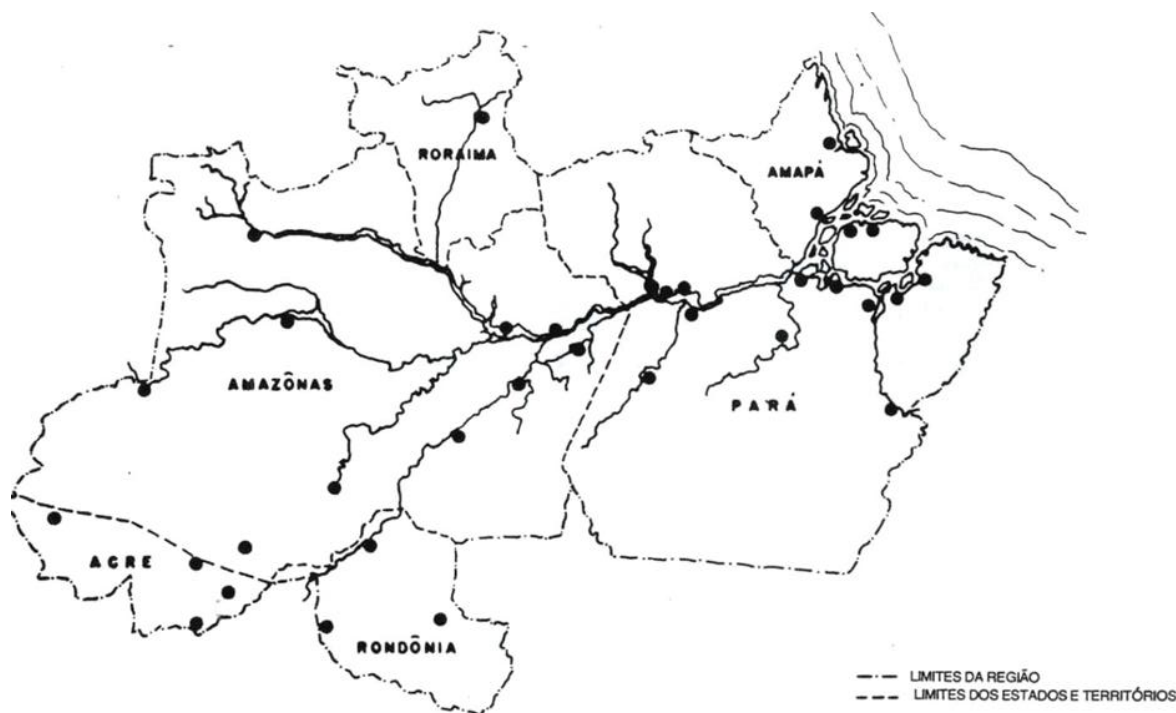
A estratégia do Sesp de propagação da rede pelos estados bastante a da União depois da criação do [...] (DNSP) em 1920, com assinaturas de contratos com os estados para o provimento de serviços sanitários. A Constituição de 1946 como norma geral [...] que cabia à União firmar acordos com os estados e 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 [...], adequava-se às novas diretrizes constitucionais no 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 (p. 238-239).

Até o final da década de 1940, a atuação do SESP limitava-se às regiões da Amazônia e do Vale do Rio Doce. Foi nessa região que o Serviço executou seus

primeiros programas – Programa da Amazônia, do Vale do Rio Doce e da Mica – criados logo após a sua constituição. Andrade e Hochman (2007) afirmam que a atuação do SESP na região amazônica também possuía um caráter estratégico para a política de Getúlio Vargas, uma vez que o estabelecimento de serviços de saúde nas regiões isoladas e de pouco investimento público, representava uma forma de ampliar o alcance e o poder do governo nessas localidades

Uma matéria publicada no periódico piauiense GAZETA, de 22 de janeiro de 1943, tratou sobre a execução do Programa da Amazônia. Com base em informações prestadas pelo membro da Comissão do Acordo de Washington, Valentim Bouças, o Serviço Especial de Saúde Pública, em oito meses, já havia visitado quase toda a região, distribuindo cinco milhões de tablets de Atebrina e sucedâneo da quinina aos seringueiros. Essa medicação era um fármaco derivado da acridina, que possui propriedades antimaláricas, bem como princípios ativos no combate à giardíase e outras parasitoses. Ressaltou que vários centros médicos e pequenos hospitais estavam sendo construídos na região, já se encontrando em funcionamento naquele período, 16 postos, com previsão de inauguração de mais quatro unidades.

Mapa 1 – **Programa da Amazônia**
Sede dos distritos sanitários (1942-1945)



Fonte: Bastos (1996)

Além dos serviços de saneamento, educação sanitária e montagem de uma estrutura médico-hospitalar, o acordo compreendia ainda a implementação de serviços de navegação da Amazônia e administração do porto do Pará, “[...] denominado inicialmente de Divisão Marítima e depois de Seção Fluvial, incorporada diretamente à estrutura administrativa do Programa” (Bastos, 1996, p. 63).

Fotografia 2 – **Fachada da Seção Fluvial**
Proximidades do Rio Guamá - Belém (PA)



Fonte: Bastos (1996)

Esses serviços estavam destinados a fomentar e melhorar os transportes de pessoas, gêneros e materiais de trabalho, de Belém para o interior e da borracha do interior para os portos de exportação. A GAZETA informou a chegada àquela região de sete vapores e cento e quarenta barcos oriundos dos Estados Unidos, bem como de duas lanchas a motor com capacidade de carga de 22 mil quilos para esses serviços. Todavia, apesar das construções e aquisições de outras lanchas, o resultado previsto não foi satisfatório, ocasionando inúmeros prejuízos ao SESP no início. Para isso, a Seção Fluvial foi reformulada.

Toda essa estrutura objetivava tornar eficiente a exploração da borracha, na região amazônica, e do minério de ferro, no Vale do Rio Doce – matérias-primas

indispensáveis à indústria bélica norte-americana nesse período de guerra mundial. Assim, além de cuidar da saúde do trabalhador – considerando o alto índice de endemias que assolavam naquelas regiões, a exemplo da malária, febre amarela, beribéri, icterícia e todos os tipos de verminoses –, também era necessário investir na infraestrutura local. Isso garantia a mobilidade do principal elemento na cadeia de produção que o modelo de extrativismo assumiu: o trabalhador. Essas informações fazem entender que o Acordo tinha uma logística muito complexa, permitindo que a Comissão atuasse em diferentes dimensões da esfera social e política nacional.

Vale destacar que o deslocamento de milhares de trabalhadores só foi possível graças à organização de um programa específico voltado à migração de mão de obra para essas regiões atendidas pelo SESP. Por meio de uma reunião constituída por membros de organizações brasileiras e norte-americanas, com destaque para representantes do SESP, do Departamento Nacional de Migração (DNI) – ligado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) – e, principalmente, da Rubber Development Corporation (RDC), órgão que, designado pelo Secretário de Estado norte-americano era responsável pelo financiamento desse serviço, surge o Programa da Migração (Bastos, 1996).

A respeito dessa reunião bilateral, Campos (2006) diz que

[...] Derivou desta reunião organização do Programa Migração do Sesp, formalizado em dezembro de 1942, quando a agência e o DNI assinaram um termo de responsabilidade mútua: o DNI recrutaria os migrantes, enquanto o Sesp selecionaria aqueles fisicamente capazes, proveria assistência médica nos postos do DNI e as boas condições sanitárias nos alojamentos (p. 140-41).

Esse Programa operava uma vasta rede de postos de saúde, enfermarias, hospitais, postos de recrutamento e hospedarias, do Rio Grande do Norte ao Pará, com sede em Fortaleza. O Estado do Piauí, incluído nessa rede de atuação, passou a integrar diretamente as ações desenvolvidas pelo programa, principalmente com pontos de apoio na capital Teresina.

No entanto, foi necessário ainda a criação de duas outras agências – o Serviço Especial de Mobilização de Trabalhadores para a Amazônia (SEMTA) e a Superintendência de Abastecimento do Vale Amazônico (SAVA) – pelo governo brasileiro com os recursos da RDC, para que o programa pudesse ser efetivamente viabilizado (Campos, 2006).

