



# As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária

*The origins of the basic healthcare system in Brazil: the District System of Sanitation Administration*

Carlos Eduardo Aguilera Campos

Departamento de Medicina Preventiva  
do Programa de Atenção Primária à Saúde da  
Faculdade de Medicina  
Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Rua Laura Araújo 36 – Cidade Nova  
20211-170 Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
cadu@vetor.com.br

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007.

Múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagem e têm como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico. O surgimento e a consolidação da organização sanitária resultaram de um processo político cujo ideário buscava atender às necessidades segundo um contexto histórico. Analisa-se a trajetória histórica da organização da rede de atenção básica no país tomando-se como referência os seus princípios organizativos e assistenciais, sua expansão em termos físicos e sua função no sistema público de saúde, entre 1918 e 1942. Abordam-se os antecedentes e as iniciativas para se implantar no Rio de Janeiro e, posteriormente, no país um Sistema Distrital de Administração Sanitária, precursor da rede de serviços de atenção básica no Brasil.

**PALAVRAS CHAVE:** saúde pública; história; sistema de saúde; atenção primária à saúde; Brasil.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. The origins of the basic healthcare system in Brazil: the District System of Sanitation Administration. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, July-Sept. 2007.

*There exists an interaction between multiple issues involving policy making, the building of knowledge and the implementation of practices in the health sector, which results in the particular way health services are provided in different historical contexts. The emergence and consolidation of sanitation organization was the result of a political process based on an idea of meeting the needs perceived in a given historical context. The historical course taken by the basic healthcare system in Brazil is analyzed from the perspective of its organizational and welfare principles, its expansion in physical terms, and its function within the public health system between 1918 and 1942. The article seeks to describe in detail the antecedents and initiatives taken in the establishment of a district system of sanitation administration, first in Rio de Janeiro and later across Brazil, which was a precursor of the basic healthcare system in Brazil.*

**KEYWORDS:** history and public health; organization of the healthcare system; primary healthcare; Brazil.

## A saúde pública como organização sanitária

As organizações das sociedades modernas se caracterizam especialmente pela sua complexidade. O modelo burocrático de organização emergiu, segundo Weber (1994), quando a sociedade alcançou determinadas condições dadas pelo surgimento do capitalismo. Estas surgiram só muito recentemente na história, com o fim do patrimonialismo e do sistema feudal. Apesar de terem existido organizações de tipo burocrático em diversos períodos da história da humanidade, eram pouco desenvolvidas e representaram casos isolados. Weber apontou o desenvolvimento da burocratização como um fenômeno inexorável da sociedade moderna, em que:

todo o direito pode ser estatuído de modo racional, sendo um cosmos de regras abstratas. Seus representantes enquanto ordenam, obedecem, ao mesmo tempo, às ordens impessoais. A autoridade institucional é um exercício contínuo, vinculado a determinadas regras dentro de determinada competência. (Weber, 1994, p.867)

Mesmo se referindo aos tipos ideais de organizações, princípios como os de hierarquia, divisão do trabalho, processo de recrutamento, estabelecimento de normas, profissionalização e impessoalidade conformaram um modelo que serve como um mapa para a leitura do mundo das organizações burocráticas (Freddi, 1993).

Muitas das características salientadas por Weber (1994), aliadas à busca da eficiência, passaram a constituir valores inquestionáveis, em substituição às formas de administrar das aristocracias, excessivamente voltadas para os métodos de governo e o controle dos subordinados. Do ponto de vista de controle social, os instrumentos disponíveis para a administração passaram a ser infinitamente superiores. Desde então, muitas teorias surgiram para descrever, interpretar, prever e controlar o funcionamento das organizações.

As práticas de saúde também sofreram as influências do fenômeno burocrático. Historicamente realizadas de forma dicotomizada em modelos tecnológicos, geraram duas formas de intervenção distintas: uma, de caráter social, que se convencionou denominar de sanitária ou de saúde pública; e outra, ligada à prestação de cuidados aos indivíduos, a clínica.

Essa dicotomia é confirmada, se tomamos o conceito de instituição (Baremblytt, 1994)<sup>1</sup>, já que existiram processos sociais, políticos e econômicos a distinguir, historicamente, a clínica da saúde pública. Objetivados de forma singular, cada um desses campos de práticas de saúde esteve determinado socialmente, em geral com possibilidades de integração bastante limitadas, apesar de suas lógicas estarem funcionalmente em sintonia com os objetivos do sistema social e econômico.

<sup>1</sup> Instituição pode ser definida como "árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo o seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressadas em Leis (princípios-fundamento), normas ou pautas" (Baremblytt, 1994, p.177).

Por uma questão de pressupostos teóricos e objeto de trabalho, a epidemiologia, base das práticas sanitárias, gerou um conflito permanente, apesar de secundário, com a clínica institucional, crise esta bastante difícil de superar em determinados contextos. Um muro difícil de transpor estava dado pelo fato de a saúde pública subordinar as necessidades individuais aos interesses da saúde das populações. Inúmeras tentativas de integração organizacional da clínica com a saúde pública esbarraram na problemática decorrente desse conflito. A saúde pública, em sua abordagem coletiva, busca a comunidade doente ou em risco de adoecer, o que pressupõe que o bem-estar coletivo subordina os interesses individuais. Este é, provavelmente, o seu mais importante diferencial da prática clínica institucional. E foi nesse particular que a saúde pública mais se chocou com o pensamento liberal clássico e seus corolários, segundo diversas matizes e correntes que conformaram muitas das organizações médicas e práticas clínicas. Do ponto de vista metodológico, clínica e epidemiologia interagem e servem-se mutuamente como fontes de problemas científicos e modelos explicativos, mas elas possuem éticas distintas. A primeira tem como compromisso a saúde de cada paciente, o de saber tudo sobre o *um*, de modo dedutivo. A segunda busca, de forma indutiva, os fatores de exposição e risco em populações submetidas a relações interpessoais, modos de vida imersos em relações sociais e modos de produção (Almeida Filho, 1992). A compreensão dessa oposição epistemológica é de fundamental importância para o entendimento sobre as bases das propostas operacionais dos estabelecimentos de saúde pública que, mesmo utilizando-se de intervenções clínicas, compreendem e agem segundo uma ótica epidemiológica.

A partir do século XIX, a ciência positiva, imparcial, detentora de soluções para a ameaça oriunda das doenças que invadiam os territórios dos Estados modernos tinha na higiene sua corporificação técnica e política. Em que pese o fato de que tanto o conhecimento epidemiológico quanto a ciência médica e biológica tenham experimentado avanços importantes, foi a saúde pública que primeiro institucionalizou a prática estatal na área da saúde. A clínica não gerou, pelo menos até meados do século XX, uma organização suficientemente convincente para propor soluções concretas e satisfatórias, ao passo que as medidas de saúde pública alcançaram, em alguns casos, resultados espetaculares. Nesses primórdios, o conceito de fronteira geográfica era fundamental, já que isolar, aquartelar, cercar os doentes ainda era uma solução para a defesa dos Estados nacionais, crucialmente dependentes do comércio e das trocas que se faziam pelas fronteiras marítimas. Ao mesmo tempo, começaram a surgir soluções a partir de intervenções sobre o meio ambiente, graças à descoberta de várias cadeias de transmissão de doenças. Assim, a saúde pública contava, prioritariamente, com

uma organização voltada para as regiões de produção e circulação comerciais.

Outras características fundamentais delimitaram o campo da saúde pública e lhe imprimiram estatuto próprio. Em primeiro lugar destaca-se a dimensão estatal de suas práticas; por princípio, o Estado foi a instância legítima para sua atuação e seu desenvolvimento. Para Sears (1993), a saúde pública não só privilegiou o Estado como a agência capaz de criar uma sociedade sadia, como também abrangeu os parâmetros da comunidade na perspectiva estatal. Sendo o Estado subordinado às relações de produção capitalista, a saúde pública sempre atuou dentro dos seus limites, intervindo no espectro de atuação das políticas sociais priorizadas para cada momento histórico.

Uma segunda característica que conforma a prática sanitária refere-se à sua função social de controle e prevenção dos agravos à saúde da população. Tal característica trouxe à suas ações uma legitimidade só reconhecida a médio ou longo prazo. As ações propostas nem sempre foram bem compreendidas ou valorizadas pela população. Em determinados momentos, a reação foi até de hostilidade, como no famoso episódio conhecido como Revolta da Vacina, que expressou a desconfiança de que o uso de técnicas de prevenção pudesse estar escondendo objetivos inconfessos da ação do Estado, como por exemplo aqueles relacionados à regulação da ordem urbana. A imagem da saúde pública como um dos braços indissociáveis das ações de governo sempre esteve presente na representação e no inconsciente popular (Costa, 1985).

Para exercer suas funções na sociedade, o Estado necessita de organizações que constituam um conjunto de estabelecimentos para cumprir os seus objetivos. No seu início, a organização sanitária atuou, especialmente, com o objetivo de controle e isolamento das doenças infecto-contagiosas, lançando mão de equipamentos sociais mais voltados para o apoio logístico da ação de seus funcionários do que propriamente o atendimento do público. Apesar de a consolidação de uma moderna burocracia no setor ter se dado tardiamente e de forma parcial, as políticas públicas propostas especialmente no final da década de 1910 e no início da seguinte são indicativas desse novo enfoque. Elas só foram possíveis com a evolução do aparelho estatal constituído a partir do século XIX, com a chegada de dom João VI ao Brasil. Em 1808 foram criadas as funções de provedor-mor, físico-mor e cirurgião-mor, além de juízes-comissários, delegados do físico-mor e guardas-mores da Corte do Estado do Brasil. Implantaram-se também as Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Essas providências tinham o objetivo de fiscalizar o exercício da medicina e farmácia, além de proteger os portos. Dois anos mais tarde fundou-se o primeiro laboratório clínico, no Rio de Janeiro. Em 1828, com a Lei de

Municipalização dos Serviços, transferiu-se para as municipalidades a tarefa de fixar normas sanitárias, o comércio de drogas e o exercício da profissão médica. São desse tempo as Posturas Municipais, que buscavam disciplinar a vida dos cidadãos de maneira a evitar a propagação de doenças. Um surto de febre amarela motivou a criação, em 1850, da Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao ministro do Império e com as atribuições de executar a polícia médica de embarcações, boticas, mercados ou lugares de onde pudesse provir dano à saúde pública. Essa medida representou um retorno à centralização da administração sanitária no país (Brasil, 1977).

