

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE
SAÚDE PÚBLICA - FSESP:
UM ESTUDO DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL

197703 980

T/EBAP P364f



1000030725

000039725



Monografia apresentada por
ANGELA MARIA DE MENEZES PEÇANHA
à Escola Brasileira de Adminis-
tração Pública da FGV para ob-
tenção do título de MESTRE em
Administração Pública.

Rio de Janeiro, junho de 1976.

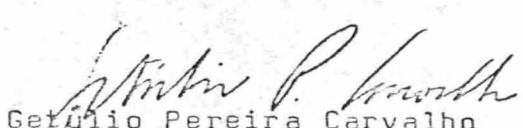
PARECER SOBRE A MONOGRAFIA

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA - FSESP: UM ESTUDO DE
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL


A monografia apresentada à EBAP pela mestranda ANGELA MARIA DE MENEZES PEÇANHA é um estudo de caso, que trata da evolução administrativa de uma das mais importantes instituições do setor de saúde pública no Brasil. Apesar de basear sua pesquisa em esquema conceptual muito pouco testado (o chamado "modelo de deseenvolvimento institucional"), logrou a autora não só descrever as várias fases do crescimento da FSESP, como também analisar os dilemas enfrentados pela liderança daquela entidade, em diferentes conjunturas.

Dada a relevância do tema escolhido, e a capacidade demonstrada pela autora de organizar e interpretar uma enorme massa de dados e informações, lançando novas luzes sobre um tópico pouco ou nada explorado, recomenda a Comissão Examinadora a aceitação da Monografia submetida por ANGELA MARIA DE MENEZES PEÇANHA, com o que estarão preenchidas as exigências para a obtenção do grau de Mestre em Administração Pública.

Rio de Janeiro, 26 de agosto de 1976


Getúlio Pereira Carvalho


Ana Maria Bernardes Goffi Marquesini


Ernani de Paiva Ferreira Braga

I N D I C E

INTRODUÇÃO	1
PRESSUPOSTO TEÓRICO	3
A ORGANIZAÇÃO DO SESP	5
FASE AMAZÔNICA, 1942 - 1949	10
FASE NACIONAL, 1950 - 1959	26
FASE ATUAL: O SESP COMO FUNDAÇÃO	34
FSESP: UM DILEMA DE AÇÃO	42
CONCLUSÕES TEÓRICAS DO ESTUDO	54
BIBLIOGRAFIA	58

INTRODUÇÃO

A Fundação Serviços de Saúde Pública, FSESP, é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Criado em 1942, como Serviço Especial de Saúde Pública, tem sido capaz de conferir soluções organizacionais satisfatórias para o grave problema brasileiro de ineficácia no setor saúde pública, destacando-se no seu campo de atuação. A FSESP atua em praticamente todo o território nacional de forma direta, através de seus órgãos técnicos ou, indiretamente, colaborando com outros órgãos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde ou mantendo convênios com diversas outras organizações do Brasil e do Exterior.

Sua assistência estende-se, hoje, a cerca de um décimo da população brasileira, destacando-se os programas das áreas de assistência médica integral, educação sanitária, epidemiologia, saneamento, assistência técnica em saúde e saneamento, pesquisas, treinamento e divulgação técnica especializada. Dos quadros funcionais da FSESP têm saído representantes para funções de destaque em organizações nacionais e internacionais na área de saúde, o que lhe assegura um certo grau de participação no delineamento do cenário mundial da saúde.

A sobrevivência desta organização¹, sua capacidade de expandir sua esfera de influência e mesmo de orientar os cursos de ação, em determinados momentos, da saúde pública no Brasil, fizeram-na objeto do presente estudo, sob um ângulo de desenvolvimento institucional².

As características de sua dinâmica interna e a sua tendência para um crescimento acelerado estão associados a uma doutrina de trabalho³ que a FSESP tem desenvolvido desde sua criação.