Desse modo, o SESP esteve presente em atividades desenvolvidas pelo DNI, SAVA, e também ao SEMTA²³, com o qual firmou convênio que resultou na ampliação do programa. Além disso, teve participação em decisões tomadas pela Comissão Administrativa de Encaminhamento de Trabalhadores para a Amazônia (CAETA), originada através do Decreto-Lei n.º 5.813, de 14 de setembro de 1943, que com a ajuda do Exército Brasileiro, alistou milhares de voluntários especialmente nordestinos para as frentes de trabalho de exploração da borracha (Brasil, 1943).

O Programa de Migração foi encerrado em 1944, próximo ao fim da guerra, e também em razão do fracasso no cumprimento de algumas metas estabelecidas. Para os migrantes e suas famílias, que se deslocaram às regiões de extração, o término do programa representou o descumprimento de diversos acordos, acarretando prejuízos diretos a esses trabalhadores e seus familiares (Campos, 2006).

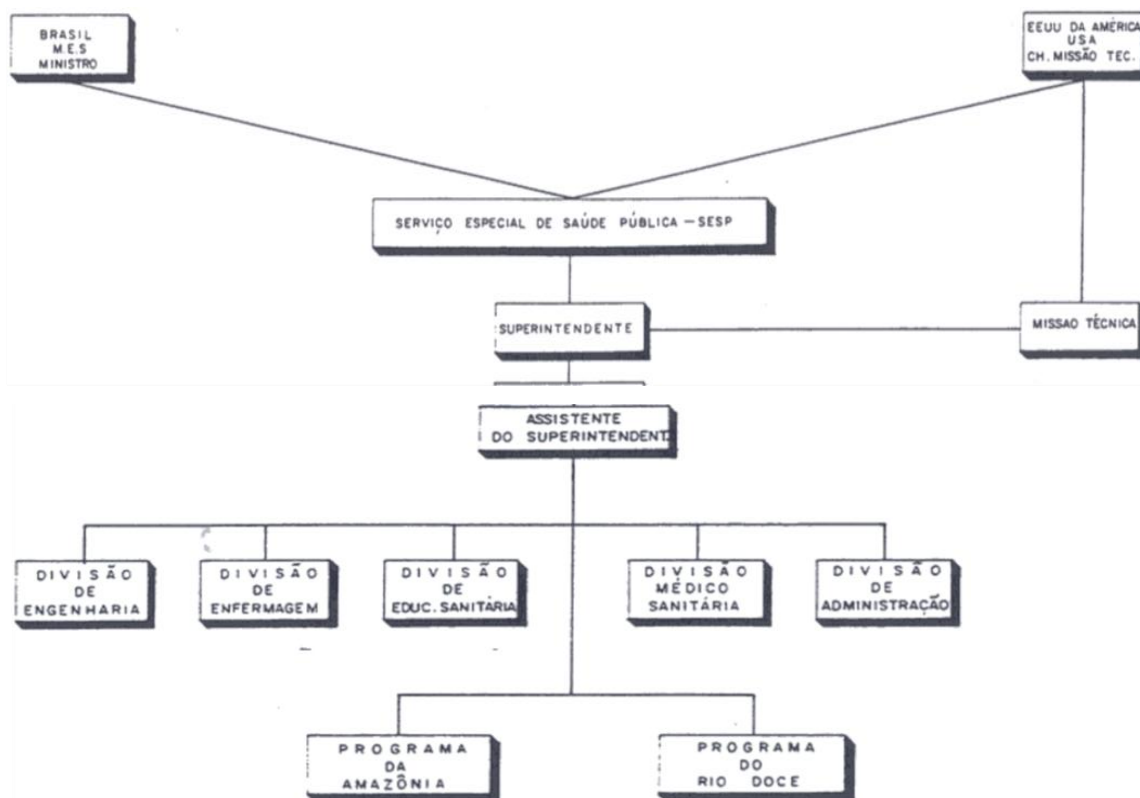
No ano seguinte, outro programa foi encerrado: o Programa da Mica. Criado em outubro de 1943, teve como finalidade prestar assistência médica aos trabalhadores das minas, bem como desenvolver atividades de saneamento básico, tendo em as vistas péssimas condições sanitárias das áreas, que abrangia por parte da região centro-norte do Estado de Minas Gerais. Esse programa estava alinhado ao Programa do Rio Doce.

Até o fim do conflito mundial, em 1945, o SESP consegue cumprir com êxito a grande maioria dos objetivos para os quais fora criado, atendendo tanto às necessidades estratégicas dos Estados Unidos quanto, sobretudo, aos interesses do governo brasileiro. Desde quando foi criada, esteve alinhada aos planos do primeiro governo Vargas de promover o desenvolvimento econômico, integrar regiões historicamente marginalizadas e ampliar a presença e a autoridade do Estado federal sobre o país.

A seguir, um organograma da estrutura organizacional da instituição referente ao ano de 1946, já sem o Programa da Migração e o Programa da Mica inclusos.

²³ Fundado em novembro de 1942, promoveu uma intensa campanha de recrutamento de trabalhadores, utilizando diversos meios de comunicação, como folhetos, cartazes e anúncios em rádios e jornais. Até maio de 1943, já havia recrutado mais de 50 mil homens para as regiões extrativistas (CAMPOS, 2006 *apud* GREEN, 1971).

Quadro 1 – Estrutura organizacional do SESP (1946)



Fonte: Bastos (1996)

Com o término da guerra e a saída de Vargas da presidência nesse mesmo ano, os acordos bilaterais entre Brasil e Estados Unidos permaneceram ativos, o que possibilitou a continuidade e a expansão regional das ações do SESP. Nesse novo cenário, o acordo entre os dois países passou a assumir um direcionamento distinto, exigindo que o Serviço se adaptasse ao contexto político do pós-guerra – internacionalmente marcado pela Guerra Fria²⁴ e, no plano nacional, pela ascensão dos governos populistas, que marcariam as próximas duas décadas –, superando, assim, a razão inicial de sua criação. Como destaca Campos (2006) essa capacidade de sobreviver ao contexto imediato em que fora posto quando criado deve ser compreendida a partir dessas transformações e tensões geopolíticas do período e da expansão da cultura do desenvolvimento.

²⁴ Conflito ideológico e geopolítico entre Estados Unidos e União Soviética (1947-1991), marcado por disputas de influência global sem confronto militar direto entre as superpotências.

Foi nesse contexto pós-guerra que o SESP desenvolveu uma doutrina organizacional própria, voltada à continuidade decisória e à eficiência na execução das ações de saúde pública. Além disso, demonstrou, uma notável capacidade de resolver os desafios administrativos e organizacionais comuns à rotatividade de dirigentes, assegurando a seus programas uma estabilidade rara no contexto burocrático brasileiro – fator que contribuiu para sua continuidade nas décadas seguintes. Nesse sentido, como observa Fonseca (2006), além de cumprir os objetivos iniciais que justificaram sua criação, as ações do SESP “[...] teriam desdobramentos importantes e deixariam marcas significativas no processo de institucionalização da saúde pública brasileira.” (p. 215).

Mesmo diante dos bons resultados demonstrados e das melhorias nas condições de vida das populações proporcionadas pelos programas, os serviços do SESP se restringiram as regiões iniciais. O motivo, talvez, estivesse nos riscos de encerramento da agência, que marcou uma tensão no final da década de 1940, uma vez que o último contrato assinado entre o governo brasileiro e a IAIA, ainda em 1943, durante o comando de Gustavo Capanema à frente do MES, encerraria em 1948.

Conforme analisou Campos (2006)

Os anos de 1948 e 1949 foram particularmente críticos para o Sesp: o acordo com o Iaia terminaria em dezembro de 1948 [...]. Funcionários das duas agências pressionavam para a continuidade dos programas. O diretor da Divisão de Saúde e Saneamento do Iaia procurou, em abril de 1948, o ministro da Educação e Saúde; este autorizou Marcolino Candau, então superintendente do Sesp, a negociar [...]. Em junho do mesmo ano, a diretoria do Instituto reuniu-se e aprovou a sequência do programa de saúde no Brasil. (p. 207-208)

No entanto, mesmo diante do novo acordo firmado, os recursos financeiros enviados pelo governo norte-americano diminuíram ainda mais²⁵, o que poderia resultar na má prestação dos serviços prestados pelo SESP. Logo, o parecer desse acordo acabou gerando tensões internas, especialmente entre os políticos da região Norte. Entretanto, a solução veio ainda em 1948, quando o MES, sob o comando de Clemente Mariani, aprovou a inclusão de um orçamento na União destinado ao financiamento do programa no ano seguinte (Campos, 2006).