Em 1852 foi criado o primeiro estabelecimento de saúde pública do Brasil, o Hospício D. Pedro II. Em 1881, a Junta Central de Higiene Pública deu lugar à Inspetoria Geral de Saúde e Higiene Públicas, com sede no Rio de Janeiro, e, em 1886 criou-se uma Inspetoria para cuidar da saúde dos portos.

Após a proclamação da República, houve nova tentativa de transferir para os municípios as responsabilidades da gestão sanitária. Em 1892 foram entregues à municipalidade do Rio de Janeiro os serviços de higiene. A Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública se subdividia nas seções de Higiene e Saúde Pública, desempenhando não apenas as suas funções de saúde pública, mas também de assistência social. Em 1899, em razão do surto de peste bubônica em Santos, foram criados o Instituto Butantan, em São Paulo e o Instituto Soroterápico Municipal, no Rio de Janeiro. Em 1902 foi criado o primeiro dispensário de tuberculose no Rio de Janeiro (Singer, Campos, Oliveira, 1978).

Na reforma de Oswaldo Cruz, em 1904, reestruturou-se a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em fins do século XIX, reforçando a participação do nível federal na área da saúde, com o objetivo de atender aos problemas de saúde da capital e prosseguir na defesa sanitária dos portos. A organização da DGSP incorporava inovações tais como a descentralização das atividades executivas mediante a divisão do Distrito Federal em dez Delegacias de Saúde (Silva, Mahar, 1974). Na mesma época o Instituto Soroterápico foi renomeado Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, com ampliação da fabricação de produtos profiláticos, sendo seu nome posteriormente alterado para Instituto Oswaldo Cruz.

Com relação à estrutura que originou as primeiras unidades permanentes de saúde pública na capital da República, merece destaque a criação, em 1914, da Inspetoria dos Serviços de Profilaxia, em substituição à Inspetoria de Isolamento e Desinfecção (Brasil, 1977).

Um novo marco na evolução institucional da saúde pública foi a Reforma Carlos Chagas, com a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública. Ampliou-se o rol das ações da saúde pública, incluindo entre elas a propaganda e a educação sani-

<sup>2</sup> Chagas Filho, 1993. Legítimo sucessor de Oswaldo Cruz, que faleceu com apenas 44 anos, Carlos Chagas acumulou os cargos de Diretor do Instituto Oswaldo Cruz, de Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, e de Professor Titular da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> “Fundação Norte Americana que, em nome da filantropia e da defesa sanitária internacional, estabeleceu relações de cooperação técnica com países sub-desenvolvidos para o controle de doenças endêmicas. Para Costa os seus objetivos se relacionavam aos interesses políticos e econômicos de expansão da influência norte americana no mundo” (Costa, 1985, p.113).

tária, o combate à lepra, às doenças venéreas e à tuberculose, o cuidado com a higiene infantil e do trabalho, e a fiscalização de gêneros alimentícios. Foi criado um extenso e detalhado Regulamento Sanitário Federal, que vigorou por muitos anos e, nesse período, buscou enfrentar novos desafios e superar outros ainda não solucionados na fase anterior, como a tuberculose.<sup>2</sup> Ao defender uma estratégia para o combate ao “maior flagelo da humanidade”, antecipou o discurso que iria predominar nos anos seguintes. O Regulamento recomendava principalmente ações contra o contágio por meio de notificação dos casos, isolamento, desinfecções e educação antituberculosa. Carlos Chagas, porém, apontou que o problema só seria definitivamente resolvido no dia em que surgisse um processo biológico de imunização ou um tratamento específico contra a infecção, dentro de sua perspectiva cientificista clássica (Chagas Filho, 1993).

Entre as inúmeras medidas tomadas entre o fim da década de 1910 e início da década de 1920, três delas podem ser consideradas fundamentais, por lançarem as bases para uma nova forma de atuação sanitária no país: a criação da especialidade médica de higiene e saúde pública, o curso de Enfermeiras de Saúde Pública e a implantação dos primeiros Postos de Profilaxia e Saneamento Rural, vinculados à Inspetoria dos Serviços de Profilaxia. Em todas essas iniciativas foi fundamental a participação da Repartição Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller<sup>3</sup>, que, desde 1916, participava de esforços para o controle da febre amarela, malária e ancilostomíase no Brasil. As bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller a médicos brasileiros para os cursos de especialização de saúde pública da Universidade Johns Hopkins, os recursos financeiros e o acompanhamento técnico foram medidas decisivas para se criar o ambiente adequado ao desenvolvimento de um novo modelo sanitário no país.

### **As origens e o contexto do surgimento dos estabelecimentos de saúde pública no Brasil**

Os primeiros estabelecimentos que visavam atender aos cidadãos, com foco na saúde pública, surgiram em 1918. Muitas foram as razões que levaram à sua criação. Entre elas destacam-se: a ampliação de responsabilidades e atribuições da saúde pública, que passou a atuar nas áreas de saneamento; propaganda sanitária; higiene materna e infantil; higiene industrial; e, naquele momento, especialmente, o combate às endemias rurais. Além disso, novos instrumentos diagnósticos, de profilaxia e imunização, permitiam a atuação mais seletiva e especializada no combate às doenças. Essa mudança tinha como premissa a necessidade de dotar o governo de uma administração modernizadora e buscar um enfrentamento

mais efetivo às doenças endêmicas e epidêmicas. Os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, subordinados ao Diretoria Geral de Saúde Pública, passaram a representar o início dessa nova fase, dedicados a prestar assistência de forma permanente a áreas e populações definidas. Diferenciavam-se das Delegacias de Saúde, organismos mais administrativos, destinados à organização e ao apoio do trabalho do corpo técnico.

Destaca-se também que, anteriormente, a escassez de recursos humanos impossibilitava a existência de um trabalho mais permanente e abrangente. As ações até então estavam restritas às célebres expedições de médicos sanitaristas ao interior do país ou a iniciativas mais ou menos isoladas, compostas por comissões voluntárias, sem bases organizacionais definidas. Essas ações não pareciam alterar substancialmente o dramático quadro de saúde em que se encontrava a população brasileira. Os primeiros Postos de Saneamento e de Profilaxia Rural tinham o objetivo de combater determinadas endemias ou epidemias consideradas prioritárias:

Em conseqüência da campanha de Miguel Pereira e Belisario Penna, sobre as endemias rurais do Brasil, foi iniciado, em Junho de 1918, no Distrito Federal, sob a chefia de Belisario Penna, um Serviço de Prophylaxia Rural, subordinado à Inspectoria dos Serviços de Prophylaxia. Foram instalados, sucessivamente, postos de prophylaxia em Inhaúma, na Gávea, em Jacarépaguá, na Ilha do Governador, em Marechal Hermes, em Bangú, em Campo Grande, em Guaratiba e em Santa Cruz, à testa dos quais foram postos Inspectores Sanitários. Em 1919, foi criado o Serviço de Prophylaxia Rural, autônomo, sendo aumentado o número de postos, para cuidar sobretudo de malária e opilação. (Fontenelle, 1937, p.5)

Essas estruturas disseminaram-se progressivamente pelo interior dos estados. Foram impulsionadas pela criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1918, *pari passu* a expansão da formação de recursos humanos. Médicos e enfermeiras de saúde pública eram considerados os recursos estratégicos para essa nova política. Em 1922 foi criado o Serviço de Enfermagem Sanitária. Para chefiá-lo foi convidada, pelo governo brasileiro, sempre com a intermediação da Fundação Rockefeller, a enfermeira Ethel Parsons, então diretora do Bureau of Child Hygiene and Public Nursing do Texas (Castro Santos, Faria, 1996). Outras sete enfermeiras foram enviadas dos Estados Unidos e, sob a direção de uma delas, Louise Kiennienger, deu-se início, em 1923, na recém-criada Escola de Enfermagem Anna Nery, à formação de enfermeiras de saúde pública, ou, como se convencionou chamar, de enfermeiras visitadoras. Os recursos destinados à construção do novo prédio da Escola e do pavilhão para a internação de pacientes com doenças infecto-contagiosas foram

igualmente viabilizados pela Fundação Rockefeller. Suas principais funções eram as de ensinar aos indivíduos os princípios da vida sadia, proporcionar-lhes os recursos médicos disponíveis na coletividade, combater o contágio e incrementar a luta contra a tuberculose (Barreira, 1992).

Quanto à formação de médicos sanitaristas, uma primeira medida foi o envio de jovens recém-formados para cursarem, com bolsas de estudo, o Curso de Saúde Pública na Johns Hopkins University. Com o aumento do número de sanitaristas formados naquela universidade, foi possível a abertura, em 13 de janeiro de 1925, do Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, para a formação de médicos sanitaristas, subordinado à Faculdade de Medicina da Praia Vermelha e ao Instituto Oswaldo Cruz. A demanda por esses profissionais era tão grande que os formandos eram imediatamente admitidos no serviço público federal (Chagas Filho, 1993).

O trabalho desenvolvido nos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural e de formação de recursos humanos viabilizou a futura implantação de uma nova proposta: os Centros de Saúde. Estes foram concebidos como estabelecimentos de maior complexidade e tornaram-se, até recentemente, as unidades tradicionalmente voltadas à atuação da saúde pública no Brasil.

O surgimento da proposta dos Centros de Saúde pode ser considerado como uma evolução, ou ainda uma estratégia de conversão dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, uma vez que relacionava-se a uma nova concepção sobre as funções da saúde pública, fruto de uma nova conformação política e econômica do país. O enfraquecimento do regime oligárquico e a presença cada vez mais forte da classe média urbana se associaram a novas formulações sobre as ações sanitárias nas cidades. A migração européia e o aumento das populações urbanas não só tornavam necessária a atuação sanitária sobre o meio ambiente, as áreas rurais e as zonas portuárias, como exigiam também estratégias que permitissem atuar sobre as condições de saúde nas cidades.