¹ Sobre o conceito de sobrevivência das organizações consultar: KATZ, Daniel & KHAN, Robert. Psicologia social das organizações. São Paulo, Atlas, 1970, págs., 87-89; ETZIONI, Amitai. Organizações modernas. São Paulo, Pioneira, 1972, pág. 35; SELZICK, Philip. A liderança na administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1971, págs. 18-19.

² O modelo teórico adotado neste trabalho está fundamentado em ESMAN, Milton J. & BLAISE, Hans C. Institution building research: the guiding concepts. Pennsylvania, University of Pittsburgh, Graduate School of Public and International Affairs, Pittsburgh, 1966 e em SELZNICK, Philip, opus cit., págs. 14-36. Sobre estudos de desenvolvimento institucional relativos a organizações brasileiras veja as seguintes teses de doutorado: LOUREIRO PINTO, Aluizio, Uma Experiência de Institucionalização Organizacional no Brasil, apresentada à Universidade do Sul da Califórnia em 1967 e CARVALHO, José Silva de. An Experiment in Institution Building, apresentada no mesmo ano, à mesma Universidade.

³ Veja ESMAN, Milton J. & BLAISE, Hans C. Opus cit., págs 10-11; KATZ, Daniel e KHAN, Robert L. Opus cit., págs. 70-76.

Para o estudioso do comportamento de uma organização como a FSESP, destaca-se como interesse teórico a possibilidade de serem as organizações potenciais agentes de mudança social⁴, principalmente pela capacidade de virem a influenciar seu ambiente.

Dentre os aspectos relacionados com esse potencial está o processo pelo qual uma organização, através da adoção e do desempenho de papéis socialmente relevantes para a promoção do desenvolvimento econômico e social, transforma-se em instituição⁵. Este processo constitui poderoso instrumento de mudança e pode ser encarado como mais um elemento eficaz⁶ numa estratégia de desenvolvimento, quando instituições são destinadas deliberadamente a acelerar e produzir mudanças sociais.

⁴ Sobre o assunto veja MOTTA, Paulo Roberto. Mudança Organizacional. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas 1979. Texto de distribuição interna para o III Curso de Aperfeiçoamento em Administração - Convênio MME (PLANFAP/CAEEB). PEÇANHA, Angela M. M. & DEL PINO, Yolanda S. de la Hanty. Atitude e Comportamento Organizacionais. Boletim de Desenvolvimento de Pessoal. Rio de Janeiro, 6 (2): 89-91, abr.-jun.1973.

⁵ SELZNICK, Philip. Opus cit., pág. 5

⁶ O conceito de eficácia é discutido por NASCIMENTO, Kleber T. A revolução conceitual da administração: implicações para a formulação dos papéis e funções essenciais de um executivo. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 6 (2), abr.-jun., 1972.

Este enfoque está associado a uma nova orientação dos estudiosos da administração, que preconiza o comprometimento dos Administradores com os valores da sociedade⁷, rejeitando, conseqüentemente, os pressupostos de neutralidade⁸.

É fato ainda que Administração vive, no momento, o início de uma nova fase prescritiva. Prescritiva, entretanto, pela internalização de uma nova visão conceitual da Administração, visão essa finalística, isto é, voltada inteiramente para fins e objetivos e que considera o Administrador o agente de mudança, comprometido com os objetivos de desenvolvimento, para os quais deve orientar sua ação. Esta orientação é a que conduz este estudo sobre o processo de institucionalização da FSESP.

⁷ A idéia do comprometimento com valores é um dos principais temas de interesse do chamado movimento da nova Administração Pública. Na Conferência de Minnowbrook, Universidade de Syracuse, em setembro de 1968, foi o tema central dos debates. A este respeito veja MARINI, Frank. Toward a new public administration: the Minnowbrook perspective. Scranton, Chandler Publishing Company, 1971, especialmente págs. 332-367. Veja ainda MOTTA, Paulo Roberto. Administração para o desenvolvimento: a disciplina em busca de relevância. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 6(3): 39-53, jul./set. 1972. GUERREIRO RAMOS, Alberto. A nova ignorância e o futuro da administração pública na América Latina. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 4(2): 7-45, jul./dez. 1970.

