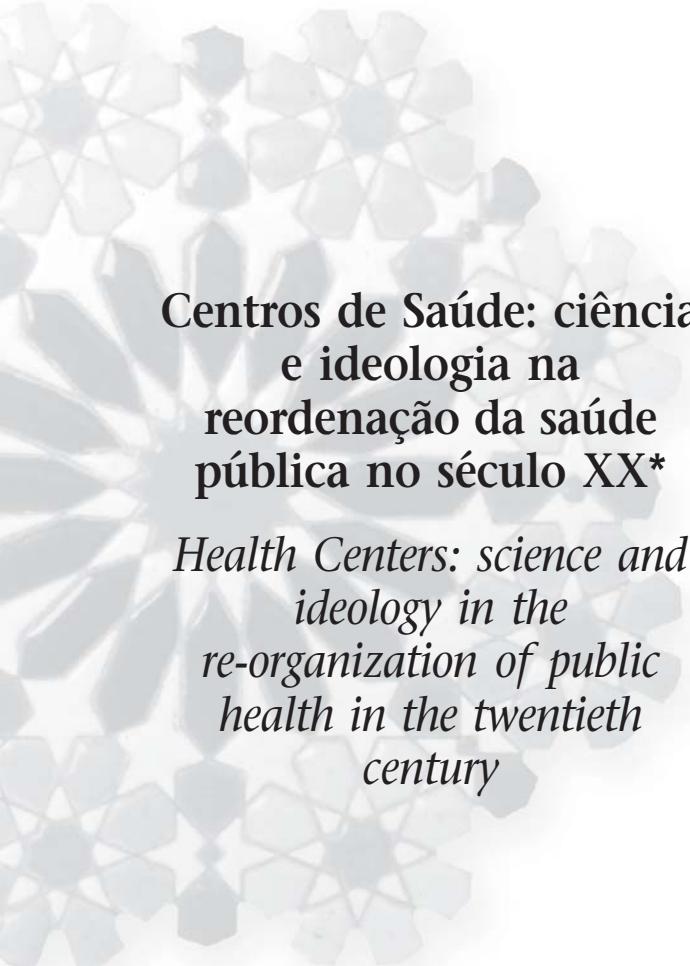


Arantes Mello, Guilherme; d'Ávila Viana, Ana Luiza
Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 18, núm. 4, octubre-diciembre, 2011, pp.
1131-1149
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138057010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX*

*Health Centers: science and
ideology in the
re-organization of public
health in the twentieth
century*

Guilherme Arantes Mello

Professor do Departamento de Medicina/Área de Saúde da Família e Comunidade/Universidade Federal de São Carlos.
Rodovia Washington Luís, km 235 – CP 676
13565-905 – São Carlos – SP – Brasil
gmello@ufscar.br

Ana Luiza d'Ávila Viana

Professora do Departamento de Medicina Preventiva/
Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar
01246-903 – São Paulo – SP – Brasil
anaviana@usp.br

Recebido para publicação em maio de 2010.
Aprovado para publicação em fevereiro de 2011.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA,
Ana Luiza d'Ávila. Centros de Saúde:
ciência e ideologia na reordenação da
saúde pública no século XX. *História,
Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de
Janeiro, v.18, n.4, out.-dez. 2011,
p.1131-1149.

Resumo

Os Centros de Saúde surgem nos EUA em torno de 1910, com caráter de assistência social adida a algum serviço médico. Sua separação inicial entre medicina preventiva e curativa foi superada pela medicina integral na década de 1940, quando o discurso dos Centros de Saúde se insere na educação médica. Nos anos 1960 a visão de combate à pobreza daria ensejo à medicina comunitária. No Brasil este ideário foi difundido desde a década de 1920 e fortalecido pela política varguista de construção nacional. Mas foi o Serviço Especial de Saúde Pública o maior responsável por lhe conferir forma prática e conceitual no país.

Palavras-chave: história da saúde pública; centros de saúde; atenção primária à saúde; medicina comunitária; Brasil.

Abstract

Health Centers appeared in the United States around 1910. They provided social assistance in conjunction with some type of medical care. Their original separation between preventive and curative medicine was superseded by the concept of whole health in the 1940s, when Health Center discourse became part of medical education. In the 1960s, the notion of community medicine arose out of the war on poverty. These ideas spread through Brazil in the 1920s and were strengthened under the Vargas policy of national construction, but it was the Serviço Especial de Saúde Pública (Special Public Health Service) that was primarily responsible for lending them their practical and conceptual shape in this country.

Keywords: history of public health; social medicine; health centers; primary health care; community medicine; Brazil.

Territórios circunscritos em distritos de saúde; médicos em tempo integral; educação em saúde; foco na família, com exames periódicos e acompanhamento da criança e gestante; vigilância sanitária; prioridade sobre população vulnerável e doenças transmissíveis; vacinação; conselho comunitário e visitação domiciliaria. Lugar de prevenção, não de cura. Mas, sobretudo, um local de escuta direta das ‘necessidades da população’. O que pode parecer ao brasileiro contemporâneo uma imagem do Programa de Saúde da Família, é, na realidade, um conjunto de preceitos que compunham o ideário original do Centro de Saúde (CS), trazido ao Brasil no início dos anos 1920 por bolsistas da Fundação Rockefeller da Universidade Johns Hopkins, dos EUA.

É esse ideário, com toda sua implicação no pensamento moderno da organização sanitária brasileira, que abordaremos a seguir, alcançando nesta análise os anos 1970, quando basicamente já se encontravam estabelecidas as principais matrizes discursivas que se perenizaram. Sob o referencial da história das ideias, o estudo se baseia em fontes secundárias. Apenso ao contextualismo histórico de Skinner (1969), parte importante da narrativa dirige-se ao contexto internacional em que se origina o discurso que se moldou na cultura brasileira. Para além da narrativa histórica em si, o texto pretende aclarar dois argumentos que serão aprofundados posteriormente. O principal deles atenta para o discurso do CS como ponto central da transição política e epistemológica ocorrida na saúde pública mundial na segunda década do século XX.

Fomentado pela Fundação Rockefeller, esse novo pensamento viria aniquilar a influência francesa no campo da medicina social – assim como se daria com o relatório Flexner no âmbito médico mais estrito (que acompanhava assim a transferência da dominância política e econômica sobre as Américas da Europa para os EUA). Tal ruptura coincide com o ponto de vista científico de Winslow (1926, citado em Mascarenhas, 1949, p.15) e político de Foucault (2000) que, em periodizações aproximadas, observaram a transição da era bacteriana para a era da educação em saúde e da medicina das cidades para a medicina do pobre e da força de trabalho, respectivamente.

Sem qualquer suposição teleológica, o segundo argumento diluído no texto versa sobre a influência do pensamento clássico na organização do Sistema Único de Saúde, ideia peremptoriamente rejeitada por autores importantes como Jairnilson Paim (2008, p.260).

Não deve restar dúvida de que o novo discurso da saúde pública engendrado em Johns Hopkins esteve inserido na agenda de expansão da hegemonia política e científica norte-americana sobre as Américas, iniciada com a Doutrina Monroe no início do século XIX e reforçada por Roosevelt no início do século XX (Lima, 1980). Resta compreender com mais clareza de que modo isso explica a precocidade e coesão com que os países latino-americanos se apropriaram daquelas ideias iniciais e as transformaram num verdadeiro pan-americanismo na saúde pública (Lima, 2002; Cueto, 2007). Sendo assim, também o discurso brasileiro dos CSs é antes de tudo um discurso continental.

Contudo, no Brasil, essa história toma contornos próprios. Primeiro ao ter que se adaptar a duas características muito próprias do país: o federalismo brasileiro e os sertões; segundo, ao desempenhar notável papel na estratégia varguista de desenvolvimento e construção nacional – cujo contexto se acha em Fonseca (2007) –, sobre um campo semeado pelo incisivo movimento sanitarista da Primeira República (Castro Santos, 1985; Hochman, 1998).