²⁵ Durante a vigência do último contrato (01/01/1943 a 31/12/1948), o governo brasileiro concordou em contribuir com um aporte financeiro que quase dobrou em relação aos recursos norte-americano (Bastos, 1996).

Com isso, a partir do ano seguinte, o SESP iniciou a sua expansão para todas as regiões do país. Antes limitado principalmente aos Estados do Amazonas, Pará e ao Vale do Rio Doce, seus serviços passaram a alcançar outras áreas, especialmente o Nordeste, quando firmou convênios diretos com três estados da região. Esse processo de expansão resultou, até 1960, na atuação da instituição em todo o território nacional e na diversificação de suas receitas financeiras, o que contribuiu para ampliar ainda mais sua autonomia (Bastos, 1996).

Portanto, para além da pretensão norte-americana, a atuação do SESP produzia um efeito simbólico muito importante no processo de reconhecimento da autoridade pública nacional. Pela primeira vez na história do país, essas populações puderam conviver, entender e sentir-se protegidas pelo poder público, transferindo para ele parte da lealdade dispensada nas relações pessoais que predominavam nessas regiões.

3 A EXPANSÃO DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA E SUA INSERÇÃO NO PIAUÍ

3.1 Da Expansão à Transformação

Como já mencionado anteriormente, a partir de 1949, o SESP iniciou uma nova etapa da sua história, caracterizada e denominada por Bastos (1996) como “Fase de Expansão”, marcada pela ampliação de sua área de atuação para outras regiões do país. Esse período representou não apenas a consolidação das atividades do SESP fora da Amazônia e do Vale do Rio Doce, mas também a intensificação de sua presença em outras localidades até então pouco assistidas, reforçando o papel da instituição para o governo brasileiro como agente fundamental na interiorização das políticas públicas de saúde.

Ainda sobre essa fase, Bastos (1996), observa que

Apesar de constituir um organismo de caráter instável, visto depender de convênio internacional de duração limitada, o raio de atuação do Serviço foi fortemente ampliado em decorrência de dois fatores: criação dos Planos de Valorização Econômica estabelecidos na Constituição de 1946 e as solicitações diretas de Estados ao Ministério da Educação e Saúde no sentido de obterem a colaboração do Serviço. Por solicitação dos Governos da Bahia, Pernambuco e Paraíba, em 1949, o SESP deslocou-se para áreas econômicas desses Estados, de produção de cacau, no primeiro; cana-de-açúcar no segundo e de sisal, no terceiro, a fim de organizar serviços médico-sanitários, com o objetivo de melhorar as condições de saúde das populações locais e constituir centros de treinamento para as respectivas organizações estaduais de saúde. Na Bahia foram entregues os municípios de Ilhéus e Itabuna; na Paraíba, os municípios de Alagoa Grande, Areia, Esperança e Alagoa Nova; e em Pernambuco, os municípios de Palmares, Ribeirão e Gameleira (p. 36).

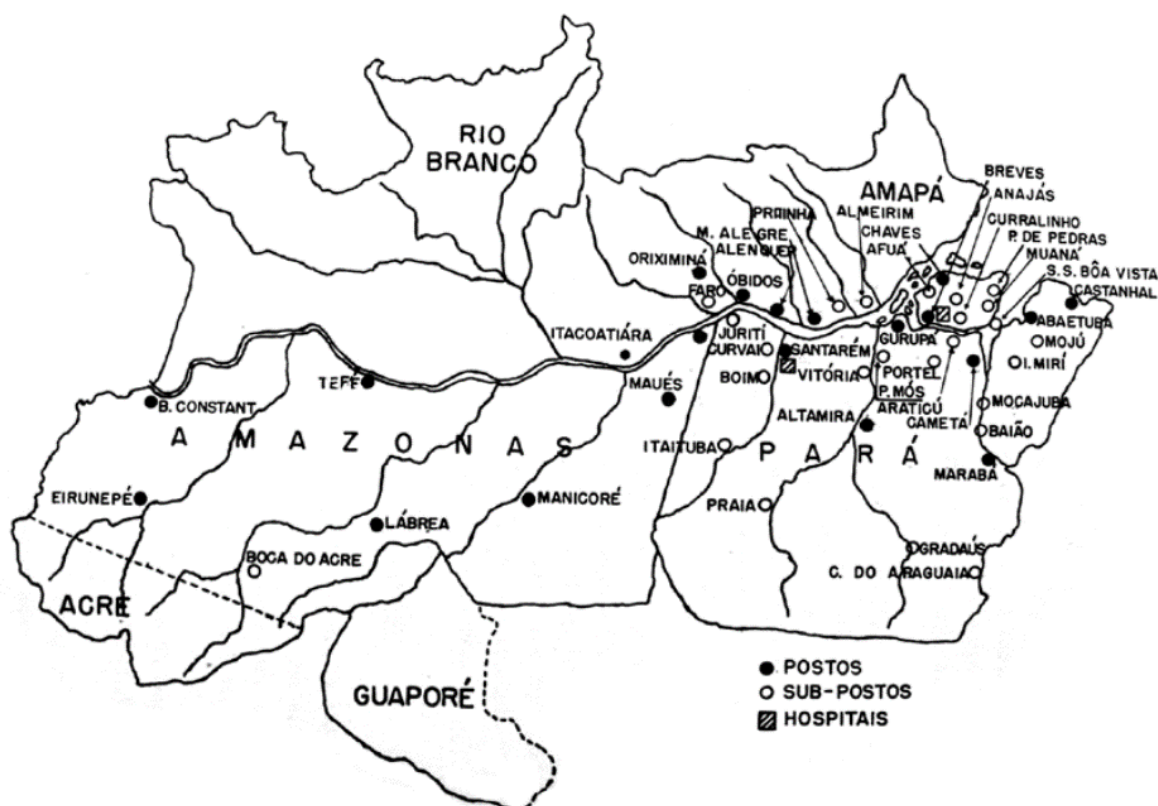
O convênio firmado com o estado da Paraíba, em 1949, constituiu o ponto de partida para a atuação do SESP nos demais estados da região Nordeste. Nesse estado, por meio desse acordo firmado em maio desse ano que “[...] o Sesp assumia a responsabilidade sobre diversas unidades sanitárias do estado, que não operavam por falta de verbas. Segundo o contrato, o estado contribuiria com 50% das despesas para a manutenção das unidades” (Campos, 2006 p. 243 *apud* SESP, 1949).

Logo em seguida, Pernambuco e Bahia também assinam convênio com o SESP. Esses acordos resultaram na criação de dois programas que passaram a operar de forma semelhante ao Programa da Amazônia: o Programa da Bahia e o

Programa do Nordeste, este último abrangendo os estados da Paraíba e de Pernambuco.

No início da década de 1950, o Programa da Amazônia – primeiro programa constituído pelo SESP – ainda seguia em plena atividade, com postos, subpostos e hospitais instalados em diversos pontos estratégicos da região. Em 1951 contabilizava 22 postos e 26 subpostos nos estados do Amazonas e do Pará e havia assumido o controle e a profilaxia da lepra nos municípios desses estados. Em 1954 o Programa da Amazônia foi dividido em dois: Amazonas e Pará. Até 1960, ano em que se transformou em fundação, o SESP atuava em 24 municípios no estado do Amazonas e atendia 466.781 pessoas, o que representava 65,1% da população (Sousa; Schweickardt, 2013 *apud* FSESP, 1951, 1961).

Mapa 2 – Mapa de atuação do Programa da Amazônia (1952)



Fonte: Sousa; Schweickardt (2013)

No mesmo período, a instituição vinha ampliando significativamente sua atuação, abrangendo cerca de metade dos estados do Nordeste na primeira metade dessa década. A consolidação dessa expansão ocorreu ao longo dos anos seguintes,

sendo que as últimas unidades federativas a firmarem convênios com o SESP foram, respectivamente, o Rio Grande do Norte e o Piauí, em 1956.