⁸ Acerca da neutralidade burocrática veja WEBER, Max. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. Sociologia da Burocracia. Rio de Janeiro, 1966. págs. 16-27. FREUND, Julien. A Sociologia de Max Weber. Rio de Janeiro, Forense, 1966. págs. 63-68.

A ORGANIZAÇÃO DO SESP

Define-se como o início da existência de uma organização o momento em que determinado grupamento de indivíduos é intencionalmente constituído a fim de alcançar objetivos específicos, em cujo sentido orienta suas atividades.⁹

A organização surge, entretanto, num determinado contexto sócio-político-econômico, sofrendo o impacto de sua nova condição, inclusive frente a instituições já existentes; sua atuação será diretamente influenciada por valores, atitudes, comportamentos que prevalecem na sociedade que a envolve.

O SESP passou a existir durante a 2a. Guerra Mundial, em 1942. Pela trigésima segunda recomendação da Terceira Reunião de Consulta de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro, de 15 a 28 de janeiro de 1942, ficou estabelecido o desenvolvimento de um amplo programa de saúde e saneamento nas Repúblicas Sul-americanas que, para isso, contariam com o auxílio técnico e ajuda financeira dos Estados Unidos da América do Norte.

⁹ PARSONS, Talcott. Structure and process in modern societies. Glencoe, The Free Press, 1960, pág. 17.

A necessidade de o Brasil intensificar a exploração de matérias-primas indispensáveis ao esforço de guerra justificava plenamente a organização de um serviço especial de saúde pública para a Amazônia. Foi o que ocorreu com o estabelecimento do SESP.

Após entendimentos diplomáticos entre Artur de Souza Costa, Ministro da Fazenda do Brasil, e Sumner Welles, Subsecretário de Estado dos Estados Unidos da América, o Presidente Getúlio Vargas, pelo Decreto-Lei nº 4275, de 17 de abril de 1942, autorizou o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, a entrar em entendimentos com o Instituto de Assuntos Interamericanos dos Estados Unidos da América do Norte para a organização de um serviço de tal natureza¹⁰.

Em 17 de julho de 1942, foram assinados os termos do primeiro contrato¹¹, segundo o qual foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), como órgão autônomo do Ministério da Educação e Saúde, subordinado diretamente ao Ministro.

Naquela ocasião representava a Amazônia potencial valioso face à existência da borracha nativa, princi-

¹⁰ Fundação Serviços de Saúde Pública, Legislação. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1972, pág. 1.

¹¹ Idem págs. 3-6.

palmente após a ocupação japonesa dos seringais asiáticos. Perdido o Sudeste da Ásia, a borracha apresentava sérios problemas de escassez mundial, restando a opção dos seringais nativos da Amazônia¹². A situação, em termos de economia de guerra, assumia proporções dramáticas a ponto da Comissão Baruch (Baruch Committee)¹³, em 1942, destacar em seu relatório que falhas num rápido e maciço suprimento de borracha levariam o esforço de guerra ao colapso, com graves prejuízos para a economia. Ainda em março de 1942, por um dos denominados Acordos de Washington, estabelecia-se um preço fixo para a borracha, acima da cotação internacional, passando o governo brasileiro a reservar os excedentes da produção para o mercado norte-americano¹⁴. Tais decisões levaram à criação imediata da Rubber Reserve Company, logo depois transformada em Rubber Development Corporation. No Brasil, os mercados produtor e distribuidor estiveram sob a gerência da Carteira de Exportação e Importação do Banco do Brasil até a constituição do Banco de Crédito da Borracha¹⁵, em julho de 1942. Desse modo o serviço que se

¹² MENEZES, Oswaldo Bastos - O Problema da Borracha Brasileira. In - Ministério da Agricultura, Departamento Nacional da Produção Vegetal, Grupo de Estudos da Borracha Natural, Brasília, 1960, pag. 10.

¹³ Baruch Committee, comissão especial do governo dos Estados Unidos da América, nomeada pelo Presidente Franklin D. Roosevelt, em 1942.