Origens e propagação dos Centros de Saúde

George Rosen (1979) descreve as origens do CS como inseridas na mentalidade filantrópica norte-americana dos anos 1910, quando grupos preocupados com a ordem social futura, mas também tomados por repulsa e consternação ante as condições miseráveis de bairros imigrantes, começaram a se mobilizar, oferecendo serviços sociais e algum tipo de assistência médica ou de enfermagem àquelas comunidades.¹

Nos EUA, uma primeira experiência fugaz sob a denominação de CS teria ocorrido em Pittsburgh, e de modo mais sistemático na cidade de Milwaukee em 1911 – sob declarada influência da rede de centros infantis desenvolvida em Paris pelo médico obstetra Pierre Budin (1846-1907) em 1892 (Tobey, 1921; Rosen, 1979). Apesar de promissora, uma perspectiva socialista que contrastava com o papel caritativo usual inviabilizou qualquer chance de consecução (Rosen, 1979). Segundo Terris (1963), a primeira proposta extensiva teria ocorrido em Nova York, em 1919, com a ideia da oferta de serviços médicos pela inclusão de hospitais como partes “essenciais dos Centros de Saúde”², legislação aprovada no ano seguinte. Os CSs tiveram forte expansão em 1920, quando se contabilizavam 385 instituições nos EUA, com financiamento privado, público ou misto (Tobey, 1921; Rosen, 1979).

Em sua revisão, Reinaldo Ramos (1972) retrocede um pouco mais ao citar registros de atendimento médico coletivo aos pobres por meio de dispensários na França e Inglaterra do século XVII. De evolução incerta, os dispensários de Londres em 1801 atendiam anualmente cerca de cinquenta mil pessoas pobres, parte considerável das quais era atendida em domicílio. Fatores políticos, econômicos e militares teriam introduzido nos dispensários o ideário preventivo, que ganhou contornos específicos em favor da criança e da gestante e, já na transição para o século XX, foi aplicado às patologias transmissíveis como tuberculose, lepra e doenças venéreas (p.40). No entanto, foi a necessidade de organização de serviços independentes e diminuição de custos administrativos que deu origem ao princípio *all-under-one-roof* dos CSs modernos (Ramos, 1972, p.41) – expressão inspirada nas então recém-criadas lojas de departamento (Wilinski, 1927; Stoeckle, Candib, 1969).

Philip Platt (1921) influenciou toda uma geração ao definir cinco tipos de CS: o “tipo V” foi especialmente caro ao discurso brasileiro, com sua ênfase positiva sobre a boa saúde e interesse em pessoas saudáveis: “Não é um dispensário, pois não oferece tratamento médico. Ele pretende criar um ‘desejo de saúde’”.

É certo que a dificuldade conceitual do CS já nasceu com ele: desde muito cedo foi percebida a multiplicidade de práticas que se desenvolviam sob essa denominação (Calver, 1920; Wilinski, 1927). Para Davis (1927), a proposta somente poderia ser conceituada em princípios gerais:

A observação de um grande número de centros de saúde leva a indicação de dois aspectos que todos aqueles estudados parecem apresentar: primeiro, a seleção de um distrito definido ou de uma unidade populacional, com o objetivo de servir todos que precisem dos serviços oferecidos no interior dessa comunidade; segundo, a coordenação dos serviços dentro dessa área, englobando tanto os meios fornecidos pelos próprios centros de saúde quanto aqueles oferecidos por outras agências. A seguinte definição, portanto, poderia ser estabelecida: um centro de saúde é uma organização que fornece,

promove e coordena o serviço médico necessário [preventivo e curativo] e o serviço social relacionado a um distrito específico.

As tentativas de estender esse tipo de ação pública a populações maiores esbarraram numa grande resistência política e corporativa nos EUA, que resultou no declínio dessas iniciativas ainda na década de 1930 (Rosen, 1979). Castro Santos e Faria (2002) assinalam essa feroz resistência como uma oposição à ideia de 'sovietização' dos EUA. De fato, Winslow (1947) conta que o relatório do comitê sobre os custos da assistência médica em 1932 – com a proposta a organização do cuidado médico a partir de grupos multiprofissionais integrados ao serviço hospitalar e financiados por seguros saúde ou impostos –, fora qualificado de "socialismo e bolchevismo incitando à revolução" pelo *Journal of the American Medical Association*. O exercício público da medicina curativa ficaria assim estigmatizado pela possibilidade de associação com a 'medicina socializada' (Mountin, 1940).

Independente das alterações norte-americanas, a ideia do CS já se havia disseminado pelo mundo, levada pela International Health Board (IHB) – braço da Fundação Rockefeller na saúde – e, em menor escala, por instituições como Commonwealth Fund, Milbank Memorial Fund e Cruz Vermelha. Após a Primeira Guerra Mundial vários países europeus receberam auxílio para instalação de CS, entre eles Áustria, Tchecoslováquia, Letônia, Polônia, Bulgária e Espanha. Na América Latina, desde muito cedo os CSs chegaram a praticamente todos os países (Ramos, 1972). No Oriente, suas ações se estenderam a países como Ceilão, Índia, Malásia, Coreia, Tailândia, China, Japão, Iraque, Líbano, Turquia e Israel (Faria, 2007, p.78). Dois eventos marcariam a consolidação internacional do ideário dos CSs: a Conferência Europeia de Higiene Rural realizada em Genebra em 1931 (Conférence..., 1931), e a Conferência Intergovernamental dos Países do Oriente – Conferência de Java –, em 1937 (Barreto, 1939).

Por motivos diversos, algumas experiências ganharam notoriedade internacional. Entre elas, a realizada na China pelo jovem médico John Grant (1890-1962), filho de missionários que por lá aportou em 1919, pelas mãos do IHB, para conduzir um inquérito sobre a ancilostomose. Na década seguinte, tendo em mente o desenvolvimento socioeconômico da região, desenvolveu com o governo local o que denominou de *health demonstration stations*, dedicadas a atividades de treinamento, investigação e assistência médica preventiva e curativa para uma população urbana e rural atingindo cerca de quatrocentas mil pessoas (Grant, 1963). As ações eram dirigidas a um território geograficamente delimitado e baseavam-se em levantamentos epidemiológicos para avaliar necessidades e elencar prioridades de intervenção, assim como em um programa de avaliação dos resultados. Décadas mais tarde, o programa revolucionário dos médicos pés-descalços estaria imbuído das tecnologias desenvolvidas naquela parceria (Desrosiers, 1996).

Duas outras experiências notabilizaram-se pela originalidade. Em 1935, o casal médico George Scott Williamson (1884-1953) e Innes Pearse (1889-1978) idealizou nos arredores de Londres um misto de centro de saúde e lazer denominado The Pioneer Health Centre, mais conhecido como The Peckham Experiment. O objetivo primordial era determinar as bases biológicas de uma saúde positiva, tendo como parâmetro o papel do ambiente no desenvolvimento da criança. Quinhentas famílias cadastradas foram submetidas a uma

observação contínua que incluía exames médicos periódicos e avaliação das relações familiares, sociais e de lazer. O experimento foi interrompido pela Segunda Guerra Mundial e definitivamente encerrado com a criação do National Health Service em 1948 (Barlow, 1985).

Uma experiência admirável e de grande repercussão foi organizada em 1942, por Sidney e Emily Kark, em Pholela, remota zona rural da África do Sul. Com uma pequena equipe multiprofissional, desenvolveu-se uma programação em torno da educação em saúde e participação comunitária, amparada em rigorosos inquéritos epidemiológicos, observações sociodemográficas e culturais. A assistência clínica, embora essencial, cumpria papel acessório (Tollman, 1991; Susser, 1999). Moradores externos aos limites estabelecidos tinham acesso ao atendimento de doenças, gestação e puericultura, mas o 'programa de saúde familiar e cuidados médicos' se restringia à comunidade local, ficando cada médico responsável por quatrocentas ou quinhentas famílias (2.500 a 3.500 pessoas; Kark, Cassel, 1999). Como esses autores descrevem, as atividades empreendidas renderam grande impacto nos níveis de saúde da comunidade, entre eles o estado nutricional da população, nesse caso com o apoio do CS na organização de uma cooperativa comunitária de sementes para cultivo de hortas de subsistência.