Havia ainda, na discussão sobre a importância dessa proposta, uma disputa quanto à melhor organização sanitária a ser implantada no país. De um lado, os defensores da constituição de uma rede local permanente, baseada na implantação de Centros de Saúde em seus respectivos Distritos Sanitários, em oposição a um modelo de molde vertical, baseado em ações sanitárias especializadas. A defesa dos Centros de Saúde foi mais incisiva em cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, as mais populosas do país. Era, portanto, uma proposta afinada com os que defendiam que o país tinha como destino uma nova ordem – a industrialização e a urbanização:

O primeiro surto de industrialização no país estava ligado ao fluxo significativo de comércio exterior, especialmente pela di-

mensão deste mercado. Pelo lado das exportações de produtos primários foram estimuladas atividades complementares como o tratamento do café, algodão, processamento do açúcar, carne, sementes oleaginosas, sistemas de transportes e sua manutenção, mecânicas onde se forma mão-de-obra especializada. Já pelo lado das importações foram desenvolvidas atividades industriais ligadas à embalagem, montagem, terminação etc. Ainda outras indústrias se desenvolveram, decorrentes da urbanização: confecção, têxtil, materiais de construção. (Furtado, 1982, p.15)

Esse projeto sanitário, portanto, articulava-se com o processo histórico e social vivido pelo país na segunda metade da década de 1920, fruto de um adiantado processo de concentração de renda, viabilizado pela emergência da economia cafeeira. Essa primeira fase de acumulação capitalista reflete-se em uma aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, nos marcos da crise política da Velha República (Braga, Paula, 1981). O deslumbramento com os novos engenhos humanos produzidos pela ciência e tecnologia, que resultaram em novos valores introduzidos pelo ambiente citadino, não só deu origem ao otimismo com que se tentou antecipar a futura civilização brasileira, como também apurou os quadros do pensamento social. À medida que a difusão dos novos valores urbanos se processou, desenvolveu-se, em oposição, uma ideologia para conservar e justificar o antigo sistema. Opunham-se a esse processo os defensores do ruralismo:

Em defesa da 'natural' civilização agrária, os interesses nela implicados se metamorfoseiam em diferentes formas de atuação e de pensamento ... a felicidade do homem brasileiro está ligada ao meio rural, fonte de energia, de saúde, de pureza de costumes e também pela tese do livre cambismo ... as atividades agrícolas são consideradas como as verdadeiras produtoras de riqueza, enquanto às atividades industriais se atribui a improdutiva tarefa de simples manipuladora e exploradora da riqueza produzida pela terra. Foi reforçado o preconceito de que o Brasil é um País essencialmente agrícola. (Nagle, 1974, p.15)

Desse núcleo de concepção ruralista foram deduzidas variadas posições de crítica ao industrialismo. Esses acontecimentos marcam o início da passagem do centro dinâmico da economia brasileira, voltada para o mercado externo, rumo a uma economia voltada para o mercado interno, ponto fundamental para a superação da estrutura econômica então existente: "Produto do domínio coronelista, a ideologia ruralista atuou como elemento anti-industrialista, empregando recursos para manter a predominância do universo agrário-comercial: para os ruralistas, a vida campestre representa o ambiente ideal para a formação de homens perfeitos, isto é, saudáveis, retos, solidários e respeitáveis" (Nagle, 1974, p.25).

Esse conflito intensificou-se com a crise do café, quando se iniciou uma política mais agressiva de substituição das importações. Aliado aos numerosos conflitos e revoltas nos estados, estes parecem ser um dos principais motivos, como se verá adiante, que ocasionaram atrasos no projeto dos Centros de Saúde até a sua definitiva implementação, pelo Estado Novo. Os Centros de Saúde da cidade do Rio de Janeiro foram, de fato, implantados como uma rede sanitária em 1934.

Em que pesem divergências entre os dois grupos aqui citados quanto à organização sanitária a adotar, ambos defendiam alguns pontos em comum. Como exemplos, podemos citar a concepção acerca da saúde pública como função do Estado, o fortalecimento do poder de intervenção do governo central, a criação de um ministério e a estratégia da educação sanitária como redentora da saúde nacional.

Os Centros de Saúde eram, além do mais, uma evolução das teorias administrativas em voga na segunda metade da década de 1920. Representavam uma nova forma de organização que passou a ser defendida, com muita ênfase, com base nas experiências bem-sucedidas nos Estados Unidos. Esse período pode ser denominado 'nova higiene', e os defensores dessa nova proposta ficaram conhecidos, no Brasil, como Jovens Turcos.<sup>4</sup> O movimento de reforma sanitária tinha como objetivo transformar a atuação de cunho mais regulador, então vigente, em práticas dotadas de nova concepção, calcadas na educação, prevenção e profilaxia, de modo a criar uma nova consciência sanitária nos indivíduos e famílias. Essa concepção era a base central da atuação dos Centros de Saúde e exigia uma mudança organizacional na área da saúde pública. O grupo de reformadores

<sup>4</sup> Segundo o professor Lúcio Costa, Presidente da Sociedade Brasileira de Higiene, esse termo foi cunhado tendo como referência o então processo de ocidentalização da Turquia, que acabou com algumas das tradições milenares daquele país. Os jovens sanitaristas desejavam modernizar a saúde pública brasileira, daí o termo ter sido cunhado e se popularizado quando se fazia referência ao grupo (Campos, 1999).

sentia-se revoltado pela ação atrasada das autoridades sanitárias em relação ao povo, submetido a regime de compulsão nos seus problemas de saúde, quando já estava provada amplamente a necessidade de criar-se no público uma consciência sanitária, pela informação, educação e formação de bons hábitos, que levem os indivíduos automática e inconscientemente a colaborar em seu próprio benefício ... pelas tantas formas por que o pode fazer a Saúde Pública, em vez de multas e exigências várias. (Fontenelle, out. 1969, p.6.)

À época de sua criação, as teorias administrativas enfatizavam a primazia da racionalização dos métodos e da administração científica. Os Centros de Saúde foram concebidos segundo princípios como profissionalização de tarefas, hierarquia de níveis e definição precisa das normas que deveriam cumprir no gerenciamento de suas atividades. Essa organização, ao inspirar-se em diretrizes burocráticas buscava a maior eficiência por meio da agilização dos proce-

dimentos e da redução dos erros (Motta, Pereira, 1986). Quanto maior a possibilidade de homogeneizar o seu objeto de trabalho e normalizar os seus procedimentos, tanto melhor para a lógica que buscavam alcançar. Mesmo quando se considera, como no caso da saúde, que o seu objeto de trabalho é constituído por grupos humanos, esta nova forma de organização sanitária<sup>5</sup> buscou estabelecer delimitações ou recortes justificados em critérios estritos para lidar com determinadas necessidades coletivas. Ao definir tecnicamente as necessidades, foi possível torná-las objetos de trabalho mais ou menos homogêneos segundo alguns grupos de prioridades: tuberculose, higiene infantil, doenças venéreas etc. Paula Souza (1936), representante desse grupo de sanitaristas em São Paulo, muitas vezes alertou a respeito dos objetivos da nova organização, talvez temeroso do perigo de desvirtuamentos, caso seu corpo técnico não tivesse em mente os reais objetivos da saúde pública:

<sup>5</sup> A organização sanitária é o conjunto de estabelecimentos que transforma em práticas os códigos e princípios da Instituição Saúde. Ao conceberem um novo conjunto de estabelecimentos, que tinham em comum uma mesma dinâmica e especificidade, em substituição aos então existentes, os técnicos do Departamento Nacional de Saúde Pública propõem uma nova organização (Campos, 1999).

O médico que vae fazer parte de um serviço dessa natureza, por força do objetivo visado, não poderá actuar como o faria na clínica privada, hospitalar ou dispensários, e sim, revestir-se da consciência de higienista, tendo em mira a preservação da saúde dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutam na coletividade ou descendência, pois, de outra forma, prejudicaria a função primordial da organização. (Paula Souza, 1936, p.21)

A exclusão deliberada de clientes que pudessem buscar livremente as unidades para o atendimento de suas inúmeras demandas e necessidades individuais parece ter sido uma imposição decorrente dos objetivos da organização e o marco definitivo para o fortalecimento de seus princípios. Em outras palavras, ao delinear e circunscrever o seu objeto de trabalho, os Centros de Saúde tinham a possibilidade de desenvolver toda a potencialidade de uma estrutura organizacional do tipo burocrático.

A abordagem científica da administração pública no Brasil constituiu um fenômeno tardio em relação a outros países. A criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho (Idort), em 1932, pode ser considerada o marco histórico do início da racionalização do serviço público. A criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp), ainda na década de 1930, representou a consolidação desse novo enfoque de gestão da administração pública, tendo sido uma iniciativa de jovens entusiastas que tinham regressado de estudos especializados nos Estados Unidos (Brasil, 1977). A reforma administrativa de Vargas, em 1938, teve como objetivos principais a superação do Estado oligárquico mediante a institucionalização do sistema de recrutamento por mérito, a regulamentação do acesso por meio de concursos públicos e a definição de carreiras para os servidores públicos, que previa critérios de eficiência e princípios da ascensão por merecimento. Segundo Diniz

(1978), essas reformas atingiram parte da administração pública, prevalecendo um sistema híbrido com a coexistência de setores que mantinham suas práticas de cunho clientelístico. Esses setores ou núcleos que buscavam construir uma burocracia moderna no aparelho de Estado brasileiro já existiam anteriormente, influenciados por idéias e práticas oriundas de vivências de seus integrantes em países desenvolvidos, como foi o caso dos técnicos do Departamento Nacional de Saúde Pública. Estes buscavam influenciar os seus superiores hierárquicos convencendo-os da pertinência e da conveniência de suas propostas reformistas.