¹⁴ MENEZES, Oswaldo Bastos. Opus cit., pag. 19

¹⁵ O Banco de Crédito da Borracha, criado através do Decreto-Lei nº 4451, de 9 de julho de 1942, deu origem ao atual Banco da Amazônia S/A.

iniciava tinha sua gestação determinada pelas necessidades americanas de fazer frente a uma economia de guerra.

Enquanto o principal objetivo latente¹⁶ do SESP era o de garantia real de uma infra-estrutura de mão-de-obra para a extração da borracha, suas atribuições legais, segundo o Acordo assinado entre os Estados Unidos da América e o Brasil¹⁷, seriam:

1. o saneamento do Vale do Amazonas, especialmente a profilaxia e os estudos de malária e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da referida região;
2. o preparo de profissionais para trabalhos de saúde pública, compreendendo o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiros de saúde pública e o treinamento de outros técnicos;
3. a colaboração com o Serviço Nacional de Lepre e, por intermédio deste, com as repartições sanitárias estaduais, para o combate à lepra.

¹⁶ Acerca de objetivos organizacionais veja ETZIONI, Amitai. Opus cit., pags. 14-31.

¹⁷ Fundação Serviços de Saúde Pública. Legislação. Opus cit., pág. 3

A partir de então, três fases distintas podem ser identificadas na história do SESP. A primeira corresponde ao período de 1942 — ano de sua criação — até 1949. Pode ser denominada Fase Amazônica, embora seus serviços viessem a abranger a região do Vale do Rio Doce e o interior do Estado de Goiás. A segunda, entre 1950 e 1959, representa a maior expansão territorial do serviço e denomina-se Fase Nacional, por ter o SESP estendido sua atuação a quase todo o Brasil. Finalmente, a fase que pode ser chamada Atual, com início em 1960, quando cessou o último contrato com os Estados Unidos e o Serviço foi transformado em Fundação¹⁸.

¹⁸ Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960

Buscando atender aos objetivos latentes de caráter político-econômico, face aos interesses que determinaram sua criação, preparou o SESP um programa conhecido como o Programa da Amazônia. A nível executivo, atingiria o Programa duas regiões: a do Pará, com sede em Belém¹⁹ e a do Amazonas²⁰, com sede em Manaus. Em ambas seriam beneficiados os trabalhadores empenhados na exploração da borracha.

O Serviço constituiu-se, originalmente, por um grupo composto de veteranos do Serviço de Febre Amarela, da Fundação Rockefeller, que haviam participado da campanha de erradicação do *Anopheles Gambiae*²¹ e de alguns elementos dentre os recentemente recrutados e treinados pela Fundação Rockefeller para essa campanha.

¹⁹ Incluindo o Território do Amapá.

²⁰ Englobando os Territórios do Acre e Rondônia.

²¹ O *Anopheles Gambiae*, mosquito transmissor da malária na África Ocidental, foi introduzido no Brasil através de pequenos e rápidos navios, ex-avisos de guerra da marinha francesa, os quais eram utilizados no transporte de correspondência entre Dakar e Natal, no Rio Grande do Norte pela companhia Aeropostale em sua linha Paris-Rio. No início da década de 1930 ocorreu um grande surto epidêmico de malária em Natal dando margem a que a Fundação Rockefeller colaborasse no combate à mesma. Na ocasião, todo o serviço de profilaxia da febre amarela nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste do Brasil era da competência da Fundação, cabendo a um de seus técnicos, R.C. Schannon, famoso

Por delegação do General George C. Dunham, Vice Presidente Executivo do Instituto de Assuntos Interamericanos dos Estados Unidos da América do Norte, coube ao médico Oswaldo José da Silva, que atuara como Diretor Técnico daquela campanha, fazer a indicação dos médicos para o novo serviço.