Voltando ao cenário de origem, Joseph Mountin (1949) descreveu um aumento de interesse na questão "saúde da comunidade e individual", com a elevação de 41 para 261 "distritos de saúde locais" entre 1935 e 1948 nos EUA. O assunto, que até a década de 1940 se mantinha relativamente circunscrito aos serviços de saúde pública, começou a trilhar o caminho da educação médica, então motivada pela ideia de que a transição epidemiológica invalidava qualquer possibilidade de separação entre medicina curativa e preventiva, tão presente no discurso do CS (Mountin, 1949; Terris, 1975; Desrosiers, 1996). A respeito disso ficaria famosa a recomendação conjunta da American Hospital Association e da American Public Health Association em 1948: "A medicina preventiva e a curativa atingiram um estádio de desenvolvimento que mister se torna, presentemente, conduzi-las lado a lado, tanto física como funcionalmente" (Coordination..., 1948).

Alterava-se o modo de pensar a saúde pública e os CSs, que tinham nos '*basic six*' suas funções mínimas: estatísticas vitais; saneamento; controle de doenças infecciosas; serviços de laboratório; saúde materno-infantil e educação em saúde. Com a prevalência de doenças crônicas a noção de prevenção secundária é estendida, ampliando-se as responsabilidades dos departamentos de saúde: registro e análise dos dados em saúde; educação e informação em saúde; supervisão e regulação; provimento de direito de serviços de saúde ambiental; operação dos equipamentos de saúde; administração de pessoal e coordenação das atividades.

A educação médica nesse campo teve seu marco discursivo na Conferência de Colorado Springs, em 1952, uma reunião de escolas médicas norte-americanas em que a 'higiene' foi superada pela 'medicina preventiva' e 'promoção à saúde' (Wolf Jr., 1964; Desrosiers, 1996).³ Desse encontro resultariam as conferências de Viña del Mar em 1955 e Tehuacán no ano seguinte, organizadas pela Organização Pan-americana da Saúde para difusão desses novos referenciais na América Latina (Mascarenhas, Piovesan, 1961). Pesquisas e programas acadêmicos voltados para práticas comunitárias são estimulados, contribuindo para o

surgimento de dois conceitos que passariam a adjetivar os CSs: o CS Integral (Comprehensive Health Center) e o CS Comunitário de Bairro (Neighborhood Community). O primeiro relaciona-se diretamente ao problema da integração da medicina preventiva com a medicina curativa, portanto, da regionalização dos serviços. Os maiores ganhos do CS Integral se revelariam tanto na racionalidade administrativa quanto na continuidade e coordenação do cuidado. As ideias em questão são anteriores, mas uma chamada aos Comprehensive Community Health Centers aparece em 1932 no relatório 'bolchevista' citado por Winslow (Terris, 1963). Depois da Segunda Guerra Mundial, o termo *comprehensive* foi extensivamente utilizado na educação médica em oposição à crescente tendência de especialização e fragmentação do cuidado (Reader, Soave, 1976). Vê-se então o conceito integral (*comprehensive*) ligado a duas ideias principais. De um lado, a integração dos serviços preventivo e curativo, que se traduzia inicialmente na construção contígua de CS e hospital – para o qual o termo *integration* também era utilizado (Terris, 1963); de outro, a menor fragmentação especializada e a abrangência de aspectos sociais e humanitários no cuidado individual.

Community health care foi uma proposição primeiramente enunciada por John Grant, diferenciada pelo caráter de avaliação e provisão de serviços de saúde voltados para grupos populacionais, que diferia da visão médica individualizada. Tratava-se na essência de uma proposta de assistência coletiva direcionada às necessidades de saúde local e regionalização dos serviços (Grant, 1963; Lathem, 1976). Uma movimentação universitária iniciada entre estudantes de medicina da Universidade de Kentucky na década de 1960, em um contexto de demandas sociais relacionadas às minorias e ao empobrecimento, 'descobre' os ideais da medicina comunitária, propiciando nova inflexão ao discurso dos CSs. Destituído de vivências com modelos já existentes, o ambiente universitário a teria reputado como uma pequena revolução na saúde pública; sem que se conseguisse, entretanto, efetivamente superar o idealismo em favor das práticas (Lathem, 1976).

Todavia, os ideais da medicina comunitária assumiram a linha de frente na política governamental de 'guerra à pobreza' desencadeada pelo presidente Lyndon Johnson, através do programa de saúde comunitária delegado ao Office of Economic Opportunity. Surgiram os Neighborhood Health Centers, cujo principal objetivo era a diminuição das disparidades sociais e a melhoria das condições de saúde das minorias étnicas, dos pobres e dos não segurados: "igualdade de acesso aos serviços de saúde para os pobres... para que eles não tenham que lutar pela sua dignidade e saúde" (Gordon, 1969). Também conhecidos como Community Health Centers, foram pensados como equipamentos locais que deveriam funcionar com o envolvimento de toda a comunidade: "Do povo, pelo povo, para o povo" (Adashi, Geiger, Fine, 2010).

No entanto, a política do centro de saúde de bairro não chegou a lograr a inovação social pretendida, resultando em subutilização dos serviços, baixa participação da população local e tênue apoio da comunidade médica. Para Gordon (1969), foram subestimadas as habilidades e a agilidade necessárias ao enfrentamento das resistências políticas. Os CSs Integrais não conheceram melhores dias (Renthal, 1971). Ainda que o discurso norte-americano dos CSs tenha incorporado conceitos como promoção à saúde, não se pode

dizer que tais conceitos se tenham aprimorado substancialmente nas décadas seguintes (Desrosiers, 1996).

Embora a discussão não possa ser aprofundada neste artigo, fato é que, como realidade concreta – naturalmente refletida na conformação discursiva –, o CS foi uma construção eminentemente de países ‘periféricos’ (e daqueles com serviços socializados). Em sua revisão, Lathem (1976) não poderia ter chegado a outra conclusão:

Pode-se dizer, felizmente, que os programas de medicina comunitária nos países em desenvolvimento não têm, como é tão frequentemente o caso, copiado ou imitado os dos Estados Unidos ou Europa. Pelo contrário, a maior parte dos países em desenvolvimento estabeleceu suas ideias e programas independentemente de eventos externos, de acordo com suas próprias necessidades e circunstâncias e certamente, em muitos casos, têm sido mais precoces e mais sofisticados que os seus análogos norte-americanos ou europeus. Pela primeira vez, pelo menos, o processo de aprendizagem tem sido invertido; nesse caso tem sido possível aprender mais com as experiências dos países em desenvolvimento do que o oposto.

Apesar disso, a revisão do contexto norte-americano se justifica, pois os EUA foram, sem dúvida, os responsáveis por fornecer e moldar, até pelo domínio da literatura internacional, toda uma matriz discursiva e seus marcos epistêmicos – (alicerce liberal mais elementar de toda construção conceitual futura dos CSs e serviços básicos, incutida mesmo nas variações radicais do discurso).⁴

Origens e propagação dos Centros de Saúde no Brasil

A ideia dos CSs aportou em definitivo no Brasil com o retorno de Geraldo de Paula Souza (1889-1951) e Francisco Borges Vieira (1893-1950) a São Paulo, depois de se doutorarem sob os auspícios da Fundação Rockefeller na primeira turma da nova escola de saúde pública de Johns Hopkins, iniciada em 1918 (Candeias, 1984; Castro Santos, Faria, 2002; Campos, 2002).⁵ Embora desde 1923 tenham trabalhado na instituição do Centro de Saúde Modelo, ligado ao Instituto de Higiene de São Paulo, a primeira oficialização dessa proposta no país (Souza, Vieira, 1936) foi a reforma do Serviço Sanitário promovida pelo decreto 3876 (São Paulo, 11 jul. 1925), especificamente por meio da criação da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde. Logo depois outros estados seguiram caminhos parecidos (Fraga, 1928; Britto, 1930; Magalhães Netto, Chaves, 1930; Agrícola, 1930; Barreto, 1937, nov. 1938). Washington Luís, fiador de Paula Souza na política paulista, levaria os CSs ao discurso presidencial (Souza, 1930).