### Os princípios organizacionais da proposta dos Centros de Saúde

As bases científicas e filosóficas a nortear o trabalho nesses estabelecimentos sanitários baseavam-se na epidemiologia, na educação sanitária e na administração sanitária. Essa nova forma de atuar, por meio de uma rede permanente de unidades de saúde, abrangeu novos princípios e metodologias, quais sejam: a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários e a ação das equipes de enfermeiras visitadoras. Por meio destas buscava-se conhecer sistematicamente a situação dos domicílios, das famílias e indivíduos, monitorando e traçando o perfil epidemiológico de cada área. A partir desse conhecimento passava-se a atuar segundo as técnicas de educação, prevenção e profilaxia disponíveis, transmitindo às famílias novos hábitos de higiene. O Centro de Saúde destinava-se a ser um novo espaço, que pudesse funcionar com vários dispensários em horários alternados, sob a chefia de um médico sanitário. A epidemiologia, esquadrihando todo o território urbano por meio da distritalização, poderia agora fornecer, em tempo real, a evolução das principais endemias e epidemias, assim como dos problemas relacionados à saúde materno-infantil e outras doenças, tornando possíveis medidas eficazes de controle e profilaxia. Um modelo que ficou conhecido como Nova Quarentena: “que não é mais um método genérico, que engloba, às cegas e indiscriminadamente, tanto os doentes quanto os sãos, tanto o que é nocivo quanto o que não é. Esse novo modelo exige um conhecimento minucioso e preciso, que se aplica com cuidado e paciência, e não usa a pura força” (Sears, 1993, p.21).

Nesse período, os Jovens Turcos foram ganhando destaque. Entre eles estavam José Paranhos Fontenelle, Barros Barreto, Carlos Alcioly de Sá, Ermani Agrícola, Bandeira de Melo, Jansen de Melo, Mario Pinotti, Otávio Vieira, Amilcar Barca Pellon, Arlindo de Assis e Manoel José Ferreira (Freitas, 1988).<sup>6</sup> Muitos dos seus integrantes eram discípulos de Carlos Chagas, tendo iniciado suas carreiras trabalhando nos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural,

<sup>6</sup> Barros Barreto e Fontenelle, por exemplo, trabalharam desde 1909 em Delegacias de Saúde da capital e, a partir de 1918, nos Postos de Profilaxia Rural. Defendiam a criação da carreira de médicos sanitaristas, constituída em 1921. Fontenelle foi *fellow* e, em 1947, vice-presidente da American Public Health Association (Fontenelle, out. 1969).

ligados ao Departamento Nacional de Saúde. Eles defendiam que somente com uma nova consciência sanitária dos cidadãos seria possível superar as mazelas sanitárias do país. A ignorância, mais do que a pobreza ou as péssimas condições de vida, era considerada a causa da alta incidência de doenças infecto-contagiosas. A educação sanitária consistia na principal ferramenta para combater a disseminação das doenças.

O ideário de uma nova medicina social foi assim retratado por Clementino Fraga (1935, p.6):

Assim de referência aos outros aspectos da hygiene pública devemos esperar da nova organização mais fiel applicação das medidas sanitarias. E pois maior rendimento do trabalho desenvolvido ... depois de Pasteur os conhecimentos das doenças transmissíveis guiaram a technica de sua prevenção, hoje tranquilla e confiada dos proprios recursos. Transposto o marco victorioso, novos cuidados se impoem a medicina social, deslocando-se a vida do indivíduo do insulamento de seu interesse pessoal para o plano complexo do interesse coletivo na familia, na profissão, no meio e na ambiencia de seus passos e actividades. E a medicina, fortalecida em tres quartos de seculo por tantas aquisições, ganhou o rumo de novos destinos, encaminhando pela educação sanitária a formação dos habitos sadios que defendem o indivíduo e colaboram na protecção da espécie.

A influência que as idéias sobre educação gozavam na época não estava restrita apenas ao setor de saúde. De fato, existia no país um grande movimento pela educação. Seus adeptos, ao defenderem a nova civilização urbano-industrial, em detrimento da agrário-comercial, desempenharam o papel de formuladores e de disseminadores de novos padrões culturais, a partir da proclamação de que o Brasil, especialmente na década de 1920, vivia um momento decisivo que estava a exigir outros padrões de relações e de convivência humanas. Consolidou-se a crença na possibilidade de reformar a sociedade pela reforma do homem, para a qual a escolarização desempenhava um papel insubstituível.

O entusiasmo pela educação e o otimismo pedagógico se desenvolveram com base nas correntes de idéias e movimentos político-sociais que atribuíam importância cada vez maior ao tema da instrução, nos seus diversos níveis. Surgiram reivindicações por um ministério para atender às questões de instrução, saúde e saneamento, bases das reformas sociais. A higiene e a instrução eram consideradas questões indivisíveis. Prova disso foram os temas centrais das Conferências Nacionais de Educação de 1928 e 1929: a educação sanitária (Nagle, 1974).

Com relação aos aspectos organizacionais propunha-se a integração de serviços antes distribuídos em diferentes dispensários, a

serem dispostos em distritos. A idéia de delimitação espacial do espaço urbano para a execução de ações de saúde de forma integrada surgiu de experiências bem-sucedidas em Milwaukee, Cincinnati, Boston, Pittsburg, Wilker Barre e Nova York: “O desenvolvimento econômico e científico observado nos Estados Unidos cria condições objetivas para o desenvolvimento de serviços de saúde mais complexos e eficientes. A nova instituição é a resposta técnica para equacionar muitos problemas que os dispensários não mais resolviam” (Barbosa, 1994, p.14).

A partir daí verificou-se que, como se fossem lojas de departamentos, pequenas unidades de saúde poderiam controlar, ao mesmo tempo, vários problemas considerados de saúde pública. Isso levou, em 1915, à criação do Distrito Sanitário nº 1, na Zona Leste da cidade de Nova York. A análise dessa experiência nos Estados Unidos permitiu concluir que a descentralização tinha como vantagem adicional uma maior participação dos cidadãos (Rosen, 1994). O conceito de Distrito Sanitário estava vinculado com a idéia de que o Centro de Saúde serviria como sede das atividades nessa jurisdição. A nova forma de organização sanitária foi um sucesso, a ponto de, em 1930, existirem naquele país 1.511 Health Centers, muitos deles desempenhando ainda várias tarefas de assistência social, além de coordenar serviços até então separados, substituindo o controle centralizado de cada serviço especializado (tuberculose, doenças venéreas, vigilância sanitária etc.). Mantinham maior ou menor grau de autonomia perante os vários tipos de organizações verticais de combate às doenças, mas suas ações se davam integralmente no nível local, permitindo maior funcionalidade. Além disso, por estarem mais próximas dos problemas e das pessoas, tinham maior agilidade e efetividade em sua atuação.

Ocorreu, nos Estados Unidos, uma grande diferenciação do perfil das unidades em decorrência do número de iniciativas independentes de implantação. Prefeituras, associações diversas, entidades filantrópicas, comerciantes e empresários locais, comunidades de bairro e a Cruz Vermelha passaram a administrar os Centros de Saúde. Nos seus primórdios a ênfase de atuação recaiu sobre as tradicionais funções da saúde pública, e incluíram atividades ligadas à educação sanitária, assistência educativa materno-infantil, distribuição de leite, controle das doenças endêmicas e epidêmicas, saúde escolar, vigilância sanitária sobre alimentos, inspeções sanitárias de estabelecimentos e supervisão das parteiras. Não havia ênfase na assistência médica individual, a não ser quando se tratasse de uma atividade indispensável às atividades sanitárias. Havia ainda profissionais de assistência social e de voluntariado com foco em ações de caráter caritativo. O declínio de tais iniciativas, nas décadas seguintes, deveu-se à oposição da corporação médica e de grupos conservadores, contrários ao seu ideário socializante.

O crescimento da medicina hospitalar e a melhoria das condições de vida das populações pobres e imigrantes foram também outros fatores preponderantes. No Brasil, ao contrário, essa rede passa a crescer vigorosamente, após um período de incertezas, como se verá a seguir (Castro Santos, Faria, jan.-jul. 2002).

A implantação dos primeiros Centros de Saúde data do ano de 1925, quando foram instalados três estabelecimentos na capital paulista: o Centro de Saúde do Brás, o Centro de Saúde do Bom Retiro e o Centro de Saúde do Instituto de Higiene, este último considerado como estabelecimento modelo. Publicação a respeito dos documentos confidenciais do Rockefeller Archive Center (EUA) apresenta carta de Paula Souza, datada de 19 de junho de 1925:

Informa que os Centros de Saúde têm funcionado muito bem de modo integrado, sem as antigas divisões (uma para doença venérea, outra para puericultura etc). Agora os especialistas dedicam-se em horários diversos, a suas especialidades, mas sem prejudicar o caráter geral dos trabalhos. Tanto mais que muitos poucos são verdadeiros higienistas. Explica que as discussões realizadas no Congresso de Higiene, em Belo Horizonte (II Congresso Brasileiro de Higiene, 1924) confirmaram que não há vantagens em conservar os postos nos moldes antigos dos postos de profilaxia rural, criados para controle de doenças endêmicas específicas. Seguindo orientação do Dr. Strole planeja transformar estes Postos de Profilaxia em Postos municipais permanentes em São Carlos e Botucatu. Com a reorganização do Serviço Sanitário, planeja implantar vários departamentos operando em tempo integral (outra conquista dos ideais norte americanos. (Castro Santos, Faria, 1996, p.74)

Paula Souza parece confirmar que a intenção era reservar a denominação 'Centro de Saúde' para as unidades de maior complexidade, instaladas em núcleos urbanos, realizando reformas de cunho modernizante nos antigos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural. Seus colegas da cidade do Rio de Janeiro buscavam o mesmo objetivo. A posse de Clementino Fraga no Departamento Nacional de Saúde, em novembro de 1926, viabilizou a implantação do primeiro Centro de Saúde no Distrito Federal. Juntamente com João de Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle inaugurou, no dia 1º de janeiro de 1927, o Centro de Saúde de Inhaúma.

As vantagens enaltecidas por Clementino Fraga (1928), quando da inauguração do Centro de Saúde de Inhaúma, eram principalmente de natureza gerencial e administrativa. Segundo ele, em vez da divisão por funções, em que cada uma das repartições sanitárias era especializada em uma doença endêmica, se fazia mister, especialmente numa grande cidade como o Rio de Janeiro, um sistema de divisão por tarefas, centralizadas todas em um mesmo distrito, que

aglutinasse as diversas repartições antes dispersas, em um local acessível às populações: “Dahi o novo systema de administração que nos últimos tempos vae fazenho caminho em substituição à divisão por funcções, creando-se em cada districto uma repartição sanitaria local, pela concentração, em um mesmo edificio, de todos os dispensários dessa zona e de outros serviços de Saúde Pública sob a chefia de um sanitarista” (Fraga, 1928, p.221).