A Fundação Rockefeller já atuava há mais de 15 anos no Brasil na área de controle de doenças transmissíveis e na de formação de pessoal de saúde, conduzindo-se através de rígida disciplina de trabalho e com estrutura determinada pelas "Campanhas de Saúde Pública" em desenvolvimento, num exemplo do que poderia ser chamado de

entomologista, ao realizar pesquisas na área, descobrir, com grande surpresa para ele e demais autoridades sanitárias brasileiras, a presença de focos larvários de *Anopheles Gambiae* em Natal, considerando esse mosquito como responsável pela transmissão da infecção. Com o tempo o mosquito já era encontrado a 180Km de Natal, certamente levado com o auxílio dos ventos alíseos que predominam na região. Em 1937 começaram a ocorrer casos de malária que, em forma de epidemia, atingiu a cidade de Açu, no Rio Grande do Norte, estendendo-se, em seguida, a localidades às margens do rio Jaguaribe e de seu afluente Banabuiú, no Ceará, estimando-se em 15.000 o total de mortes por ela provocadas. A fim de impedir que o mosquito atingisse o vale do Parnaíba e em seguida o vale do Amazonas, de onde sua erradicação se tornaria impossível, a Fundação Rockefeller, através da campanha específica, de repercussão mundial, conseguiu a completa erradicação do mosquito africano e, desse modo, a transmissão da malária, no Brasil, pelo *Anopheles Gambiae*. Depoimento de Gastão Cesar de Andrade e Oswaldo José da Silva, participantes da campanha e médicos da Fundação Rockefeller (Serviço de Febre Amarela e Serviço de Malária do Nordeste) entre 1930 e 1942, ano em que ingressaram no SESP. Rio de Janeiro, 18 de março de 1974.

administração por projetos, já que as "Campanhas" orientavam a ação daquela Fundação.

A representação da Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller na América do Sul estava sediada no Rio de Janeiro e esteve entregue, a partir de 1927, ao médico Fred L. Soper, sanitarista americano que viria a exercer influência preponderante sobre os trabalhos de saúde pública então realizados no Brasil ²². Sua orientação influenciou, de modo decisivo, a doutrina que se consolidaria no SESP ²³.

²² Fred L. Soper, sanitarista da Fundação Rockefeller desde 1920, tem tido destaque internacional por sua atuação no campo da saúde pública. É o responsável direto pela erradicação do *Anopheles Gambiae* no Nordeste brasileiro. A Nota Editorial do Boletim Epidemiológico da FSESP - Ministério da Saúde - Centro de Investigações Epidemiológicas - Semanas, nº 51 e 52 - 1973, refere-se à homenagem ao Dr. Fred L. Soper por ocasião de seu 80º aniversário. São citadas palavras do Prof. Paulo Antunes, que atribui como maior mérito da presença do Dr. Soper no Brasil o de haver instituído, nos serviços sob sua direção, uma verdadeira escola de adestramento de pessoal capacitado para administração em saúde pública, escola essa em que a ética, a probidade, a eficiência e a dedicação plena ao trabalho eram suas características fundamentais. Dessa formação participava não só o pessoal médico, mas também os que, em outros escalões, integravam a estrutura dos Serviços .pag.203.

²³ Entrevistas com Gastão Cesar de Andrade, Rio de Janeiro, 18 de março de 1974 e Oswaldo José da Silva, Rio de Janeiro, 18 de março de 1974.

A incorporação dos elementos da Fundação Rockefeller ao SESP, em 1942, permitiu que inúmeros hábitos de trabalho, bem como um corpo de valores já formado, fossem absorvidos pelos técnicos daquele serviço, passando a existir, naquele momento, o germen da instituição.

Sob a superintendência do sanitarista americano George M. Saunders iniciou o SESP os trabalhos de saúde e saneamento no Vale do Amazonas, logo se destacando no combate à malária, através de intenso programa de estudos, inquéritos e providências.