A seguir, apresenta-se uma tabela com os respectivos acordos firmados entre o SESP e os Estados do Nordeste, com destaque para o Piauí – última unidade federativa da região a estabelecer um convênio com a instituição e assunto que será discutido na próxima seção.

**Tabela 1 - Lista de convênio (SESP)
Região Nordeste**

Estados	Ano do convênio
Paraíba	1949
Pernambuco	1949
Bahia	1949
Alagoas	1950
Sergipe	1950
Ceará	1955
Maranhão	1955
Rio Grande do Norte	1956
Piauí	1956

Fonte: Tabela produzida por Emerson Luis de Sousa Lemos a partir de Bastos (1996)

Além da região amazônica, do Vale do Rio Doce e do Nordeste, o SESP também firmou convênios com diversos estados: em 1950, com outras regiões de Minas Gerais; em 1952, com o Rio Grande do Sul; em 1957, com São Paulo; e em 1958, com o Rio de Janeiro e Santa Catarina. Mesmo antes de sua transformação em fundação, em 1960, o SESP já se fazia presente em todas as unidades da Federação, alcançando, assim, uma abrangência verdadeiramente nacional (Bastos, 1996).

Peçanha (1976) considera que nos anos 1950, o SESP, estava passando pela sua segunda fase, na qual denomina “Fase Nacional”. Para autora durante essa fase que houve uma significativa ampliação dos serviços de atendimento à população. Nesse período, as políticas sanitárias passaram a ser direcionadas especialmente às populações do interior, com a consolidação de convênios entre o SESP, os governos estaduais e as administrações municipais.

De fato, esse período, que abrange toda a década de 1950, é considerado por muitos estudiosos da instituição como o mais significativo em termos de expansão e institucionalização nacional do Serviço. Segundo Campos (2006) é nesses anos que

[...] o Sesp atingira seu ápice de sua autonomia, poder e prestígio. Consolidando-se como instituição, expandiu sua área de atuação geográfica e profissional, diversificou atividades e influenciou a organização de outras instituições, como os departamentos de saúde estaduais. Estes departamentos seriam então reorganizados, modernizados e assumiriam funções antes outorgadas ao Sesp (p. 266).

Essa expansão não se limitou ao crescimento da rede física de atendimento. Representou também o fortalecimento institucional do SESP, que passou a ser reconhecido como referência nacional nas áreas de saúde e saneamento. Tal prestígio possibilitou o desenvolvimento de programas mais amplos, voltados à suplementação das ações dos serviços estaduais e municipais de saúde, consolidando o papel do SESP como agente estruturador da política sanitária em territórios até então negligenciados pelo poder público, principalmente nessa região do Brasil.

Suas atividades a nível regional foram promovidas por programas vinculados à superintendência desse serviço. As atividades locais eram realizadas pelos distritos sanitários, situados normalmente na sede dos municípios mais importantes, onde eram instalados os postos de higiene ou os hospitais. Normalmente esses serviços funcionavam com a instalação de uma equipe composta por médico, enfermeira e um engenheiro sanitário, que procurava atuar tanto em relação às endemias já existentes, como implementar um programa de educação sanitária com finalidade de contribuir para a população desenvolver novos hábitos. A atuação do SESP não se restringia apenas à assistência médico-sanitária e à formação de profissionais – ela ia muito além.

Durante quase cinquenta anos de existência – de 1942 a 1990 –, o Serviço Especial de Saúde Pública passou por diversas mudanças em sua estrutura e organização administrativa. Desde sua criação até o ano de 1960, o SESP manteve-se como uma agência bilateral financiada pelos governos do Brasil e dos Estados Unidos, atuando com autonomia, sem subordinação direta aos órgãos de saúde competentes da época.

Peçanha (1976)²⁶ identificou três fases distintas dessa atuação: a Fase Amazônica (1942-1949), marcada pela presença inicial do SESP na região Norte; a Fase Nacional (1950-1959), período em que o serviço expandiu sua atuação para outras regiões do país; e, por fim, a Fase Atual, caracterizada pela transformação do SESP em Fundação²⁷.

Em 1960, pouco antes do término do convênio internacional que sustentava sua permanência e após anos de debates sobre sua continuidade no país, o SESP foi transformado, durante o então Governo de Juscelino Kubitschek²⁸, em fundação por meio da Lei nº 3.750, que autorizava o Poder Executivo a convertê-lo na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). A nova instituição ficou vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, com jurisdição em todo o território nacional e sede no Distrito Federal (BRASIL, 1960). A partir desse momento, seu financiamento passou a ser integralmente realizado pelo governo brasileiro e assegurava a continuidade da agência criada em 1942.

Quando passou por essa transformação, muitos memorialistas da instituição atribuíram a ela o seu declínio e a perda de liderança no campo da saúde (Bastos, 1996; CAMPOS, 2006). Percebe-se, no entanto, a sua sobrevivência por mais três décadas, o que não significa que, durante todo o período, que vai até 1990, a instituição tenha mantido a mesma estabilidade que teve sob estatuto jurídico “especial”. Para Bastos (1996), um ex-superintendente do SESP, a sua continuidade sob essa jurisdição

[...] não só possibilitaria a continuidade e o funcionamento do Serviço, como também preservaria suas características essenciais, fundamentadas na versatilidade, rapidez e autonomia de ação, que foram a tônica do extinto SESP. A essa época o SESP estava consolidado, havia atingido a sua maturidade, ocupando espaços em todos os Estados brasileiros, dado assistência médico-sanitária à várias populações carentes e contribuindo de maneira efetiva para a economia e o desenvolvimento das regiões

²⁶ PEÇANHA, Angela Maria de Meneses. **Fundação Serviços de Saúde Pública – FSESP**: um estudo de desenvolvimento institucional. Monografia apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública da FGV. Rio de Janeiro, 1976.

²⁷ O trabalho de Peçanha foi apresentado como parte de um curso de pós-graduação, com o objetivo de obtenção do título de mestre em Administração Pública, pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), em 1976. À época, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) ainda estava em funcionamento, já transformado em Fundação Serviços de Saúde Pública, nome adotado em 1969, mas popularmente chamada de “FSESP” ou “Fundação SESP”. O foco do seu estudo era voltado principalmente para os aspectos administrativos e organizacionais da instituição, que seguia exercendo um papel relevante na estrutura de saúde pública brasileira. Sua extinção definitiva ocorreu apenas em 1990.

²⁸ Presidente do Brasil entre 1956 e 1961.

consideradas de grande importância sócio-econômicas (Bastos, 1996, p. 488).

Na história do SESP-FSESP, constataram-se, de fato, crises de natureza administrativas e organizacional após sua transformação em 'Fundação', acompanhadas por alterações gradativas, em especial durante o regime militar²⁹. Em 1969, a então FSESP, passa por outra reformulação estrutural e teve sua denominação alterada pela última vez. Por meio do Decreto-Lei nº 904, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública passou a ser denominada Fundação Serviços de Saúde Pública, tendo como finalidade promover, coordenar e, de forma supletiva, executar atividades de prevenção e controle de doenças em todo o território nacional (Brasil, 1969). Ao longo de sua existência, a instituição passou por diversas transformações em sua estrutura organizacional e administrativa, sendo algumas mais relevantes que outras.

Contudo, como apresenta Bastos (1996), o SESP já vinha implementando algumas mudanças em sua estrutura para se adaptar ao contexto político e econômico em que estava inserido. As primeiras ocorreram entre os anos de 1945 a 1949. A partir de 1954, modifica sua sistemática, reduzindo sua atuação direta e auxiliando os entes federativos técnica e financeiramente no desenvolvimento de estruturas de base em seus territórios. Em 1957, surgiram os Programas Integrados de Saúde, originados por meio de acordos multilaterais entre o SESP e diferentes órgãos de saúde nacional e internacional. Esses programas passaram a ser implementados em diversas unidades federativas, principalmente nos estados do Nordeste – exceto o Maranhão, que foi o único estado da região a não fazer ser implementado o programa. Até o ano de 1959, as constantes mudanças ocorridas na estrutura em diferentes níveis – central e regional –, tiveram um único objetivo: “[...] dispor o Serviço da necessária flexibilidade administrativa, para facilitar o seu ajustamento às variedades das tarefas das quais era incumbido” (p. 59).