No Centro de Saúde de Inhaúma foram instalados os seguintes dispensários ou serviços: Higiene Pré-Natal; Higiene Infantil; Pré-Escolar e Escolar; de Olhos, Garganta, de Nariz e Ouvidos; de Doenças Venéreas; de Tuberculose e de Lepra; de Doenças Epidêmicas; de Polícia Sanitária; de Enfermeiras Visitadoras.

Propunha-se a disseminação dessa organização sanitária por toda a capital. Nos Centros de Saúde previa-se a instalação dos seguintes serviços internos, entre os chamados dispensários e escriturários: Administração, Registro, Estatística e Propaganda; Pré-natal; Higiene da Criança; Tuberculose; Doenças Venéreas; Lepra; Saneamento e Policia Sanitária; Hygiene da Alimentação; Hygiene do Trabalho; Exames de Saúde; Laboratório; Enfermeiras (Barros Barreto, Fontenelle, 1935). Essa organização traria muitas vantagens, em detrimento da velha estrutura sanitária, baseada nas Delegacias de Saúde, considerada superada e obsoleta. Como diretor do Centro de Saúde de Inhaúma, empossado desde a sua inauguração, Fontenelle defendia com grande entusiasmo a idéia dessa nova organização sanitária:

Não seria difficil a transformação no Rio de Janeiro, por exemplo. Separado o serviço federal de Saúde Pública, para exercer somente as funcções sanitárias geraes da nação, do serviço local do Districto Federal, seria este organizado por áreas correspondentes de modo geral às actuaes freguezias urbanas e suburbanas. Em cada uma, um Centro de Saúde completo, séde da actividade do respectivo sanitarista, trabalhando sob o regimen de tempo integral, e, ao seu redor, medicos especialistas, de tempo parcial, fazendo funcionar os dispensarios, em dias e horas differentes. Cada centro desses seria tambem um centro de enfermeiras, um centro de propaganda, um centro de guardas, – emfim um centro de esforços em materia de saude publica naquella área limitada, onde o sanitarista estudaria seus coefficients de morbidade, de mortalidade, de mortalidade infantil, etc., seria responsavel por todo o trabalho e faria um relatorio annual, com avaliação da eficiencia de sua obra. Os actuaes chefes das Inspectorias de Tuberculose, de Doenças Venereas, de Hygiene Infantil, etc., cujos serviços agora são desarticulados e isolados uns dos outros, em compartimentos estanques, seriam assistentes do director, como conselheiros e fiscaes das respectivas especialidades formando o estado-maior sanitario. Indo de centro em centro, seriam o elemento estimulador e uniforme de cada

problema, em toda a cidade. Mas em cada centro o sanitarista chefe seria a integração de todos eles, com o espírito vivo e forte do problema total. Embriagado por esta idéia magnífica, já estou vendo, por exemplo, o Centro de Saúde de Botafogo, instalado na rua General Severiano, no bello edificio hoje atravancando de estufas e formoladores que a sciencia sanitária de nosso tempo manda desprezar, transferindo o combate contra os micróbios para o quarto do doente, sob a direção da enfermeira de saúde publica. Alli perto já estão um dispensario de tuberculose, um de doenças venereas e um de hygiene infantil. Falta fundilos, completalos e dar-lhes um chefe unico, responsavel. (Fontenelle, 1937, p.18)

Note-se, ainda, que o primeiro Centro de Saúde não se instalou em área nobre e central da cidade, mas no distante subúrbio de Inhaúma, pólo de migração populacional, com recursos públicos incipientes, apesar de já contar, à época, com cerca de 125 mil habitantes. Também não houve, nos anos que se seguiram, nenhuma reestruturação na rede sanitária. Na região não havia delegacias ou dispensários de qualquer especialidade, e a região contava com apenas trinta médicos, todos com prática exclusivamente privada:

A área servida pelo Centro de Saúde de Inhaúma é um distrito suburbano, do Engenho de Dentro à Cascadura ... para iniciar o serviço imediatamente, foi preciso utilizar o prédio em que funcionava o antigo Posto de Saneamento Rural de Pilares, na periphéria do districto, edificio esse que necessitou sucessivas adaptações e accrescimos, e que ainda assim está longe de bem satisfazer ás necessidades do serviço. (Fraga, 1928, p.221-222)

Além de situar o Centro de Saúde longe do núcleo do poder sanitário, essa opção de localização parece ter sido bastante conveniente no sentido de não ferir susceptibilidades e poderes locais previamente estabelecidos. A esse respeito referiu Fontenelle: “Foram três anos de trabalho insano, ainda mais agravado pela febre amarela, que tornava a assaltar o Rio de Janeiro, e me deixava quase abandonado nos subúrbios da Capital brasileira” (Fontenelle, 1937, p.20).

Essa parece ter sido a mesma lógica quando da inauguração dos outros três Centros de Saúde, em 1929 e 1930. Os três Centros de Saúde que se seguiram foram instalados igualmente em antigas dependências de Postos de Saneamento Rurais, já nessa época inadequados ao perfil sanitário de seus habitantes, e que se tornaram progressivamente integrados à malha urbana da capital. Transformaram-se os Postos de Saneamento Rural de Bangu, Jacarepaguá e Penha em Centros de Saúde, todos em áreas suburbanas sem a presença de outros aparelhos sanitários.

A corroborar a tese de que esse núcleo de sanitaristas conhecido como Jovens Turcos trazia idéias reformadoras visando implantar

uma moderna administração sanitária e uma nova forma de organização burocrática, está o fato de que Fontenelle, em fins de 1925, com bolsa da Fundação Rockefeller, tinha viajado para os Estados Unidos, para estudar, entre outras matérias de interesse, administração sanitária,

Aproveitando o ensejo para visitar várias organizações sanitárias, daquele país e do Canadá, rurais e metropolitanas ... Convencido da grande vantagem da administração descentralizada ... preguei esta idéia de distritalização, e no III Congresso Brasileiro de Higiene, em São Paulo, sustentei, para as grandes cidades, a formação de distritos sanitários de uns 125 mil habitantes, cada um com seu Centro de Saúde, para administração grandemente autônoma, sob a direção de um sanitarista-chefe local. (Fontenelle, out. 1969, p.7)

O núcleo de sanitaristas e autoridades da saúde pública da capital estava, assim, convencido da necessidade de uma ampla reestruturação administrativa e gerencial, incluindo a profissionalização do trabalho, a integralidade das ações e o comando sanitário em uma rede descentralizada de Centros de Saúde, que recebeu o nome de Sistema Distrital de Administração Sanitária.

### **O Sistema Distrital de Administração Sanitária**

A intenção de Paula Souza, de implantar, sucessivamente, novos Centros de Saúde foi levada a termo, incluindo a conversão de Postos de Saneamento e Profilaxia Rurais em unidades de menor complexidade, com a denominação de Postos de Higiene. Em 1926 já havia quase cinquenta estabelecimentos no estado de São Paulo. A despeito de terem sido criados os Centros de Saúde, conviviam ainda com as tradicionais Delegacias de Saúde, as inspetorias especializadas e seus respectivos dispensários. No Rio de Janeiro não se confirmou a intenção de expansão da organização de forma substancial e definitiva até a emergência do Estado Novo. Também em São Paulo esse período é marcado por certa paralisia do projeto. Entre os motivos pode estar a pressão de opositores ao modelo, que defendiam a permanência das inspetorias especializadas, capitaneados por sanitaristas influentes como Belisário Pena, Francisco de Sales Gomes Jr., Artur Neiva e Waldomiro de Oliveira, e também o clima político instável que o país viveu nesse período (Castro Santos, Faria, jan.-jul. 2002). A reforma dependia, portanto, do jogo de forças existente no espaço político com os defensores da antiga lógica de organização sanitária. No Rio de Janeiro, apesar de ter ocorrido a transformação dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural de Inhaúma, Bangu, Jacarepaguá e Penha em Centros de Saúde, estas novas unidades nem ao menos foram incluí-

das no organograma do Departamento Nacional de Saúde como órgãos autônomos e descentralizados, mas tão somente inseriam-se na Inspetoria das Delegacias de Saúde, situação que perdurou até 1934.

<sup>7</sup> “Art. 57. As actividades sanitarias do Districto Federal serão executadas pelo Serviço de Saúde Pública do Districto Federal, que constará dos seguintes órgãos centraes: a) Laboratorio de Saude Publica; b) Inspectoria da Alimentação; c) Inspectoria dos Centros de Saude; d) Inspectoria dos Serviços Especiaes; e) Inspectoria de Engenharia Sanitaria. §3.º A Inspetora dos Centros de Saude exercerá, por intermedio de seus órgãos districtaes e sob feição inicialmente educativo-prophylactica as actividades sanitarias relativas às doenças contagiosas, ao cancer, á hygiene da criança, á hygiene mental, aos exames de saude, á hygiene do trabalho á fiscalizaçã do commercio a varejo dos generos alimenticios, á policia sanitaria, aos serviços auxiliares de laboratorio o de bio-estatistica. As actividades relativas á hygiene da criança, quando ministradas nos centros de saude, serão orientadas, dirigidas e executadas pela Divisão do Amparo á Maternidade e á Infancia, por intermedio do Serviço de Puericultura do Distrito Federal” (lei 378, de 13 jan. 1937).

Um fator favorável à retomada da proposta dos Jovens Turcos pode ter sido a adesão de vários deles à movimento constitucionalista de 1932 (Iyda, 1994). Foi justamente nesse período que Clementino Fraga preparou o terreno para ampliar a nova organização sanitária da capital. Reduziu-se o número de Delegacias de Saúde de dez para três, e em 14 de julho de 1934, o decreto legislativo 24.801 modificou a organização do agora Ministério da Educação e Saúde Pública (decreto 19.402, de 14 de novembro de 1930). No que diz respeito ao subsetor saúde, este passou a ser formado por cinco novas diretorias: Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social; Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República; Diretoria dos Serviços Sanitários do Estado; Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, e Diretoria de Assistência Hospitalar.