Semelhantes, as reformas orbitavam em torno de alguns núcleos essenciais: os CSs distritalizados⁶, a formação profissional especializada e o trabalho em tempo integral – este último responsável por sérias resistências, censurado como ‘estrangeirismo’ (Souza, 1926; Mascarenhas, 1949, p.102). Defender-se desse tipo de ataque seria uma constante histórica no discurso dos CSs:

O trabalho que compete às atuais gerações de sanitaristas não é demonstrar como somos capazes de aplicar os conhecimentos colhidos nas administrações sanitárias estrangeiras, agindo segundo o critério das estatísticas alheias, mas sim preparar o embasamento do

edifício sanitário brasileiro ... É labor ingrato, por isso que, como os alicerces dos monumentos que se levantam imponentes ao sol, deverá ficar oculto e despercebido, e tanto mais forte e profundo quanto maior a carga a receber no futuro (Souza, 1926).

A proposta era inovadora, mas não completamente original por aqui, porquanto um modelo inicial já vinha sendo desenvolvido pelos postos de higiene instalados em São Paulo desde finais da década de 1910. Construídos em parceria com a Fundação Rockefeller, tais postos propunham-se ao combate das três principais endemias: ancilostomose, tracoma e malária. O Posto Municipal Permanente destinava-se “não somente a manter e melhorar os resultados obtidos pelas campanhas intensivas, como também a enfrentar, de modo mais completo e definitivo, outros problemas sanitários, que não o da alçada da campanha intensiva propriamente dita” (Souza, 1926). Suas atividades resumiam-se em nove pontos essenciais: “educação sanitária; tratamento das endemias – ambulatórios; profilaxia das endemias; inspeção médico-escolar; laboratório; combate às endemias; profilaxia das epidemias; estoque das vacinas e soros; policiamento sanitário – vistoria das casas, etc.” (Souza, 1926).

O discurso de Paula Souza (1922) em São Paulo ilustra com clareza os principais argumentos em prol do modelo científico de organização sanitária moderna que se espalhava pelo país. Não haveria outro meio para se alcançar a plena educação sanitária e prevenção das doenças da coletividade senão modelar a organização dos serviços sanitários através dos CSs distritais: “Centro de saúde: ‘eixo’ de organização sanitária” ideia-força que impregnou a cultura da saúde pública brasileira (a constância da ideia de ‘eixo’ nas políticas de saúde no país não encontra correspondência internacional).

Administrativamente, defendia-se que coordenar vários serviços reunidos sob o mesmo teto era mais eficiente do que gerir dispensários isolados; além da economia proporcionada em pessoal administrativo e diminuição da duplicidade de ações. No entanto, o núcleo da argumentação era sem dúvida o papel central que a educação sanitária – e a vigilância proporcionada – deveria desempenhar na organização da saúde pública, naturalmente impregnada da ideia de prevenção: “Se prevenir é sempre melhor do que curar, podemos ainda dizer que traduz a maneira mais econômica de agir” (Souza, Vieira, 1936). Nesse texto, que sintetiza como nenhum outro o escopo geral daquele início (cujo núcleo é reproduzido para as Américas em Vieira, jan. 1936), introduz-se a defesa do exame médico periódico e anual – de caráter exclusivamente preventivo, pois o CS visava apenas à “preservação da saúde dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutam na coletividade ou descendência”. Não se cansariam de reafirmar: “o caráter clínico aí não era primordial, mas só e unicamente um elemento secundário de profilaxia” (Souza, Vieira, 1936).

Entretanto, à prevenção não interessava o foco individual, pois o CS “como verdadeiro órgão de sondagem social visa, sobretudo, a família, considerada como principal unidade. ... Um inquérito preliminar, que fica consignado na ficha da matrícula, permite o estudo ulterior tanto do matriculado como dos demais membros de sua família”. Por isso, entre as atividades preconizadas, nenhuma era tão valorizada quanto a visitação domiciliária: “indubitavelmente, o pivô essencial do triunfo” (Souza, Vieira, 1936).

Pela falta de enfermeiras, o treinamento de visitadoras recaiu sobre as professoras primárias, experiência julgada exitosa, uma vez que aliou a aptidão didática e relacional daquelas à perspectiva de estender a obra higiênica aos escolares (Souza, Vieira, 1936). A visita domiciliaria ficaria marcada como o grande diferencial de dinamicidade do CS em relação à imobilidade dos dispensários: “A saúde pública, em seu aspecto dinâmico, só se realiza, em verdade, através da ação das visitadoras”, caso contrário, os serviços “representam apenas ambulatórios estáticos à espera de sua clientela interessada. ... elas, na linguagem de Bernard, são para a saúde pública o que a sensibilidade tática é para o cego” (Mascarenhas, 1954). As visitadoras cumpriam ainda um importante papel na coordenação geral das atividades, conforme enfatizaram Souza e Vieira (1936) ao citar uma pesquisa realizada em Nova York entre 1922 e 1923: o Eastern Harlem Demonstration. Nessa pesquisa, foi mostrado que as visitadoras “polivalentes” tiveram um rendimento superior às “monovalentes”, com “vigilância sanitária sobre 40% mais de indivíduos” e “40% mais de visitas a domicílio”, sem prejuízo da qualidade, o que se explicava pelo foco individual da natureza especializada, contraposto à abordagem familiar das visitadoras polivalentes. Em resumo, os CSs não deveriam ser entendidos como simples dispensários de atendimento para quem os procurava, mas sim como “organismos de ausculta direta das necessidades da população” (Souza, Vieira, 1936).

Diferente do que se encontra na literatura internacional sobre os CSs e em outros autores nacionais, em São Paulo, o discurso dos CSs, conforme idealizado por Paula Souza, foi marcado por uma forte construção eugênica. Certamente influenciado pelo debate da época, e provavelmente em particular pela intensidade do fluxo imigratório no estado, Paula Souza manifestava grande inquietação com o tema, especialmente em relação à educação sanitária e moral eugênica da criança: a “eugenica preventiva” (Souza, 1926, 25 fev. 1928). Apesar de sua gênese na saúde, a eugenica preventiva tinha seu lócus privilegiado na educação, o que o fez defender enfaticamente a subordinação da higiene escolar ao Serviço Sanitário (Souza, 1934; Souza, Vieira, 1934). O discurso eugênico aberto ligado aos CSs está presente na literatura até meados da década de 1940 (Vieira, 1945).

Como em todo processo de ruptura, não foram poucas as resistências enfrentadas. Em que pese a desconfiança dos reais interesses da Fundação Rockefeller em tempos de nacionalismo exacerbado e a miríade de alterações políticas e profissionais, a exclusão do atendimento clínico foi sem dúvida a questão que causou maior apreensão: “Um dos pontos culminantes no assunto de organização, e talvez de todos o que mais se preste a controvérsias, é o atinente aos méritos dos princípios unicista e dualista, pelos quais se executam ou não por um mesmo pessoal os serviços públicos de higiene e de assistência ou medicina curativa” (Barreto, 1939).

Os pioneiros na introdução dos CSs no país foram incisivos na defesa do sistema dualista: “com a mentalidade formada mais no trato de doentes do que de saudáveis, é natural que a concepção unionista tenha predominado, mormente nos velhos países europeus” (Souza, Vieira, 1936). Em seu artigo 49, a reforma do Serviço Sanitário paulista de 1925 não deixava margem a dúvidas: “O serviço terá essencialmente o caráter de assistência sanitária e estranho, consequentemente, a toda clínica que não tiver imediato objetivo profilático da redução de focos contagiantes” (São Paulo, 11 jul. 1925). De maneira geral, o mesmo se

passou nos demais estados. O Regulamento Sanitário do estado de Minas Gerais (decreto 8116, de 31 de dezembro de 1927), por exemplo, estabelecia as atribuições dos postos de higiene municipais em seu artigo 71 (citado em Agrícola, 1930): “educação sanitária da população em geral; execução dos seguintes serviços de assistência sanitária, excluída toda clínica que não tenha fins profiláticos”.