Sobre o Estado do Maranhão, separado o Piauí pelas águas do Rio Parnaíba o convênio com o SESP teve início em 1955, por meio do Plano Quinquenal da Superintendência de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA). Embora não tenham sido implementados os Programas Integrados de Saúde nem criado um Serviço Cooperativo de Saúde no estado, a atuação do SESP seguiu moldes

²⁹ A ditadura militar no Brasil teve início em 1964 e estendeu-se até 1985.

semelhantes aos adotados em localidades onde esses dois serviços foram estabelecidos (Lima, 2024).

3.2 O SESP no Piauí: implementação e ações entre 1956 e 1960

A configuração geográfica do Piauí, caracterizada por uma grande extensão de Norte a Sul do seu território, bem como o modelo de ocupação de suas terras – baseado na pecuária extensiva –, resultaram em uma forma de ocupação populacional esparsa, concentrada principalmente nas áreas centrais de caatinga e ao longo dos grandes espelhos d'água. Essas características eram mais acentuadas do Centro para o Sul do Estado, onde os currais foram instalados seguindo o caminho do gado que descia do sertão da Bahia. O Norte, embora tenha abrigado grandes criatórios de gado, conseguiu atrair outros tipos de atividades, especialmente o comércio que se realizava pelas águas do rio Parnaíba. A diversidade de atividades permitiu outro tipo de configuração demográfica para aquela parte do Estado, garantindo-lhe uma dinâmica que não se observou no centro-sul (Domingos Neto; Borges, 1983).

No que concerne à saúde, nas primeiras décadas do século XX, era comum, no discurso dos dirigentes do Estado, a afirmação de que o Piauí possuía boa situação de salubridade, atribuída às suas condições climáticas. Esse discurso, no entanto, foi modificado com a passagem da missão dos sanitaristas do Instituto Osvaldo Cruz pelo Piauí. Os médicos Arthur Neiva e Belisário Penna percorreram por algumas localidades do sul do estado e, em seus registros, descreveram as precárias condições de vida dessas populações. Segundo esses sanitaristas, essas pessoas viviam abandonadas

[...] de toda e qualquer assistência, [...], sem escola, sem cuidados médicos e higiênicos, contando exclusivamente com seus pouquíssimos recursos, [...]. Vítimas do clima ingrato, da caatinga hostil, de moléstia como o impaludismo [...] (Neiva; Penna, 1984, p. 199).

Depois da publicação do relatório da viagem dos sanitaristas, em 1916, o governo estadual já não pôde mais assegurar o discurso sobre a favorável salubridade da população do Piauí. No ano seguinte, o então governador Eurípedes de Aguiar em

mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, afirmou que a população piauiense se encontrava em terras frescas, localizadas à margem dos rios, lagoas e brejos, adequadas para a agricultura e pecuária, mas que eram todas doentias, flageladas pelo impaludismo³⁰. Nesse documento, no tópico sobre a saúde pública, há a seguinte afirmação: “Não temos serviço de saúde publica: o que há entre nós com este nome, é cousa tão embryonaria, imperfeita e destituída de pratica, que melhor fora, se não existisse (sic)” (Piauí, 1917, p. 17)

Informou, ainda, que no Piauí, onde havia água, estava presente também o mosquito transmissor da endemia. Expressava a gravidade da situação advertindo que “[...] quando o nosso roceiro, preparando o campo para a lavoura fere a terra com a enxada, cava ao mesmo tempo sua própria sepultura” (Piauí, 1917, p. 18). Eurípedes de Aguiar, diferentemente de seus antecessores – normalmente engenheiros, militares ou bacharéis em Direito – por ser médico, mostrou mais sensibilidade com os problemas sanitários do estado e com a saúde da população. Tal compreensão justificava a quase inexistência de ações governamentais destinadas à saúde da população, em especial daquela que habitava os recantos mais remotos do Estado.

Seu sucessor, João Luiz Ferreira³¹, também, em mensagem ao Legislativo, referente ao ano de 1920, demonstrava mais otimismo quanto à questão sanitária do Estado. Apesar de ter afirmado que o território piauiense foi o último a aderir às ações das campanhas de saneamento do Brasil, chamando-o de “o último retardatário”, ressaltou que o mais importante era que o primeiro havia sido dado. Em seu governo foi criado, através da Lei nº983 de 1920, um posto sanitário em Teresina, inaugurado no seguinte e bastante aclamado pelo então governador (Piauí, 1921).

O fato é que, embora as ações de saúde pública tenham sido bastante ampliadas a partir da segunda década do século XX, quando o Piauí aderiu à política de saneamento rural desenvolvida pelo governo federal, o seu alcance foi, quase que exclusivamente, as duas maiores cidades do Estado: Parnaíba e Teresina. Os demais municípios permaneceram praticamente fora dessa assistência.

Conforme Alvarenga (2013), foi apenas a partir de 1935, que o Estado passou a integrar de maneira mais extensiva as políticas nacionais de saúde, buscando ampliar a assistência médico-sanitária para a sua vasta extensão territorial. Em 1938,

³⁰ O mesmo que malária.

³¹ Foi governador do Piauí entre 1920 e 1924.

alinhando-se as medidas governamentais implementadas no Estado Novo, o Piauí realizou reformas estruturais na saúde pública, conforme as recomendações do MES, na qual obrigava o Estado “[...] a organizar de maneira gradativa os serviços de higiene e as atividades de assistência médica e sanitária, por todo o território piauiense” (p. 144). No início da década seguinte, como símbolo de concretização dessas reformas, foi inaugurado na capital Teresina, um hospital³² cujo nome era do então presidente. Percebe-se, portanto, que tais ações do governo piauiense estavam de acordo com a nova fase do governo varguista e em concordância com o ministério comandado por Capanema. Nesse período, o Piauí estava sob a administração do médico-interventor Leônidas Melo (1935-1945) e alinhado aos interesses de varguistas.

Todavia, tanto nesse quanto durante o período dos governos democráticos³³ do país, o Estado procurou integrar-se às políticas e determinações de saúde nacionais, embora limitações econômicas e de infraestruturas tenham dificultado atingir melhores resultados, especialmente junto às populações rurais, frequentemente acometidas pelas principais endemias da época – com destaque para a malária.

Sobre essa moléstia, Porto (1948), em matéria escrita para a Revista da Associação Piauiense de Medicina³⁴ tratou da presença da malária no Estado do Piauí. Afirmou a presença da doença em todo o Estado, observando que a mesma ocorria com mais frequência no vale dos grandes rios e seus tributários, lagoas, barreiros e depressões, produzindo uma endemicidade baixa durante todo o ano. Explicou que a falsa impressão em relação a uma situação de endemicidade no Estado, devia-se à presença de uma população flutuante oriunda dos vizinhos Estados do Maranhão e do Ceará.

Nesse sentido referiu-se à implantação de um plano de assistência com a instalação de unidades sanitárias em diversos municípios do Piauí, incumbindo ao Serviço Nacional de Malária a distribuição de “modernos” medicamentos e orientações técnicas, a exemplo da entrega de tabelas para a aplicação do Aralen, derivado quinoleico integrado ao tratamento do infectados pelo agente anofélico, que as pesquisas médicas vinham demonstrando apresentar melhores resultados, em termos

³² O Hospital Getúlio Vargas (HGV), foi inaugurado em maio de 1941. Até hoje o hospital existe e é referência em saúde pública em todo estado (Piauí, 2024).

³³ Período compreendido entre 1946 e 1964, que se estende do fim do primeiro governo Vargas até o início do Ditadura Militar. Foi caracterizado por presidentes populistas e por uma crescente mobilização política das massas.

³⁴ Ler: páginas 25-29.

de tempo de recuperação do paciente e menor custo ao poder público, que a quinina e seus derivados sintéticos.