O decreto-lei 378, de 13 de janeiro de 1937, criou a Inspetoria de Centros de Saúde<sup>7</sup>, subordinada à Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República. Esta passou a aglutinar algumas das antigas Inspetorias existentes encarregadas da assistência sanitária à capital, com exceção daquelas relacionadas à fiscalização e à engenharia sanitária. Esse decreto representou uma mudança importante de toda a organização, superando a segmentação antes existente. Para se ter uma idéia da amplitude dessa reforma, basta dizer que o quadro de pessoal da Inspetoria de Centros de Saúde passou de 76 para 1.101 funcionários (aumento de 1.448%), e as despesas com salários passaram de 412.590\$ para 5.698.430\$ (aumento de 1.381%).

O município foi dividido em 12 Distritos Sanitários: 1º) Gávea, Copacabana e Lagoa (população de 133 mil habitantes); 2º) Glória e Santa Teresa (população 122 mil); 3º) Santo Antonio, Sant’Anna e Espírito Santo (população 156 mil); 4º) Gamboa, Santa Rita, Candelária, Sacramento e São José (população 152 mil); 5º) São Christóvão e Engenho Velho (população 125 mil); 6º) Andaray e Tijuca (população 156 mil); 7º) Engenho Novo e Meyer (população 156 mil); 8º) Inhaúma oeste (145 mil); 9º) Jacarepaguá e Irajá sul (população 167 mil); 10º) Inhaúma leste, Irajá (subúrbios da E.F. Leopoldina), com subcentro na Ilha do Governador (população 145 mil); 11º) Madureira e leste de Realengo, com subcentro em Anchieta (população 111 mil); 12º) Realengo oeste, Bangu, Guaratiba, com subcentros em Campo Grande e Santa Cruz (população 122 mil) (Barros Barreto, Fontenelle, 1935).

Na realidade, o Sistema Descentralizado de Administração Sanitária da Capital já funcionava informalmente desde o final de

1934. Os prédios das três Delegacias de Saúde, localizados respectivamente à rua General Severiano (em Botafogo), rua do Resende (no Centro) e rua Mariz e Barros transformaram-se em Centros de Saúde, passando a ser sedes, respectivamente, dos distritos 1 e 2; 3 e 4; 5, 6 e 7. Os outros quatro Centros de Saúde existentes tornaram-se sedes dos Distritos 9, 10, 11 e 12. Nota-se que não havia prédios para servirem individualmente de sedes aos recém-criados Distritos Sanitários. Deste modo, as Delegacias de Saúde foram improvisadas em Centros de Saúde para funcionar como sedes de um ou dois Distritos, simultaneamente. Essa situação de improvisação mostrou-se duradoura, tendo sido aproveitados prédios alugados para sede de alguns Distritos Sanitários.

Do ponto de vista da política nacional de saúde, o final dos anos 30 marcou o início da extensão da ação sanitária federal para os estados:

Com a criação, em 1930, do MES, nele obviamente se integrou o antigo Departamento Nacional de Saúde Pública. Mas, só em 1934, positivou-se o início da reestruturação, que vinham exigindo os progressos da técnica de organização sanitária e a situação brasileira, a impor de maneira formal que não mais se concentrassem no Rio de Janeiro as iniciativas do governo da União. Instituiu-se, assim, naquele ano, um órgão técnico de comando para vários serviços do setor saúde, dispersos dentro do novo ministério. Deu-se, pela primeira vez, uma direção especializada aos hospitais gerais mantidos pela União; remodelou-se, fundamentalmente, a organização sanitária do Distrito Federal, instituindo-se o sistema moderno e ideal dos Centros de Saúde; e estendeu-se a ação federal aos Estados. (Barros Barreto, ago. 1942, p.170)

O Ministério sofreu uma nova reforma em 1937, quando se instituiu um novo órgão de direção geral, o Departamento Nacional de Saúde, e estabeleceram-se estas divisões: Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatas e de Amparo à Maternidade e à Infância. O país foi dividido em regiões e foram criadas, para cada uma delas, Delegacias Federais de Saúde. Do ponto de vista de sua organização, os Centros de Saúde deveriam contar com estes serviços: administração e estatística, pré-natal, higiene da criança, doenças transmissíveis, tuberculose, lepra, doenças venéreas, saneamento e polícia sanitária, higiene e alimentação, higiene do trabalho, exames de saúde, laboratório e enfermarias. Essa estrutura evidencia a intenção de centrar a atuação dos serviços exclusivamente nas tarefas tradicionalmente reservadas à saúde pública, confirmando a tese de que os Centros de Saúde deveriam ter caráter essencialmente de assistência sanitária, estranho, conseqüentemente, a toda clínica que não tivesse objetivo profilático (Iyda, 1994).

Mesmo com todo o avanço experimentado nessa época, havia incoerências entre as propostas apresentadas pelos seus defensores e o que realmente se alcançava na legislação e no funcionamento dos Centros de Saúde. Do ponto de vista do modelo, uma das suas características, a de sediar, sob comando único e em uma única instância descentralizada, as diversas ações de saúde pública, o decreto-lei de 1937 trazia vetos em dois artigos contrariando os princípios da reforma de 1934: “Art. 60. Para attender ás necessidades relativas ao amparo a maternidade e á saúde da criança, no Districto Federal, fica creado o serviço de Puericultura do Districto Federal”. Esse artigo deixava claro que o setor materno-infantil tinha a prerrogativa de não se submeter à direção única da Inspeção dos Centros de Saúde. Com relação à outra questão de princípio, o trabalho das enfermeiras, princípio caro e fundamental aos idealizadores da reforma de 34, o decreto-lei é ainda mais enfático. O redator, ao justificar o veto à criação de uma Superintendência de Enfermagem, tomou posição em favor dos seus opositores, que naturalmente discordavam dos princípios consagrados na proposta da nova organização, e da decorrente mudança da lógica de trabalho por funções para o trabalho por tarefas. Esse embate ficou claro quando confrontados os dois lados, nas passagens que se seguem. Na primeira, Fontenelle apresenta suas razões quanto à melhor forma de organizar o trabalho da enfermagem.<sup>8</sup> A seguir, veremos as justificativas ao veto à proposta de criação da Superintendência de Enfermagem:

<sup>8</sup> Fontenelle participou ativamente da fundação da escola Ana Nery e do plano de formação de enfermeiras visitadoras (Fontenelle, out. 1969).

Á chegada da Sra. Parsons, tive o prazer de ser designado pelo director geral do Departamento para com ella collaborar nas bases da organização do nosso corpo de enfermeiras. Felizmente, estavam ambos, desde logo, de accordo em dois pontos importantes: a necessidade de manter o serviço de enfermeiras como organismo autônomo, dentro do Departamento, para fornecer trabalho de enfermagem aos varios serviços especiais (Tuberculose, Doenças Venéreas, Hygiene Infantil, Doenças Epidêmicas etc) e a utilização das futuras profissionaes como enfermeiras de districto, e não como enfermeiras especializadas de tuberculose, de hygiene infantil, etc. Esse é o typo adeantado de organização, que nos Estados Unidos já demonstrou as immensas vantagens de mais economico, mais efficiente, mais rapido e mais facilmente acceito pelo povo, pois que cada família só tem de manter relações com uma única enfermeira para todos os problemas de saúde. Ninguém imagina que esforço foi preciso para vender o ponto de vista contrario, pois todos achavam que era melhor cada um ter as [suas] enfermeiras. A mim, custou-me o ter de deixar voluntariamente o meu posto de assistente da Inspeção de Tuberculose para fazer vencer a idéa. (Fontenelle, 1937, p.414-415)

O texto do veto presidencial ao artigo nº 57, e especialmente a sua justificativa, não deixam dúvidas quanto à discordância com relação às idéias defendidas por Fontenelle:

Veto o art. 57 e seu parographo unico, assim redigido:

“Art. 57. As enfermeiras que trabalharem nos serviços da Inspectoria dos Centros de Saúde e no Serviço de Puericultura do Districto Federal ficarão subordinadas á Superintendencia de Enfermagem, cuja direcção ficara entregue a actual Superintendencia e, na falta desta, a uma enfermeira diplomada, que tenha tido curso especializado em administração, e experiencia na chefia de serviços de enfermagem.

Parographo unico. O programma de trabalho dessas enfermeiras será organizado, conjuntamente, pela Superintendencia de Enfermagem e pela direcção dos serviços referidos neste artigo, sujeito a approvação do director do Serviço de Saúde do Districto Federal.”

Não se justifica a instituição de uma Superintendência de Enfermagem, como órgão autonomo e separado dos quatro serviços de saude do Districto Federal (Serviço de Saúde Publica do Districto Federal, Serviço de Assistencia Hospitalar do Districto Federal, Serviço de Assistencia a Psychopathas do Districto Federal e Servico de Puericultura do Districto Federal), e destinado a fornecer enfermeiras a dois desses serviços (Serviço de Saúde Publica do Districto Federal e Serviço de Puericultura do Districto Federal). Seria este um aparelho improprio e anomalo, consistente apenas de uma directoria ou superintendencia, com injustificavel intromissão nos serviços independentes, pois em taes serviços é que se localizariam as enfermeiras subordinadas á alludida directoria ou superintendencia. Essa intromissão seria causa de frequentes incidentes pessoases, occasionadores de desordem, confusão e prejuizo.

Cada um dos serviços de saude do Districto Federal deverá ter o seu corpo de enfermeiras adequado ás suas necessidades, da mesma forma que terá o seu corpo de medicos. Taes enfermeiras figurarão nos alludidos serviços como parte integrante delles, e sendo dirigidos pela mesma chefia desses serviços. Esta e a única solução, que a experiencia aconselha e justifica.

Uma Superintendencia de Enfermeiras, ao lado dos Serviços autonomos, é tão inexplicavel com o que seria uma Superintendencia de Medicos.