Certamente, o dualismo tinha a intenção de preservar os CSs das pesadas críticas sofridas nos EUA (Stoeckle, Candib, 1969), ao serem acusados de concorrentes da prática liberal. O próprio Paula Souza encarregava-se de propagar visão contrária, garantindo que o apoio médico aos CSs se traduzia em um maior número de diagnósticos e, portanto, em mais encaminhamentos de doentes para as clínicas privadas (Souza, Vieira, 1936; Souza, jan. 1939). O dualismo também se assentava no receio de que a medicina clínica viesse reclamar seu espaço em detrimento das ações preventivas e de educação sanitária. De qualquer forma – e o tempo se encarregaria de confirmar –, à exceção dos bolsistas da Johns Hopkins, para todos os demais as unidades médicas sem assistência clínica não faziam sentido, como questionava o eminentíssimo doutor Plácido Barbosa (1930): “Entre nós, os primeiros propagandistas dos Centros de Saúde puseram demasiada ênfase em dizer que os Centros de Saúde não devem tratar a doença. Que espécie de obra de saúde pública iríamos fazer desamparando, na doença, os que necessitam de amparo e assistência? Como separar a medicina preventiva da curativa?”

Há, contudo, alguns fatores a se considerar na interpretação dos CSs. Apesar de próceres como Wislow ou Dawson anunciar desde o início que “A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido” (OPS, 1964, p.3), a realidade é que, até a década de 1940 e com a visão de prevenção secundária motivada pela transição epidemiológica, aquela era uma questão pouco definida.⁷ Apesar da enorme variabilidade e autonomia dos serviços locais, a visão dualista prevalecia também em alguns estados norte-americanos: “Nenhuma prescrição fornecida, nenhuma doença tratada” era a preconização para unidades sanitárias de Boston, nos EUA (Stoeckle, Candib, 1969), muito embora Ramos (1972, p.77) assuma que mesmo por lá “despontavam as evidências de que o centro de saúde puramente preventivo pertencia mais ao domínio da ficção que da realidade”.

Barros Barreto e a Era Vargas: o Centro de Saúde em escala nacional

João de Barros Barreto (1890-1956), grande nome da saúde pública varguista foi, com boa chance de acerto, o sanitarista mais influente da saúde pública brasileira. Segundo recorda Mário Magalhães Silveira (2005, p.39): “foi ele quem deu amplitude nacional ao movimento sanitário”.

Boa parte de seus esforços como diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS) direcionou-se à consolidação dos sistemas distritais dos CSs no país (Barreto, 1931; Barreto, Fontenelle, 1935), orientação agregada ao ideário varguista de centralização política e construção nacional. A institucionalização dos CSs de orientação dualista em escala nacional concorre para sedimentar a dicotomia criada em 1930 pela separação da saúde pública (preventiva, coletiva e rural) e assistência previdenciária (curativa, individual e

urbana) entre os Ministérios da Educação e Saúde e do Trabalho, Indústria e Comércio. É possível que disso tenha originado uma percepção de cidadania de primeira e segunda classe ligada ao tipo de acesso aos serviços de saúde (Fonseca, 2007).

Barreto, ainda na organização do serviço sanitário do Distrito Federal, teve que resolver o paradoxo que se interpunha entre a proposta dos CSs e a nova orientação política: organização centralizada ou por divisão distrital?⁸ A solução foi optar-se por uma forma intermediária, a “descentralização sem excesso”, o que na prática significava que os serviços distritais ficariam a cargo da recente Inspetoria dos Centros de Saúde, mas as atividades mais complexas de propaganda, educação sanitária, laboratórios, vigilância do leite e alimentos em atacado, entre outras, ficariam centralizadas em secretarias separadas, em função da necessidade de estudos e planejamento coordenados no nível central (Barreto, Fontenelle, 1935). A bioestatística foi mantida na própria Diretoria Nacional, pensando-se na integração do conjunto de informações do país (Barreto, Fontenelle, 1935).

Os autores calculavam uma base distrital entre 120 e 170 mil habitantes, considerando as características da área, densidade demográfica, composição populacional, situação econômica, mortalidade geral e infantil, habitações coletivas e moléstias prevalentes (tuberculose, difteria, lepra, peste, sífilis, anciostomose e malária). No critério de localização dos CSs, “houve sempre o cuidado de deixá-los em pontos centrais, ou pelo menos de fácil acesso às pessoas dos distritos a que fossem servir” (Barreto, Fontenelle, 1935). Previa-se a seguinte estruturação de serviços: serviço de administração, incluído o de registro, estatística e propaganda; serviço pré-natal; serviço de higiene da criança; serviço de doenças contagiosas; serviço de tuberculose; serviço de doenças venéreas; serviço de lepra; serviço de saneamento e polícia sanitária; serviço de higiene da alimentação; serviço de higiene do trabalho; serviço de exames de saúde; serviço de laboratório e serviço de enfermeiras.

Ao ascender ao posto de diretor do DNS, o sanitário, além de reafirmar o conjunto dos princípios propostos para uniformização dos CSs em todo o território nacional, aumentou a cobrança de dados estatísticos confiáveis, empreendendo considerável esforço em instituir um boletim mensal de estatística sanitária do DNS, para o qual os CSs detinham a tarefa primordial na coleta dos dados (Barreto, 1937, nov. 1938).

Embora dualista, em seu pragmatismo reconheceu que a separação entre atividades preventivas e curativas poderia não ser exequível para os parcos recursos rurais, mas não sem a apreensão do inevitável desequilíbrio das atividades médicas para a dominância curativa (Barreto, 1939). Se a razão o impelia a, primeiramente, implementar o serviço preventivo, Barreto admitia que um início pela medicina curativa facilitaria a adesão popular a um programa sanitário. Tal dilema não era apenas um assunto administrativo, era uma questão verdadeiramente salomônica: “Um dispensário de higiene infantil, que se instala, sem que haja próximo um ambulatório correspondente de pediatria, dificilmente se inculcará como mais benéfico à mentalidade de uma mãe, que vê seu filho doente preterido por uma criança sã (Barreto, 1939).

Também estava convencido de que o CS não era suficiente, uma vez que “sem as facilidades de hospitalização, em estabelecimentos bem instalados, não poderá haver conveniente assistência médica em meios rurais” (Barreto, 1939). Como expõe nesse texto, mesmo que o isolamento e a medicação em domicílio pudesse ser alternativas eficientes

e distantes da “infecção secundária” do ambiente hospitalar, isso não era verdade “no campo da pura assistência médica”. Além disso, o hospital poderia também contribuir para “drenar o corpo médico necessário, procurando afastar os profissionais das grandes cidades”. Qualquer iniciativa, entretanto, jamais poderia prescindir do planejamento regional:

construí-los [os hospitais] sem plano harmônico, que atenda às necessidades de todo o país, ou ao menos, das regiões por onde se haja decidido iniciar ou ampliar a obra de saúde, pode resultar em trabalho pouco produtivo, em mau emprego de dinheiro e de esforços, sobretudo se nesse plano harmônico não figurar o desenvolvimento correspondente de serviços de saneamento, de higiene e de medicina preventiva (Barreto, 1939).

O Serviço Especial de Saúde Pública e a consolidação dos Centros de Saúde no país

Um dos desdobramentos das políticas varguistas no campo da saúde pública foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Forte candidato ao título de instituição mais estigmatizada da história nacional, esse serviço temporário de guerra perduraria por meio século, desempenhando notável papel no projeto de construção nacional.