Ainda sob esse paradigma sanitarista informou que o referido tratamento só surtiria os efeitos desejados se a comunidade dispusesse de um aparelhamento sanitário capacitado para a luta contra o mosquito transmissor, entre eles estava o que também denominava de uso da moderna substância pesticida diclorodifeniltricloetano, o “DDT”³⁵, que vinha mostrando excelente capacidade inseticida, com um efeito residual de até seis meses quando borrifado sobre as paredes das residências. Ressaltou ainda, que os efeitos dessa substância não ocasionariam danos à saúde de seres humanos.

O exposto mostra que mesmo não apresentando um quadro de endemicidade semelhante a outras regiões do país o autor faz questão de destacar a necessidade e o empenho do Estado para enfrentar a malária, respondendo de forma positiva às demandas que a população apresentava nesse setor. Com isso, podemos compreender que o Piauí – que, no começo do século, era descrito por seus políticos como um estado de “boa salubridade” – passa a informar uma população acometida pelas diferentes endemias que faziam parte dos registros nacionais. Nas décadas seguintes, o Piauí, mesmo com dificuldades, começa a desempenhar um papel mais eficiente nessa área.

Nesse sentido, na segunda metade dos anos 1950, a mensagem do chefe do Executivo piauiense apresentada ao Legislativo sobre o exercício de 1956 informou que os desafios enfrentados pela saúde pública no Estado, em razão da escassez das verbas orçamentárias destinadas a esse setor, permaneciam os mesmos naquela segunda metade do século. Essas dificuldades teriam incidido sobre a capacidade de compra de medicamentos e materiais, bem como a realização de ações que contribuíssem para a melhoria da situação existente (Piauí, 1957).

Presume-se que essa situação tenha levado o governo do Estado, por meio do chefe do Executivo Jacob Manoel Gayoso e Almendra, a procurar o Serviço Especial de Saúde Pública para firmar convênio, especialmente destinado ao atendimento da população rural.

³⁵ A popularização do uso do DDT no Brasil ocorreu inicialmente por meio dos programas do SESP. Nas décadas de 1970 e 1980, com a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), seu uso foi intensificado, especialmente nas ações de combate à malária (CAMPOS, 2006).

No final daquele ano, em nota publicada no Jornal do Brasil de 30 de outubro, com o título “Serão atacados os problemas do Piauí”, foi noticiado o convênio firmado entre o Ministério da Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública, Governo do Estado do Piauí e o Instituto de Assuntos Interamericano. A finalidade desse acordo era manutenção, pelo Ministério da Saúde e pelo SESP, através da criação Serviço Cooperativo de Saúde local, com a vinda para esse Estado de técnicos especializados na área. Inicialmente, esse entre o governo piauiense e a instituição federal previa ser valido até 1959.

Firmado o acerto entre ambos, resulta, posteriormente, na criação do “Serviço Cooperativo de Saúde do Piauí”. A esse serviço foram confiadas, pelo Departamento de Saúde do Piauí, áreas de vários municípios do interior, visando o desenvolvimento de serviços de saúde e saneamento³⁶. A partir de então, o Piauí passou a integrar-se à estrutura administrativa do SESP³⁷, tornando-se, assim como na década de 1920 em relação à adoção das políticas sanitárias, o último estado do Nordeste a estabelecer convênio com a essa instituição que se encontrava, na época em sua fase de nacionalização.

Essa cooperação em saúde seguiria o mesmo padrão implementado no Estado de Sergipe um ano antes, o qual previa, junto ao órgão competente pelos serviços de saúde do estado, as seguintes atribuições:

[...] a execução de um programa de saúde pública, nos municípios do interior do Estado; o preparo e aperfeiçoamento dos servidores necessários à execução do programa estabelecido, tanto profissionais como auxiliares; a colaboração com os demais serviços do Departamento e do Ministério da Saúde (Bastos, 1996, p. 135).

Em 1957, colocando em prática a nova orientação funcional do SESP, foi posto em funcionamento, além dos Serviços Cooperativos já existentes em diversas partes do país, os Programas Integrados de Saúde, resultante das parcerias estabelecidas entre Estados, Ministério da Saúde, SESP, Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa modalidade de serviço, que

³⁶ Inicialmente, o SESP, através dos Serviços Cooperativos, deveria limitar-se à prestação de assistência técnica e financeira aos estados e municípios, conforme as diretrizes estabelecidas a partir das mudanças de 1954. No entanto, posteriormente, percebe-se que a instituição acaba atuando diretamente nas localidades conveniadas.

³⁷ No ano de 1957, aparece no organograma referente a estrutura organizacional do SESP, a existência do Programa do Piauí. Todavia, não foi encontrado nenhum documento ou trabalho citando esse programa no Estado.

incluía o Piauí, foi implantada também nos Estados do Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo e Mato Grosso. Posteriormente, o mesmo tipo de serviço foi estendido para o Ceará, Maranhão, Pernambuco, Alagoas e para a região da exploração do cacau, na Bahia (Bastos, 1996; Diário de Notícias, 1958).

Nesse ano a situação da saúde pública no Estado do Piauí foi bastante agravada, pois além de lidar com recursos reduzidos frente às crescentes demandas por serviços nesse setor, a população local ainda foi acometida por um surto da gripe asiática, especialmente nos últimos meses do ano, período em que a região começa a entrar na estação chuvosa. A situação exigiu medidas profiláticas e distribuição de medicamentos tanto na capital quanto no interior, demandando muitos esforços por parte das autoridades médicas, sanitárias e da administração pública.

No ano seguinte, na edição de 11 de maio de 1958, o “Diário de Notícias”, da cidade do Rio de Janeiro, noticiou a assinatura de novos convênios do SESP com o Piauí e o Espírito Santo, com o objetivo de intensificar, por meio dos Serviços Cooperativos de Saúde, as ações nesses estados. A matéria trazia o título: “Documentos firmados com Piauí e Espírito Santo”³⁸. Esse convênio previa a participação financeira do Instituto de Assuntos Interamericano, que liberou, naquele ano, o valor de 3.750 mil cruzeiros para o Estado, com a finalidade de que esse recurso fosse investido na organização dos serviços de saúde locais, incrementando e criando postos de atendimento às populações do interior e favorecendo a instalação de serviços de educação sanitária que pudessem orientar o estabelecimento de condições de higiene mínimas para o bem-estar da população. Além disso, a matéria também informava a continuidade aos serviços de engenharia no Ceará, estado vizinho ao Piauí.

Como desdobramentos dessas ações, a mensagem do chefe do executivo à Assembleia Legislativa, relativa ao exercício de 1959, afirmou que realizara os esforços possíveis para o bom funcionamento do serviço no Estado. Informou, ainda, que “[...] estiveram em funcionamento as unidades sanitárias³⁹ de Barras, Castelo do Piauí, Campo Maior, bem como a de José de Freitas, que naquele ano fora convertida em unidade mista⁴⁰ por ter sido nela instalados quatro leitos para os serviços de

³⁸ Ler: sexta seção, p. 1.

³⁹ Unidades de ação mais ampla, situadas nas sedes dos municípios, ofereciam assistência médica permanente a crianças, gestantes e adultos (Bastos, 1996).

⁴⁰ Englobam as atividades da Unidade Sanitária e da Unidade Hospitalar, sendo que esta última pode ser geral ou especializada em determinados atendimentos (IBID).

maternidade” (p. 69). Além das já citadas unidades sanitárias, registrou que em agosto daquele ano entrariam em funcionamento mais duas unidades sanitárias: a de Altos e a de Piripiri. Todas as cidades mencionadas estão localizadas no norte do Estado, com maior proximidade com a capital, onde já se encontrava instalado uma relativa estrutura de saúde (Piauí, 1959).

As estatísticas de atendimento de 1959, revelavam que as maiores demandas geradas ao Serviço de Cooperação no Piauí estavam relacionadas à assistência médico-sanitária ao adulto e no tratamento de doenças transmissíveis. Aquele era o terceiro ano de atuação do serviço no Estado e a malária era uma das grandes preocupações no campo da saúde pública. Naquele ano os municípios de Castelo do Piauí e Piripiri, especialmente nas suas áreas rurais, apresentaram alta incidência da endemia. No intuito de combater a moléstia, foi registrada a realização de um programa relativamente extenso de imunização antivariólica e anti-tifóidica, fruto da parceria com o Serviço de Cooperação em Saúde. As ações abrangeram tanto as sedes municipais quanto as áreas rurais, totalizando, respectivamente, 34.833 e 3.840 pessoas vacinadas.