É ainda de notar que, no parographo unico do artigo vetado, quiz o legislador dar ao Serviço de Saúde Publica uma posição de superioridade e de predominio sobre o Serviço de Puericultura, o que não condiz com o espirito do projecto, que é todo orientado no sentido de que o amparo a maternidade e á infancia deve constituir, não uma actividade menor e subalterna, mas ao contrario uma actividade do mesmo nível das demaes que se relacionam com os problemas da saude publica e da assistencia

medico-social. As disposições vetadas não devem, pois, prevalecer, pois, com ellas, prevaleceria uma orientação funesta aos interesses tão elevados de amparo á maternidade e á saude da criança. (MESP, decreto-lei 378, 1937)

Daí conclui-se que a persistência e o entusiasmo dos Jovens Turcos não tinham ainda permitido alcançar o consenso a respeito de teses fundamentais à consolidação dos princípios da organização sanitária e ao papel hegemônico do novo sistema sanitário que se pretendia implantar. Essa idéia iria, porém, sair vitoriosa, como atestou, tempos depois, Fontenelle (1696, p.6): “Depois de luta obstinada, consegui convencer a direção do Departamento a adotar o plano de trabalho de enfermeiras generalizadas, em lugar da enfermagem especializada, como desejavam os chefes das várias Inspeções ... com um pouco de egoísmo de repartição, opinando, aliás, em assunto técnico-administrativo que eles nunca haviam estudado”.

Momentos ainda mais difíceis estavam por vir, especialmente para a rede sanitária da cidade do Rio de Janeiro. Estes podem ser atribuídos à resistência e à oposição aos seus princípios, mas principalmente à descontinuidade administrativa e a mudanças de prioridades na política de saúde. A saúde da capital, então com uma experiência de organização sanitária, passou a ser um objetivo secundário diante da necessidade de consolidação do Estado nacional. Importava integrar o país, aumentando o poder de intervenção nos estados e a influência do governo federal na vida nacional. Isso foi feito de forma autoritária. Não só novos governadores eram impostos por meio da nomeação de interventores, mas também os sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde Pública tinham o mesmo papel com relação aos estados. Muito bem remunerados, esses técnicos foram arregimentados nas turmas que se formaram nos Cursos de Saúde Pública da atual Fundação Oswaldo Cruz e passaram a chefiar as Delegacias Federais de Saúde nos estados ou trabalhar nos serviços nacionais recém-criados.<sup>9</sup> Os quadros técnicos escasseavam na capital. As intenções mais claras do governo federal se materializaram em 1939, com a sumária municipalização da organização, transferida em poucas letras, e sem justificativa, para a Prefeitura do Distrito Federal. O decreto-lei 1040 contava com apenas sete artigos e tinha caráter estritamente administrativo e formal, sem nenhuma justificativa ou exposição de motivos.

Foram transferidos os Centros de Saúde, antes subordinados ao Departamento Nacional de Saúde, para a Prefeitura do Distrito Federal.<sup>10</sup> Esse processo se deu de forma abrupta e nem ao menos o seu diretor geral, Barros Barreto, parecia ter conhecimento da medida. Inconformado, ele pediu demissão do cargo (Picaluga, 1976). Essa medida causou grande impacto, já que a organização tinha conseguido se estruturar menos de cinco anos antes. A municí-

<sup>9</sup> Os Serviços Nacionais de Febre Amarela, Malária etc. remuneravam seus médicos com salário compensador. Essas ofertas de trabalho nos estados reduziram o efetivo de médicos disponíveis para trabalhar nos Centro de Saúde da Capital (Campos, 1999).

<sup>10</sup> “O antigo Departamento Nacional de Saúde Pública tinha até então, e principalmente, o encargo de realizar todas as atividades sanitárias na capital da República. O novo Departamento, não. Tais atividades na capital passaram em grande parte para a Prefeitura em 1939. Barros Barreto considerou como grave erro técnico/administrativo e por isto se afastou do cargo, ao qual retornou em 1941” (Picaluga, 1976, p.72).

palização da rede de Centros de Saúde, porém, revelou-se um processo inexorável, pois refletiu uma nova correlação de forças dentro do governo federal que impunha outras estratégias no que se refere às políticas de saúde. A constituição do Estado nacional importou na reformulação das antigas funções federais. Houve uma tendência ao ressurgimento ou fortalecimento das organizações de orientação campanhista e vertical no interior da administração sanitária. Em 1940 foi editado decreto-lei estabelecendo o regime administrativo do Serviço Nacional da Febre Amarela. O decreto 8.674, de 4 de fevereiro de 1942, aprovou o regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, e continha em sua estrutura os Serviços Nacionais de Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Malária, Peste, Câncer, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Portos, Águas e Esgotos e Bioestatística.

O reflexo mais evidente para a capital da República, da necessidade de se incrementar a ação do Departamento Nacional de Saúde no âmbito dos estados da federação, foi a transferência de diversos serviços assistenciais para o poder municipal do Distrito Federal.<sup>11</sup> Seus defensores continuaram, porém, sustentando a tese segundo a qual a rede da capital deveria ser o modelo norteador para a criação de estabelecimentos semelhantes nos estados da federação e, assim, continuar sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde. Essa, pelo menos, era a intenção de Barros Barreto quando reconduzido à direção, em 1941. Sua volta foi atribuída ao simples fato de nenhuma outra pessoa ter aceitado substituí-lo no cargo, tal a ascendência e o respeito que impunha sobre seus pares. Os Centros de Saúde permaneceram assim como proposta organizacional para o país (Campos, 1999).

O ideário que se consubstanciava na organização dos Centros de Saúde não tinha sucumbido às novas políticas. Mas, de certa forma, delimitou a sua expansão nesse período. A rede sanitária da capital, todavia, permaneceu com o governo do Distrito Federal. Buscou-se assegurar a sua expansão por meio da implantação dos Centros de Saúde, tal como originalmente haviam sido concebidos, nas capitais e em médias cidades brasileiras. Se a batalha na cidade do Rio de Janeiro estava por ora perdida, impunha-se a importante tarefa de disseminá-los pelo país com recursos do governo federal, agora voltado para consolidar sua influência nos estados da federação. Desta forma foi estabelecida uma organização padrão para as unidades sanitárias, sendo os Centros de Saúde, especialmente nas capitais e médias cidades, os órgãos privilegiados de atuação. A organização seguiu o mesmo padrão daqueles Centros de Saúde instalados na capital federal, só que agora com o cuidado de aperfeiçoar ainda mais seus princípios e seus parâmetros de funcionamento.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Além dos Centros de Saúde foram ainda transferidos a Colônia de Curupaiti, o Serviço de Inspeção de Gêneros Alimentícios e os Laboratórios Bacteriológicos e Bromatológico.

<sup>12</sup> “De invulgar capacidade de trabalho, Barros Barreto não parava de viajar por todos os Estados, analisando e debatendo problemas de saúde, ajudando a organizar serviços de saúde estaduais, promovendo a criação de Centros de Saúde Modelo” (Freitas, 1988, p.146).

A Divisão de Organização Sanitária estabeleceu para eles agora uma precisa distinção. Centro de Saúde é a unidade polivalente que, servindo a uma área determinada, aí realiza pelo menos as seguintes atividades: controle das doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, da lepra, das doenças venéreas, a proteção médico-sanitária da gestante e da criança, o saneamento e polícia sanitária das habitações e logradouros, a higiene do trabalho e da alimentação e os exames periódicos de saúde. Mas para estes encargos, a Unidade deverá dispor, no mínimo, de cinco médicos e cinco enfermeiras ou visitadoras em serviço externo de ligação do Centro com a área a que serve (Barros Barreto, ago. 1942, p.208).

Havia ainda, segundo o critério do porte e da oferta de recursos, a classificação das unidades em posto de higiene de primeira classe e de segunda classe, e por último a unidade de mais baixo nível hierárquico, assim caracterizada: “A falta da visitadora, o grande elemento de ação da unidade sanitária, embora haja mais de um médico, implica em relegar o posto de higiene para a categoria de sub-posto” (Barros Barreto, ago. 1942, p.209).

A função do Departamento Nacional de Saúde era a de estabelecer para os estados da federação uma série de normas e padronizações, estimulando a criação de estruturas permanentes de saúde pública. O nível federal passou a executar esta função normalizadora de forma mais incisiva a partir de 1941. Existia a preocupação em mapear a rede sanitária e também estabelecer o princípio da divisão distrital e monitorar o seu desenvolvimento em todo o território brasileiro. A Divisão de Organização Sanitária encarregava-se ainda de classificar as unidades segundo o seu porte e complexidade, determinando que as capitais e as grandes cidades brasileiras deveriam ter, no mínimo, um Centro de Saúde:

Os Centros de Saúde servem às cidades de um certo vulto, e às vezes só a elas, quando extensa a sua área e condensada a sua população. Nas grandes cidades – e é o caso do Distrito Federal, de São Paulo, Belém, Recife, Salvador e Porto Alegre – há mesmo necessidade de dividi-las em vários setores, a cada um deles servindo um Centro de Saúde, Fora dessas últimas hipóteses, em que a área e população de cidades absorvem toda a atividade dos respectivos Centros de Saúde, fora daí, eles ou os Postos de Higiene, constituem as unidades sanitárias de cada um dos distritos, em que se divide o território de um Estado. (Barros Barreto, ago. 1942, p.211)

O Quadro 1 atesta a consolidação dos Centros de Saúde como eixo da organização sanitária e a estratégia de estruturar os Sistemas Distritais de Administração Sanitária em todo o país. Essa situação irá perdurar por décadas, tema que não será aqui analisado por fugir ao escopo do presente artigo.

**Quadro I – Unidades sanitárias existentes no país em 1942 – Divisão de Organização Sanitária**

Estados, Territórios e DF	Distritos Sanitários	Centros de Saúde	Postos de Higiene 1	Postos de Higiene 2	Subpostos	Postos Especializados	Postos Itinerantes	População do distrito/1000
Acre	7				7			12
Amazonas	6	1			2			75,5
Pará	7	2			7			137
Maranhão	6	1		2	4		6	207
Piauí	3	1		2	16			275
Ceará	4	1	4	6		3	2	525
Rio Grande do Norte	11	1		1	3			70,5
Paraíba		1	1	6	10			
Pernambuco	10	4	2	13	32		4	269
Alagoas	10	1		4				191
Sergipe	7	1			6			78
Bahia	10	3		11	44	4		394
Espírito Santo	7	1	1	5	1	2	1	108
Rio de Janeiro	11	2	3		57			169
Distrito Federal	15	15						116
São Paulo	93	7	2	8	77			78
Paraná	6	1	1	17	30			208
Santa Catarina	7	1	4	2				169
Rio Grande do Sul	88	5	35	32				38
Minas Gerais	26	1		25		4		261
Mato Grosso	9	1			8			48
Goíás	7		1	6				119
<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>140</b>	<b>304</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	

Fonte: *Arquivos de Higiene*, ano 12, n.2, ago. 1942, p.209.