Sua sobrevivência deveu-se justamente à aptidão em desbravar as fronteiras de desenvolvimento do país, iniciada com as atividades de saneamento no vale amazônico, em 1942, parte de um esforço de guerra para o fornecimento de borracha. No ano seguinte, sua atuação foi estendida ao vale do rio Doce, visando à construção da ferrovia Vitória-Minas. Cumprindo sua competência específica, a partir de 1949 os estados da Paraíba, Pernambuco e Bahia requisitam seus serviços para áreas de importância econômica, no que são paulatinamente seguidos pelos demais estados. Em 1958, o Sesp mantinha convênios com todas as unidades da federação (Penido, 1959; Ramos, 1972).

O Sesp, com sua autonomia administrativa e financeira, efetivamente deu sentido ao planejamento regional de uma rede de serviços básicos coordenados e integrados. Segundo André Campos (2000, p.214), a instituição se orientava por quatro principais estratégias: treinar pessoal qualificado para trabalhar nas unidades e administrar o modelo; expandir a educação sanitária para o público em geral, com ênfase nas crianças; criar uma rede integrada de unidades de saúde organizadas num distrito sanitário; estender essa rede aos municípios brasileiros.

Nos anos 1950, Mário Pinotti (1894-1972), afamado malariologista e antigo diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), imprimiria novo direcionamento federal à saúde pública à frente do Ministério da Saúde de Juscelino Kubitschek. No extenso programa de saúde pública que escreveu, em 1955, para o então candidato Kubitschek, o Centro de Saúde foi notavelmente ignorado. Configurava-se assim certa dicotomia entre Sesp e DNERu, orientando a saúde pública em dois ramos principais: “1) o do estabelecimento de uma estrutura sanitária permanente, através da instalação de uma rede de unidades sanitárias nas sedes municipais; 2) o do combate intensivo a certas doenças, através de campanhas individualizadas” (Penido, 1958).

Na visão de Penido (1958), as campanhas tinham “inquestionavelmente, a sua razão de ser”; contudo, deveriam restringir-se às possibilidades de resultados satisfatórios em curto

prazo; caso contrário, sobrecarregariam os custos em detrimento de uma estrutura sanitária de base permanente. Com investimentos bastante diferentes no custo e na visibilidade, as campanhas tinham impacto imediato, procedimento padronizado e não necessitavam de mão de obra especializada. Ainda assim, atentava o autor, mesmo os resultados satisfatórios de uma campanha só poderiam ser sustentados por uma rede de unidades sanitárias com técnicos diferenciados, capazes de realizar controle, diagnóstico e tratamento precoces tanto das doenças contagiosas quanto daquelas de evolução lenta e degenerativas. Segundo Penido, insistir em “campanhas especializadas (para cada doença uma organização) seria incidir em erro imperdoável”. Sobre uma rede integrada de serviços locais, afirmava: “Esse objetivo, apesar de menos espetacular que as campanhas é, no entanto, essencial para o progresso da saúde pública no Brasil” (Penido, 1958).

Além das diferenças de atuação do Sesp e do DNERu, outras dificuldades obstavam o desenvolvimento de uma rede sanitária permanente nos estados, em especial a péssima distribuição dos médicos no país e a mentalidade criada pela orientação dualista inicial:

Apesar de bem intencionada, esta atitude provocou um certo desinteresse entre os médicos, pelo seu caráter exclusivamente preventivo, e criou reações desfavoráveis na parcela da população que, destituída de recursos e insuficientemente esclarecida, procurava os postos de saúde para solução de seus males, ali recebendo conselhos e vacinas em vez de tratamento para suas enfermidades (Penido, 1958).

Sobre essa percepção, o Sesp assume em definitivo o núcleo do papel médico nos CSs, que as práticas teimavam em contrapor ao discurso:

Sendo este [o médico] o profissional mais caro e diferenciado da equipe, e tendo em vista sua má distribuição em nosso território, a organização de saúde deve de preferência aproveitá-lo naquilo que só ele, em razão de sua formação, seja capaz de fazer. Não basta, pois, aceitar a assistência médica com atividade básica de saúde pública ... mas reconhecer nesta atividade a própria razão de ser da fixação do médico numa unidade sanitária (Ramos, 1961).

A dificuldade de interiorização médica foi outra constante na organização dos serviços: “Numerosos médicos do Sesp permanecem neste órgão apenas o tempo suficiente para fazerem uma reserva monetária que lhes permitisse aventurar a clínica em centros maiores” (Ramos, 1961). Mas, como reconhece em seguida, o problema não se encerrava aí, pois “estreitamente associado e não menos importante ... é o problema da enfermeira”.

Enfim, foi o Sesp o principal responsável pelo aprimoramento teórico e significado prático do que viria a ser reconhecido como atenção básica no Brasil. Descentralização, eficiência, coordenação e integração foram seus nortes, e as Unidades Mistas a tradução brasileira da ideia do CS integral. Além disso, sua extensa experiência de organização assistencial regionalizada nos sertões manteve-se em franco diálogo com o papel da saúde pública no desenvolvimento socioeconômico local.

Considerações finais

As décadas de 1960-1980 presenciam uma série de iniciativas com o intuito de institucionalizar a prática do que *grosso modo* ficou conhecido por medicina comunitária.

Esse interregno foi marcado por intensas disputas ideológicas, em particular aquela identificada como Movimento de Reforma Sanitária, a qual, entretanto, direcionava seus ideais para questões macro-organizacionais e estruturais. Com relação específica ao discurso dos CSs, observa-se nesse período poucas alterações consistentes no plano das ideias sobre o modo de organização e operacionalização dos serviços básicos.

Um capítulo especial de toda essa história diz respeito às incontáveis tentativas de nomenclatura e classificação dos CSs quanto à complexidade do serviço. Para não fugir à regra, mostraram mais valor nas páginas acadêmicas do que no terreno das práticas. Seguiram-se as mais diversas ordens de proposições sobre designações e hierarquias: tipo I-V; posto de higiene (PH); subcentro de saúde; CS1 e CS2, PH1, PH2, PH3; subposto; posto médico; unidade sanitária A, B e C; unidade sanitária hospital; hospital subcentro; CS de primeira, segunda e terceira classe; centro de saúde hospital; unidade mista etc. (Agrícola, 1930; Barreto, 1931; Morena, 1946; Penido, Pantoja, Simões, 1953; Mascarenhas, Castro, 1955; Ramos, 1972). Barros Barreto (nov. 1938), em sua verve normatizadora, tentou esclarecer:

Procura-se no Brasil limitar a denominação de Centro de Saúde à unidade sanitária que tiver, no mínimo, além de pequeno laboratório e serviço de visitadoras, as seguintes atividades, a cargo de especialistas: tuberculose (tisiólogo), higiene da criança (pediatra), pré-natal (parteiro), doenças transmissíveis agudas (epidemiologista, médico sanitário), saneamento e polícia sanitária (médico sanitário ou melhor engenheiro sanitário), higiene do trabalho e da alimentação (médico sanitário).

Unidades mais simples do que essas deveriam denominar-se posto de higiene. Essa classificação, porém, não vingou, tampouco deram conta de uma classificação outras futuras normativas federais (Brasil, 1954). Fontenelle (1941) já alertava: “É o ‘Centro de Saúde’, o ‘Posto de Saúde’, a ‘Delegacia de Saúde’, ou que outro nome, mais ou menos expressivo, se lhe queira dar. O importante é a coisa, não o nome”. Mais tarde seria Mascarenhas a eximir-se dessa discussão ao sugerir a reorganização do serviço sanitário paulista em termos genéricos de “unidades locais polivalentes”: “Toda a ação local deve ser entregue a um órgão local, tenha o nome que tiver (posto, centro de saúde, unidade integrada)” (Mascarenhas, 1964). Apesar das expectativas, com a grande reforma paulista de 1968 não foi diferente: “Os nomes foram mudados, as condições físicas, humanas e materiais praticamente permanecem” (Yunes, Bromberg, 1971). Fato é que centro de saúde, posto de saúde, unidade básica ou postinho, como ainda se ouve com carinhoso desapreço, fundiram-se em sinonímia, pairando com natural desenvoltura no vocabulário cotidiano do século XXI.