Outra endemia que recebeu os cuidados do Serviço de Cooperação foi a tuberculose, que aparece nas estatísticas de causa mortis como uma das maiores responsáveis pelos óbitos registrados no exercício de cada ano. Segundo as explicações dadas pelas autoridades públicas, a situação daquela doença em alguns locais do Piauí estava relacionada principalmente com a realidade socioeconômica daquelas áreas, pois normalmente o grande número de casos se encontrava relacionado às regiões de maior pobreza, produzindo uma curva de morbidade ascendente. Apenas a título de exemplo, os boletins dos anos de 1955 e 1959, mostram que o número de óbitos relacionados com essa endemia foi respectivamente de 96 e 105 casos, o que demonstra um crescimento do número de vítimas, ainda que não alarmante, apesar do funcionamento do Serviço de Saúde (Piauí, 1959).

Nessa mensagem também se destaca dificuldade em formar as equipes para trabalhar nesses órgãos, em especial para atendentes, ressaltando que a seleção de pessoal era feita utilizando o critério meritocrático e que, depois de selecionados, os integrantes do serviço recebiam qualificação para a prática de suas funções. Percebe-se, na mensagem do governador, a preocupação em evidenciar o diferencial do trabalho que estava sendo realizado nesse setor, demonstrando a importância que os

serviços assumiam tanto para o Estado quanto para a comunidade, ao informar que os resultados vinham recebendo ótimas avaliações de setores sociais. Como indicadores da boa receptividade e credibilidade desse trabalho, chamou a atenção para o número de convênios que foram assinados com as prefeituras, associações e com a Legião Brasileira de Assistência.

Conforme já mencionado, esse serviço tinha uma atuação complexa nos territórios onde era instalado, adaptando-se às particularidades de cada realidade local. Participava de forma ampla do processo de organização social, pois a concepção de higiene ao qual estava vinculado ligava-o aos diferentes setores da realidade. Isso permitia que os seus profissionais produzissem amplo conhecimento não só a respeito da estrutura administrativa do Estado, como, também, sobre o funcionamento da sociedade. Penetrando nas zonas mais isoladas do país, esses profissionais conseguiram chegar a áreas e populações que viviam em localidades de pouco acesso pelo poder público.

Campos (2006) a esse respeito nos permite superar a visão dualista da perspectiva “imperialismo x dominado” que marcou algumas abordagens sobre as relações entre países economicamente desenvolvidos com países em processo de desenvolvimento. Sem desconsiderar as assimetrias dessas relações, o autor produz análises que favorecem a compreensão do funcionamento das agências internacionais como espaços de luta de poder e disputas político-culturais que refletem a maneira como as instituições nacionais atuaram na modelagem de suas ações.

Esse é um processo interessante para reflexão pela riqueza das experiências que a sua prática produziu. Longe de poder ser considerado uma via de mão única – em que governo norte-americano controlava todas suas operações – a atuação do SESP nas diferentes fases, necessita ser compreendida a partir das tensões que foram conformando seu desempenho em cada espaço de sua atuação.

Considerando a diversidade geográfica, cultural e econômica desse vasto país, seja em âmbito oficial, seja no cotidiano da execução de suas práticas, é inegável que foi necessária disposição do corpo de funcionários desse serviço para negociar com a população os limites das interferências no seu dia a dia, reorganizar seus planejamentos diante de barreiras materiais encontradas na execução de suas práticas e, principalmente, construir um espaço de negociação entre os seus

representes legais – tanto entre o governo federal, quanto aos representantes políticos locais.

Ainda, sobre 1959, registrou os cuidados destinados ao setor de assistência ao infante no problema contínuo que a diarreia e a morbidade dela decorrente vinham submetendo à população. Mostrou que a cidade de Campo Maior era o local onde a situação exigia maior atenção, ainda que nessa cidade, como todas as unidades sanitárias dos Estados estivessem providas de lactários e de salas de reidratação. Fazia parte desse Serviço Cooperativo o acompanhamento das gestantes, especialmente através das visitadoras sanitárias. Desse modo, informava a assistência prestada às mães durante a gravidez e, depois do parto, o acompanhamento do recém-nascido através de orientação para os cuidados diários e de informações sobre os cuidados médicos como vacinação, acompanhamento de crescimento, alimentação e outros necessários ao estado saudável do bebê.

Estritamente, o Serviço Cooperativo de Saúde do Piauí teve grande destaque no município de Altos, sendo a assinatura do convênio com o SESP, em 1959, um marco relevante para aquele território. A parceria estabelecida entre o poder municipal e essa repartição federal representou uma virada na assistência à saúde local, refletindo diretamente nos indicadores de atendimento e nas condições sanitárias da população.

Segundo o relatório da gestão municipal de 1963, logo no início do mandato, o prefeito Francisco Raulino buscou articulações com a direção do SESP, com o objetivo de reativar e assegurar o pleno funcionamento do Posto de Saúde de Altos. O convênio firmado previa a cessão do prédio e de subvenções por parte da prefeitura, enquanto o SESP se responsabilizava pelo envio de um médico residente e pela distribuição de medicamentos. Após a reforma das instalações, o posto foi inaugurado e passou a contar com a atuação do médico Raimundo Batista Barbosa, que durante três anos prestou serviços relevantes à população local por meio de atendimentos médicos permanentes.

O contraste com os anos anteriores à chegada do SESP é evidente, como mostra o documento, uma vez que antes a assistência era precária e restrita a poucos doentes, em 1959 (de agosto a dezembro) já se registraram 5.052 atendimentos. Em 1960, esse número subiu para 9.673 e, em 1961, alcançou 10.396. Até julho de

1962⁴¹, o total acumulado era de 30.443 atendimentos, sendo 21.878 deles apenas consultas médicas. Além da ampliação no acesso à saúde, o cuidado ao infante também se destaca “[...] de 266 crianças nascidas vivas apenas faleceram 14. Isso é quase índice de terra civilizada” (Altos, 1963, p. 4).

Essas constatações quantitativas e qualitativas demonstram não apenas a eficácia do serviço cooperativo implementado pelo SESP no município, como também o impacto direto sobre a qualidade de vida da população interiorana. Apesar da atuação inicial ter se limitado aos municípios mencionados, após 1960, quando transformada em fundação, sua expansão território piauiense é visível.

Até o ano de sua extinção, o Piauí ainda mantinha acordos com a então “Fundação SESP” (FSESP), sendo que, em vários municípios, o único meio de acesso à saúde pública era por meio desse órgão federal, como demonstra Bastos (1994), no Dicionário Histórico e Geográfico do Piauí. Portanto, tudo indica que o que aconteceu em Altos tenha se repetido, de maneira semelhante, nos anos seguintes em outros municípios do Estado, evidenciando a profundidade e durabilidade das ações iniciadas a partir do primeiro convênio firmado, em 1956.

As raízes estavam fincadas. Contudo, este trabalho se propõe a limitar-se ao período delimitado, com foco nas fases iniciais da atuação do SESP, ainda enquanto uma agência bilateral com estatuto jurídico 'especial', no Estado do Piauí.

⁴¹ Apesar desses dois últimos anos não estarem incluso no recorte temporal deste trabalho, achei necessário citar tais informações, pois mostra o processo gradativo consolidação que o SESP teve no município de Altos, principalmente durante a gestão do prefeito Francisco Raulino.

4 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo analisar a trajetória do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e sua inserção no estado do Piauí, sem desconsiderar a investigação historiográfica necessária para compreender a conjuntura da saúde pública brasileira durante a primeira metade do século XX.

Essa investigação foi conduzida no primeiro capítulo, com o propósito de compreender o papel da saúde pública no Brasil, principalmente no contexto da construção da identidade nacional e dos entraves que dificultavam o desenvolvimento e modernização do país. Além disso, buscou-se identificar as condições sanitárias do Piauí e o lugar ocupado pelo mesmo frente às escassas políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo governo federal durante a República Velha. Observa-se que, já a partir do governo de Eurípides de Aguiar (1916-1920), houve por parte dos gestores estaduais uma busca pela participação do estado na agenda governamental relativa à saúde pública. No entanto, apesar desses esforços, percebe-se que o estado acabou sendo incluído de forma tardia durante a República Velha, a Era Vargas e no contexto de expansão do SESP.