## Conclusão

A mudança da organização sanitária brasileira se deu por meio da adoção de diversos princípios e tendências ocorridos nos sistemas políticos liberal-democráticos dos países desenvolvidos, especialmente no que se refere à evolução do aparato burocrático de Estado. Esta não seguiu a mesma trajetória, talvez por conta de fatores como o nepotismo, o clientelismo, as crises que geraram cortes de recursos e paralisaram intermitentemente as funções das organizações. A implantação de princípios burocráticos para a organização sanitária foi, portanto, incompleta, se bem que muitas vezes claramente manifesta por expoentes da saúde pública, influenciados pela formação norte-americana e pela cooperação da Fundação Rockefeller. A lógica burocrática foi impregnando, mesmo que de forma parcial e lenta, as estruturas públicas.

Os Centros de Saúde e o Sistema Distrital de Administração Sanitária foram, na sua gênese, uma proposta de uma nova geração de sanitaristas formada segundo o 'modelo Rockefeller'. Ao buscarem consolidar uma organização pautada nos princípios de educação sanitária, profissionalização do corpo técnico, especialização por tarefas, integralidade, descentralização, distritalização e horizontalização da organização sanitária, sofreram a oposição dos que defendiam especialmente o modelo de saúde vertical e especializado por funções. Não obstante, buscaram imprimir sua lógica e alcançaram, progressivamente, o objetivo de fazer essa organização desempenhar as funções pretendidas. Geraram-se, por fim, mudanças na estrutura e no funcionamento do sistema de saúde brasileiro, mesmo que suscitando ora reações de adesão ora resistências, de acordo com a maior ou menor coerência entre as suas proposições e as políticas vigentes. De maneira geral, porém, o que se deu foi uma progressiva consolidação da organização dos Centros de Saúde.

Pode-se afirmar que as organizações estruturaram um determinado funcionamento que se mantém por longos períodos, anos ou décadas. Daí o consenso de que as estruturas burocráticas tendem invariavelmente à inércia. Esse processo usualmente se caracteriza pela formação de culturas organizacionais. Em uma primeira fase, os Centros de Saúde representaram uma proposta de rede básica permanente que deveria estar próxima às comunidades e que combatesse a ignorância do povo a respeito da higiene, e especialmente a inoperância da saúde pública perante os novos desafios colocados pela urbanização e industrialização do país. Tinham um *status* de agenda propositiva, ao terem sido minuciosamente planejados. Seus idealizadores, àquela época, passaram a ocupar cargos na organização sanitária federal, fundando um novo marco da organização sanitária do país. Além disso, no momento da constituição dessa rede, o país tinha um quadro de morbi-mortalidade em um contexto de adensamento urbano e pobreza que conferiram legitimidade a essa nova proposta. O quadro representava um desafio não passível de solução pela estrutura sanitária até então vigente, o que fortaleceu a idéia de que a organização dos Centros de Saúde pudesse se transformar em instrumento de mudanças. A influência norte-americana nesse processo teve peso decisivo e garantiu a sua tônica modernizante.

O sucesso dessa iniciativa pode ser medido pela evolução dos Centros de Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Todos os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural se transformaram em Centros de Saúde. A estrutura de Inspetorias foi extinta, criando-se uma só Inspetoria: a dos Centros de Saúde.

A emergência do Estado Novo alterou a configuração política no país, e trouxe a imperiosa necessidade de consolidação do poder

central no nível dos estados da federação. Antes concentrando suas atividades na capital da República, o novo Departamento Nacional de Saúde nasceu com o principal objetivo de disseminar as diversas diretrizes da política de saúde por todo o país. Nessa reforma, efetivada em 1941, houve um reforço às ações de cunho mais vertical e campanhista sem prejuízo da continuidade do projeto de implantação dos Centros de Saúde. A permanência de um quadro social adverso no país e a necessidade de um aparato assistencial voltado para os pobres pode ter influenciado neste sentido (Castro Santos, Faria, jan.-jul. 2002). O país foi subdividido em oito regiões, a sediar as respectivas Delegacias Federais de Saúde. O objetivo do Departamento Nacional de Saúde era o de implantar, com base em Campanhas Nacionais, o combate a tuberculose, lepra, peste, febre amarela, malária, doenças mentais, tracoma, bouba, doenças venéreas, bem como os serviços de bioestatística, águas e esgotos e saúde dos portos. Muitos dos sanitaristas das gerações seguintes foram deslocados então para os estados para reforçar essa estrutura, tanto nas Delegacias Federais como nos Departamentos Estaduais.

No âmbito político esse período foi marcado pela indefinição, por parte do Estado, de um arcabouço institucional mais nítido até a consolidação do Estado Novo. Isso pode explicar alguns dos impasses ou retrocessos ocorridos no processo de implementação dessa organização. A partir de finais da década de 1930 tornaram-se mais claros os processos de modernização da administração estatal, que se fortaleceu como uma estrutura burocrática formal. Esses fenômenos, marcados por avanços e recuos, podem ter como raízes a forma de intermediação característica do governo Vargas, de conflito direto, e o enfrentamento dos interesses do capital e do trabalho (Cohn, 1980, p.22).

A necessidade de consolidar a influência do poder central nas diversas unidades da federação levou a uma revisão a antiga ênfase dada às ações sanitárias na capital da República. Esse período coincide com a implantação da rede de Centros de Saúde em todas as capitais do país e nas cidades de médio porte, e de Postos de Higiene no interior do país.

Assim, os Centros de Saúde, do ponto de vista político e administrativo, representaram a superação do antigo modelo sanitário e, também, a intenção de assegurar a primazia da higiene e da saúde pública sobre as outras formas institucionais de assistência à saúde, notadamente a clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, Naomar de  
1992 *A clínica e a epidemiologia.* Salvador: APCE; Abrasco.
- Barbosa, José Policarpo  
1994 *História da saúde pública do Ceará.* Fortaleza: Ed. UFC.
- Baremblyt, Gregório  
1994 *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.* 2.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Barreira, Ieda de Alencar  
1992 *A enfermeira Ana Nery no 'País do Futuro': a aventura da luta contra a tuberculose.* Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Barros Barreto, João de  
ago. 1942 *A organização da saúde pública no Brasil.* *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, ano 12, n.2, p.169-215.
- Barros Barreto, João de;  
Fontenelle, José Paranhos  
1935 *O systema de centros de saúde no Rio de Janeiro.* *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, ano V, n.1, p.83-115.
- Braga, José Carlos de Souza; Paula, Sérgio Goes de  
1981 *Saúde e previdência: estudos de política social.* São Paulo: Cebes; Hucitec.
- Brasil  
1977 Ministério da Saúde. *Evolução institucional da saúde pública.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, Carlos Eduardo Aguilera  
1999 *Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro: reconstrução da trajetória de uma organização sanitária. 1927-1997.* Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro Santos, Luiz Antônio de; Faria, Lina  
jan.-jul. 2002 *Os primeiros Centros de Saúde nos Estados Unidos e Brasil: um estudo comparativo.* *Teoria e Pesquisa*, São Carlos, SP, v.40-41, p. 137-181.
- Castro Santos, Luiz Antônio de; Faria, Lina  
1996 *Arquivo Rockefeller: banco de dados 1920-1925.* Rio de Janeiro: IMS. (Série estudos de saúde coletiva, 143).
- Chagas Filho, Carlos  
1993 *Meu pai.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Cohn, Amélia  
1980 *Previdência social e processo político no Brasil.* São Paulo, Moderna, 1980, 1ª edição. 245p.
- Costa, Nilson do Rosário  
1985 *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil.* Petrópolis: Vozes.
- Diniz, Eli  
1978 *Empresário, Estado e capitalismo no Brasil: 1930-1945.* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Fontenelle, José Paranhos  
out. 1969 *Ordem do Mérito Médico.* *Anais Brasileiros de Ginecologia*, Rio de Janeiro.
- Fontenelle, José Paranhos  
1937 *A saúde pública no Rio de Janeiro, Distrito Federal.* Rio de Janeiro: DNS.
- Fraga, Clementino  
1935 *Horizontes da medicina social.* *Archivos de Higiene*, Rio de Janeiro, ano V, n.1, p.5-8.

- Fraga, Clementino  
1928 Introdução ao relatório dos serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, ano II, n.1, p.221-224.
- Freddi, G.  
1993 Teoria da organização. In: Bobbio, Norberto. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. UnB. p.864-870.
- Freitas, Celso  
Arcoverde de  
1988 *História da peste e de outras endemias*. Rio de Janeiro: PEC; ENSP. (Coleção Memórias da Saúde Pública).
- Furtado, Celso  
1982 *Análise do modelo brasileiro*. 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- lyda, Massako  
1994 *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Merhy, Emerson Elias  
1997 A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. In: Merhy, E.E.; Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec. (Série Didática).
- Motta, Fernando C.  
Prestes; Pereira, Luiz  
Carlos B.  
1986 *Introdução a organização burocrática*. 5.ed. São Paulo: Brasiliense.
- Nagle, Jorge  
1974 *Educação e sociedade na Primeira República*. São Paulo: EPU; Edusp.
- Paula Souza, Geraldo de  
1936 Centro de Saúde: eixo de organização sanitária. *Boletim*, São Paulo, n.59, p.20-21.
- Picaluga, I.F.  
1976 *Política de saúde, campanha sanitária e desenvolvimento capitalista*. Rio de Janeiro. (mimeo).
- Rosen, George  
1994 *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernando da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec.
- Sears, Alan  
1993 Ensina-los a viver: a política de saúde pública, da tuberculose à aids. *Physis*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.7-34.
- Silva, Fernando Antonio  
R. da.; Mahar, Dennis  
1974 *Saúde e previdência social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro: Ipea; Inpes. (Ipea, Coleção Relatórios de Pesquisa).
- Singer, Paul; Campos,  
Oswaldo; Oliveira,  
Elizabeth M.  
1978 *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Weber, Max  
1994 *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Trad. Regis Barbosa e Karen Eslabe Barbosa; rev. téc. Gabriel Cohn. 3.ed. Brasília: Ed. UnB.

Recebido para publicação em junho de 2005.

Aprovado para publicação em setembro de 2006.