Este artigo procurou apresentar a trajetória de um conjunto de ideias, contextualizadas no cenário internacional, responsáveis por definir uma transição política e epistemológica – sem, contudo, entrar no mérito das intencionalidades – em favor do ideário do CS distrital como ordenador dos serviços assistenciais na saúde pública brasileira. A opção de enfatizar o discurso de alguns de seus defensores tem em Gildo Marçal Brandão (2007, p.42) sua maior influência, aquela de buscar as matrizes discursivas “mais coerentes, mais amplas, mais profundas e mais autônomas – de revelar a natureza de uma época e a consistência de uma concepção política”. Em outras palavras, representações originais de

um universo bem mais amplo que se difundiu na rotinização técnica e ideológica das obras secundárias. Essa matriz discursiva foi denominada em outro momento “pensamento clássico da saúde pública brasileira” (Mello, 2010, no prelo).

NOTAS

* Texto com base na tese de doutorado do autor. Ver Mello, 2010.

¹ É sabido que a expressão centro de saúde já era utilizada na Inglaterra denominando serviços voltados para proteção infantil (Tobey, 1921).

² Nesta e nas demais citações de textos em língua estrangeira, a tradução é livre.

³ Note-se que a expressão medicina preventiva não era nova; no próprio discurso de inauguração da American Public Health Association, em 1873, ela é mencionada (Terris, 1975).

⁴ Os exemplos de serviços locais e nacionais que balizaram as discussões da Conferência de Alma-Ata em 1978, descritos por autores como Oscar Gish (1990) e Kenneth Newell (1975), obviamente passaram ao largo de experiências ou ideias norte-americanas. De marcado simbolismo, a conferência logrou globalizar-se como uma nova matriz discursiva, com aura de ruptura essencial e matiz socialista; intencionalidade representada em seu *télos* linguístico “Atenção primária à saúde”. Sem desconsiderar a inovação representada, deve ser pesado que essa expressão nunca logrou efetivamente sua autonomia conceitual em relação aos antigos serviços básicos desenhados sob o signo dos CSs e medicina comunitária (Litsios, 2002; Mello, Fontanella, Demarzo, 2009).

⁵ Devemos aos excelentes estudos de Castro Santos e Faria (2002) e Nely Candeias (1984) o pioneirismo em esquadrinhar fontes sobre o tema dos CS no país.

⁶ A circunscrição territorial em distrito já existia. No Serviço Sanitário de São Paulo, por exemplo, a reforma de 1906 promoveu a divisão do Estado em 14 distritos, que por sua vez se reorganizavam em circunscrições (São Paulo, 27 jan. 1906).

⁷ Nessa época de medicina integral também açulada pelo terror da Segunda Guerra Mundial, o próprio Borges Vieira (1945) se mostraria tendente ao unicismo: “A toda a população, em qualquer ponto do país, devem ser asseguradas as condições de saúde e assistência necessárias ao levantamento de seu nível físico e mental”.

⁸ Um estudo específico sobre essa questão pode ser encontrado em Campos, 2007.

REFERÊNCIAS

- ADASHI, Eli Y.; GEIGER, H. Jack; FINE, Michael D. Health care reform and primary care: the growing importance of the Community Health Center. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.362, n.22, p.2047-2050. 2010.
- AGRÍCOLA, Ernani. Centros de saúde e postos de hygiene no estado de Minas Geraes. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.97-111. 1930.
- BARBOSA, Plácido. Typos de organização sanitária applicaveis ao Brasil. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.41-52. 1930.
- BARLOW, Kenneth. The Peckham experiment. *Medical History*, Bethesda, v.29, n.3, p.264-271. 1985.
- BARRETO, João de Barros. Medicina curativa em meio rural e suas relações com os serviços de saúde pública. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.5-29. 1939.
- BARRETO, João de Barros. Saúde pública no Brasil. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.8, p.289-304. nov. 1938.
- BARRETO, João de Barros. Normas para uma organização estadual de saúde pública. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.339-370. 1937.
- BARRETO, João de Barros. Esquemas de organização sanitária aplicáveis ao Brasil. *Revista de Higiene*. Rio de Janeiro, v.5, n.12, p.243-267. 1931.
- BARRETO, João de Barros; FONTENELLE, José Paranhos. O sistema dos centros de saúde no Rio de Janeiro. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.83-115. 1935.

BRANDÃO, Gildo Marçal.

Linhagens do pensamento político brasileiro.
São Paulo: Hucitec; Fapesp. 2007.

BRASIL.

Departamento Nacional de Saúde. Unidades Sanitárias. Documentação das atividades, definições, tipos, fichas, mapas, relatórios e modelos. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.18-62. 1954.

BRITTO, Oscar.

Os Centros de Saúde de Recife. In: Congresso Brasileiro de Hygiene, 5., 1929, Recife. *Annaes...* Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Hygiene. v.2, p.119-123. 1930.

CALVER, Homer N.

What is a Health Center? *American Journal of Public Health*, Washington, v.10, n.8, p.676-677. 1920.

CAMPOS, André Luiz Vieira.

Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: Gomes, Angela C. (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV. p.195-220. 2000.

CAMPOS, Carlos Eduardo A.

As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de administração sanitária. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906. 2007.

CAMPOS, Cristina.

São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Carlos: Rima. 2002.

CANDEIAS, Nelly M.F.

Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1918-1945. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.18, n. esp., p.2-60. 1984.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio; FARIA, Lina. Os primeiros Centros de Saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, São Carlos, n.40-41, p.137-181. 2002.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de.

O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210. 1985.

CONFÉRENCE...

Conférence Européenne sur l'Hygiène Rurale, 29 juin-7 juillet 1931, Genève. Recommandations sur les principes directeurs de l'organisation de l'assistance médicale, des services d'hygiène et de l'assainissement dans les districts ruraux. Genève: Société des Nations. v.1. 1931.

COORDINATION...

Coordination of hospitals and health departments: joint statement of recommendations by the American Hospital Association and the American Public Health Association. *American Journal of Public Health*, Washington, v.38, n.5, p.700-708. 1948.

CUETO, Marcos.

O valor da saúde: história da Organização Pan-americana da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

DAVIS, Michael M.

Goal-post and yardsticks in Health Center work. *American Journal of Public Health*, Washington, v.17, n.5, p.433-440. 1927.

DERROSIERS, Georges.

Évolution des concepts et pratiques modernes em santé publique, 1945-1992. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé*, Montréal, v.3, n.1, p.18-28. 1996.

FARIA, Lina.

Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

FONSECA, Cristina M.O.

Saúde no governo Vargas, 1930-1945: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

FONTENELLE, José Paranhos.

Algumas questões de administração sanitária. Rio de Janeiro: s.n. 1941.

FOUCAULT, Michael.

O nascimento da medicina social. In: Foucault, Michael. *Microfísica do poder*. Org, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal. p.79-98. 2000.

FRAGA, Clementino.

Introdução ao relatório dos serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.203-250. 1928.

GISH, Oscar.

La planificación del sector salud: la experiencia de Tanzania. Ciudad de México: Secretaría de Salud; Fondo de Cultura Económica. 1990.

GORDON, Jeoffry B.

The politics of community medicine projects: a conflict analysis. *Medical Care*, Washington, v.7, n.6, p.419-428. 1969.

GRANT, John B.

Rural reconstruction in China. In: Seipp, Conrad (Ed.). *Health care for the community: selected papers of Dr. John B. Grant*. Baltimore: The Johns Hopkins Press. 1963.