Ainda sobre o primeiro capítulo, tornou-se necessária a compreensão do contexto em que o SESP foi criado: internacionalmente, no cenário da Segunda Guerra Mundial, e nacionalmente, na Era Vargas. Inicialmente, sua criação atendeu os interesses tanto dos Estados Unidos quanto do Brasil. Porém, após o término da guerra, sua permanência mostrou-se benéfica para o país, especialmente devido por meio da prestação de serviços de saúde modernos e inovadores para época e da sua atuação em muitas localidades nunca antes assistida pelo Estado. Isso fez com que sua existência pudesse ser prorrogada diversas vezes, mesmo diante de ameaças de extinção.

No segundo capítulo, discutiu-se brevemente como se deu o processo de expansão do SESP, com foco no Nordeste, que inclui o Piauí. Destacou-se também a transformação do SESP em fundação, em 1960, o que demonstrou novamente a necessidade de sua continuidade na prestação de serviços de saúde em diferentes regiões do território nacional, principalmente nas remotas, onde não havia uma participação efetiva do poder público. Porém, o foco principal desta seção foi entender o contexto da inserção do SESP no Piauí e a sua atuação no estado, durante os seus

últimos quatro anos que atuou como agência sob estatuto jurídico “especial”, o que lhe concedia autonomia frente aos demais órgãos de saúde vigentes da época.

No decorrer da pesquisa, identificou-se que o Piauí foi última unidade federativa da região Nordeste a assinar um acordo com o SESP na sua fase de expansão, ou “nacional”, no ano de 1956. Presume-se que, esse acordo, segundo relato do governador da época em sua mensagem de governo, só foi possível devido à escassez de recursos destinados à área da saúde. Tal fato pode revelar o lugar marginal que o estado ocupava nas prioridades nacionais ou uma falta de interesse do governo estadual em estreitar esses laços anteriormente, mesmo em um contexto em que o discurso da nacionalização dos serviços de saúde ganhava força.

Ainda, nessas mensagens que se refere ao recorte temporal proposto, notou-se que a precariedade das condições sanitárias, somada à escassez de recursos humanos e à fragilidade das estruturas institucionais locais, tornou a presença do SESP particularmente significativa – ainda que insuficiente para promover, de forma imediata, uma transformação estrutural da realidade sanitária piauiense. Um exemplo disso é o documento referente à atuação do SESP no município de Altos, entre 1959 e 1963, no qual são exaltadas as melhorias nas condições de saúde da população, proporcionadas após o prefeito da época firmar um convênio com a instituição.

Notou-se, também, que o raio de atuação do SESP no Piauí limitou-se a municípios próximos da capital Teresina. No entanto, sabe-se que, após sua transformação em fundação, outros municípios piauienses também firmam acordos com a instituição. Em muitos desses locais, o SESP passou a representar, durante décadas, o único meio de acesso à saúde pública disponível para a população. No entanto, essa discussão demanda uma outra pesquisa, podendo ser bem mais aprofundada, tendo em vista o recorte temporal e a expansão da instituição no Piauí.

Portanto, mesmo que os resultados aqui analisados possam ser considerados satisfatórios para os objetivos deste trabalho, há ainda muito a ser explorado – especialmente em relação a esse recorte temporal –, uma vez que as fontes disponíveis são escassas, já que muitas delas não se encontram digitalizadas ou acessíveis pela internet. Além disso, espera-se que este trabalho possa servir de base para novos estudos voltados à temática, contribuindo para o aprofundamento das discussões sobre saúde pública, políticas sanitárias e suas repercussões nos contextos regionais.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Antonia Valtéria Melo. **Nação, país moderno e povo saudável: política de combate a lepra no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2013.

ALTOS. Francisco Raulino. **Relatório anual de gestão municipal**. Altos, 1963.

ANDRADE, Rômulo de Paula; HOCHMAN, Gilberto. O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, supl., p.257-277. 2007.

BASTOS, Cláudio Albuquerque. **Dicionário Histórico e Geográfico do Estado do Piauí**. Teresina: Fundação Monsenhor Chaves, 1994.

BASTOS, N. C. de Brito. SESP/FSESP. **1942 - Evolução Histórica - 1991**. 2 ed. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 1996.

BRASIL. Decreto-Lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de Saúde Pública em cooperação com Instituto Office Interamerican Affairs of the United States of America. **Diário Oficial da União**.

_____. Decreto-Lei nº 5.813, de 14 de setembro de 1943. Aprova o acordo relativo ao recrutamento, encaminhamento e colocação de trabalhadores para a Amazônia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**.

_____. Decreto-Lei nº 904, de 1 de outubro de 1969. Dispõe sobre entidades do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde pública na Era Vargas: o serviço especial de saúde pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CASTRO SANTOS, Luiz A. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

_____. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: Hochman, Gilberto; Armus, Diego (Ed.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e no Caribe**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p.249-293. 2004.

DOMINGOS NETO, Manuel; BORGES, Geraldo Almeida. **Seca Seculorum: flagelo e mito na economia rural piauiense**. Teresina: Fundação CEPRO, 1983.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2007.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC/ANPOCS, 2012.

_____. ARMUS, Diego (Org.). **Cuidar, Controlar, Curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

LESSA, R. Apresentação. In: HOCHMAN, Gilberto. (Org.). **A Era do Saneamento**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [online]. 2003, vol.10, n.3, pp.1037-1051.

LIMA, N. T., e HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da primeira república. In: MAIO, M.C., e SANTOS, R.V., (Orgs.) **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCB, 1996, pp. 23-40.

LIMA, Sâmia Raiann Moreira. **Saneamento, unificação e modernização**: a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública no Estado do Maranhão (1950-1970). Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura Plena em História) – Universidade Estadual do Maranhão, Caxias, 2024.

_____. LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O; HOCHMAN, Gilberto. 2005. **A saúde na construção do Estado Nacional brasileiro**: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: Lima, Nísia (org). Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27-58.

MOTA, André. **Quem é bom já nasce pronto**: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NEIVA, Arthur; PENNA, Belisário. **Viagem científica**: norte da Bahia, o sudeste de Pernambuco, o sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. Brasília: Academia Brasileira de Letras, 1984.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. **A questão nacional na Primeira República**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

PEÇANHA, Angela Maria de Meneses. **Fundação Serviços de Saúde Pública – FSESP**: um estudo de desenvolvimento institucional. Monografia apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública da FGV. Rio de Janeiro, 1976.

PIAUI. Eurípedes Clementino de Aguiar. **Mensagem governamental encaminhada à Assembleia Legislativa**. Teresina, 1917.

PIAUI. João Luiz Ferreira. **Mensagem governamental encaminhada à Assembleia Legislativa**. Teresina, 1921.

_____. Jacob Manoel Gayoso e Almendra. **Mensagem governamental apresentada à Assembleia.** Teresina, 1957.

_____. Jacob de Almendra Gayoso. **Mensagem governamental apresentada a Assembleia Legislativa.** Teresina, 1958.

_____. Francisco das Chagas Rodrigues. **Mensagem governamental apresentada a Assembleia Legislativa.** Teresina, 1959.

_____. **Serviços Oficiais de Saúde Pública:** dados de 1959.

_____. **Jornal A Gazeta**, edição de 22 de janeiro de 1943.

PORTO, Carlos Eugênio. Plano de campanha anti-malária no Piauí. In: **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, nº 10, novembro de 1948. Teresina-PI.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Curitiba, n. especial 2, p. 277-290, 2010.

RIO DE JANEIRO. **Jornal do Brasil**, de 20.05.1954.

SEYFERTH, G. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, M.C., e SANTOS, R.V. (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCB, 1996, pp. 41-58.

SILVEIRA, Antônio Carlos; PIMENTA JUNIOR, Fabiano. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical** [online]. 2011, vol.44, suppl.2, pp.19-24.

SOUSA, Amandia Braga Lima; SCHWEICKARDT, Júlio César. “O Sesp nunca trabalhou com índios”: a (in)visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1635-1655.

THIELEN, Eduardo Vilela. et al. **A ciência a caminho da roça:** imagem das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ COC, 1992.