- HOCHMAN, Gilberto.
A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1998.
- KARK, Sidney; CASSEL, John.
The Pholela Health Centre: a progress report. *Bulletin of the World Health Organization*, Genève, v.77, n.5, p.439-447. 1999.
- LATHEM, Willoughby.
Community medicine: success or failure?. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.295, n.1, p.18-23. 1976.
- LIMA, Nísia Trindade.
O Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman, Jacob (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.24-116. 2002.
- LIMA, Oliveira.
Pan-americanismo: Monroe, Bolívar, Roosevelt. Brasília: Senado Federal; Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa. 1980.
- LITSIOS, Socrates.
The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*, New York, v.32, n.4, p.709-732. 2002.
- MAGALHÃES NETTO, F.P.; CHAVES, W.
Os Centros de Saúde na organização sanitária bahiana. In: Congresso Brasileiro de Hygiene, 5., 1929, Recife. *Amaes...* Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Hygiene. v.2, p.137-148. 1930.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos.
Serviços de saúde pública do estado de São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.18, n.1-2, p.51-74. 1964.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos.
Problemas de saúde pública no estado de São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.8, n.1, p.1-13. 1954.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos.
Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1949.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos;
CASTRO, Paulo C.
Atividades de Centros e Subcentros de Saúde. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, v.3, n.3, p.9-11. 1955.
- MASCARENHAS, Rodolfo S.; PIOVESAN, Armando.
O conceito de integração aplicado à medicina e saúde pública. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v.26, n.89, p.179-198. 1961.
- MELLO, Guilherme Arantes.
Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- MELLO, Guilherme Arantes.
Pensamento clássico da saúde pública paulista na era dos centros de saúde e educação sanitária. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. No prelo.
- MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José; DEMARZO, Marcelo Piva.
Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v.2, n.2, p.204-213. 2009.
- MORENA, Nicolino.
A organização sanitária paulista e sua evolução: crítica e sugestões para a sua melhoria. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v.11, n.27, p.97-109. 1946.
- MOUNTIN, Joseph W.
Changing concepts of basic local public health services. *American Journal of Public Health*, Washington, v.39, n.11, p.1417-1428. 1949.
- MOUNTIN, Joseph W.
Administration of public medical service by health departments. *American Journal of Public Health*, Washington, v.30, n.2, p.138-144. 1940.
- NEWELL, Kenneth W.
La salud por el pueblo. Genebra: Organizacion Mundial de la Salud. 1975.
- OPS.
Organización Panamericana de la Salud. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines*. Washington: OrganizaciOn Panamericana de la Salud. (Publicación científica n.93). 1964.
- PAIM, Jairnilson.
Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.
- PENIDO, Henrique M.
O Serviço Especial de Saúde Pública e suas realizações no Brasil. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.363-385. 1959.
- PENIDO, Henrique M.
A estrutura sanitária brasileira. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.185-214. 1958.

- PENIDO, Henrique M.; PANTOJA, Woodrow P.; SIMÕES, Álvaro J. P. Considerações sobre o problema da organização sanitária no Brasil. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.169-182. 1953.
- PLATT, Philip S. Symposium on the Health Center: Is the Health Center a Health Center? Need of a positive health ideal in the Health Center. *American Journal of Public Health*, Washington, v.11, n.3, p.221-226. 1921.
- RAMOS, Reinaldo. *A integração sanitária: doutrina e prática*. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1972.
- RAMOS, Reinaldo. Considerações sobre o problema da assistência médico-sanitária em áreas rurais. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.88, p.109-119. 1961.
- READER, George G; SOAVE, Rosemary. Comprehensive care revisited. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York, v.54, n.4, p.391-414. 1976.
- RENTHAL, Gerald A. Comprehensive health centers in large US cities. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 61, n.2, p.324-336. 1971.
- ROSEN, George. O primeiro movimento de centro comunitário de saúde: ascensão e queda. In: Rosen, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal. p.371-401. 1979.
- SÃO PAULO (Estado). Decreto 3876. Reorganiza o Serviço Sanitário e repartições dependentes. *Coleção de leis e decretos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Imprensa Oficial. v.35. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1925/decreto%20n.3.876,%20de%2011.07.1925.htm>. Acesso em: 22 dez. 2011. 11 jul. 1925.
- SÃO PAULO (Estado). Decreto 1343. Divide o território do Estado em distritos sanitários e dispõe a respeito da polícia sanitária. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. São Paulo: Imprensa Oficial. p.5-13. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1906/decreto%20n.1.343,%20de%2027.01.1906.htm>. Acesso em: 22 dez. 2011. 27 jan. 1906.
- SILVEIRA, Mário Magalhães. *Política nacional de saúde*: a trindade desvelada – economia, saúde, população. Rio de Janeiro: Revan. 2005.
- SKINNER, Quentin. Meaning and understanding in the history of ideas. *History and Theory*, Middletown, v.8, n.1, p.3-53. 1969.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula. Centro de Saúde: órgão de higiene e não assistência. *Viver! Mensário de Saúde, Força e Beleza*, São Paulo, n.7, p.13-16. jan. 1939.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula. Deverão os serviços de proteção e higiene da criança ser entregues aos Estados, ou ficar subordinados à administração federal?. *Revista de Higiene e Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.95-107. 1934.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula. Eugenia e imigração. *Folha Médica*, Rio de Janeiro, p.65-67. 25 fev. 1928.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula. O Estado de S. Paulo e alguns serviços de saúde pública. In: Congresso Brasileiro de Higiene, 1., 1926, Rio de Janeiro. Annaes... Rio de Janeiro: Officinas Graphicas da Inspectoría de Demografia Sanitária. 1926.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula. Modernos serviços de assistência médica. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, São Paulo, v.4, n.10-11, p.264-266. 1922.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula. O ensino médico no Brasil e nos Estados Unidos. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, São Paulo, v.3, n.8, p.276-288. 1920.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula; VIEIRA, Francisco Borges. Centro de saúde: 'eixo' de organização sanitária. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo*, São Paulo, n.59. 1936.
- SOUZA, Geraldo Horácio Paula; VIEIRA, Francisco Borges. Qual a melhor organização dos serviços de higiene escolar? Deverão fazer parte dos serviços de saúde pública ou ficar subordinados à direção da instrução? *Revista de Higiene e Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.113-123. 1934.
- SOUZA, Washington Luís Pereira de. Mensagem de S. Ex. o Sr. Presidente da República ao Congresso Nacional. *Archivos de Higiene*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.267-274. 1930.
- STOECKLE, John D.; CANDIB, Lucy M. The neighborhood health center: reform ideas of yesterday and today. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.265, n.12, p.727-731. 1961.

Medicine, Boston, v.280, n.25, p.1385-1391. 1969.

SUSSER, Mervyn. Pioneering community-oriented primary care. *Bulletin of World Health Organization*, Gêneve, v.77, n.5, p.436-438. 1999.

TERRIS, Milton. Evolution of public health and preventive medicine in the United States. *Public Health and Preventive Medicine*, Portland, v.65, n.2, p.161-169. 1975.

TERRIS, Milton. The comprehensive health center. *Public Health Reports*, Washington, v.78, n.10, p.861-866. 1963.

TOBEY, James A. Symposium on the Health Center 3: the historical development. *American Journal of Public Health*, Washington, v.11, n.3, p.212-213. 1921.

TOLLMAN, Stephen M. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*, Leicester, v.32, n.6, p.633-642. 1991.

VIEIRA, Francisco Borges. Questões de saúde e assistência na cidade e no campo. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo*, São Paulo, n.87. 1945.

VIEIRA, Francisco Borges. Eschema da organização sanitaria do estado de São Paulo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v.15, p.5-13. jan. 1936.

WILINSKI, C.F. The Health Center. *American Journal of Public Health*, Washington, v.17, n.7, p.677-682. 1927.

WINSLOW, Charles-Eduard Amory. Discussion of papers on the health department and medical care. *American Journal of Public Health*, Washington, v.37, n.3, p.275-277. 1947.

WOLF JR., George A. Preventive medicine, 1952-1964. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York, v.42, n.4, p.9-21. 1964.

YUNES, João; BROMBERG, Rosa. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.5, n.2, p.221-236. 1971.