O desenvolvimento do SESP nessa fase sublinha um importante aspecto da evolução da estrutura administrativa das organizações ou seja, o fato de a estrutura organizacional representar o resultado de solicitações não apenas internas, mas também externas à organização. Quando, portanto, em 1943, interesses econômicos determinaram a necessidade de manutenção de uma infra-estrutura humana nas zonas de importantes extrações minerais, diversificou o SESP seu nível executivo de atuação, estabelecendo um programa no Estado de Goiás para assistir aos trabalhadores empregados na extração da mica e do cristal de rocha. Ainda em 1943 um novo Acordo²⁴, semelhante ao do

²⁴ Fundação Serviços de Saúde Pública. Opus cit., págs. 9-11.

semelhante ao do ano anterior, levava as atividades do SESP para o Vale do Rio Doce (Programa do Rio Doce), desta vez com a finalidade de prestar assistência aos trabalhadores da reconstrução da Estrada de Ferro Vitória - Minas, obra que visava a acelerar a exportação de minério de ferro.

Nas áreas onde a saúde passou a estar sob sua responsabilidade, tratou o SESP de desenvolver amplo programa de combate à malária e de atuação sobre as condições sanitárias locais, objetivando controlar, no menor período de tempo possível, as doenças transmissíveis lá existentes²⁵.

Nesta fase o SESP deu grande impulso ao ensino de enfermagem e ao treinamento de enfermeiros no País. O Brasil contava com 4 escolas de enfermagem, exercendo a profissão apenas cerca de 400 enfermeiros, quase todos em hospitais²⁶. Tratou o SESP de alertar para a necessidade de formação e aperfeiçoamento desses profissionais, incentivando a criação de novas escolas de enfermagem em

²⁵ Fundação Serviços de Saúde Pública. 30 anos de atividades em saúde pública (1942-1972). Rio de Janeiro, 1972.

²⁶ Entrevista com Úrsula Engel, da Seção de Enfermagem da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 13 de julho de 1975.

São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Amazonas, Rio Grande do Sul e Goiás, destacando-se em particular a Escola de Enfermagem de Manaus que, criada em 1949 pelo SESP, vem preparando profissionais para a Amazônia, através de cursos de graduação em enfermagem e de formação de auxiliares de enfermagem.

O SESP concedeu, simultaneamente, bolsas de estudo no exterior e iniciou os primeiros cursos de formação de pessoal auxiliar em saúde pública. A partir de 1943 começou a preparar laboratoristas auxiliares, auxiliares hospitalares, visitadoras sanitárias, auxiliares de higiene dental, técnicos e auxiliares de saneamento²⁷. Embora não pertencendo as parteiras curiosas ao seu quadro de pessoal, mas devido à sua importância para a comunidade rural, passou o SESP a dar-lhes assistência permanente, ministrando-lhes conhecimentos mínimos, porém suficientes para assistirem partos, evitando danos às gestan-

²⁷ Entrevistas com Maria Zilda Beleza, ex-Diretora da Divisão de Assistência Técnica e Capacitação de Recursos Humanos da FSESP, Rio de Janeiro, 13 de julho de 1973; Bernadete Magalhães, da Seção de Educação Sanitária da FSESP, Rio de Janeiro, 13 de junho de 1973.

tes e aos recém-nascidos²⁸.

Sob a liderança do SESP iniciaram-se programas de educação sanitária envolvendo, inclusive, experiências com Clubes de Saúde nas comunidades, principalmente junto às escolas.

Face à necessidade de atender às exigências ecológicas próprias de um país subdesenvolvido, fugiu o SESP ao modelo norte-americano de sanitarismo (que não considera a assistência médica como parte integrante de saúde pública), afirmando-se, a partir de 1942, a assistência médica como uma de suas atividades básicas nos programas de saúde e saneamento. Este fato caracteriza o início da adaptação de um modelo de saúde pública às realidades nacionais, sendo opinião dos sespianos que no Brasil não se

²⁸ O Editorial de o Jornal do Brasil, de 26 de agosto de 1974, endossou as palavras do médico americano Alfred Gellorn, recomendando a formação urgente dos chamados médicos descalços, semelhantes aos chineses que, não possuindo calçados nem diplomas, mesmo assim prestaram importantes serviços de saúde pública, lembrando que essa prática já foi muito bem aplicada no Brasil, pelo SESP, durante os anos 1940/50.

Aldo Villas Bôas, atual Presidente da FSESP, em discurso por ocasião da abertura dos trabalhos da reunião de diretores da FSESP, em Penedo (Alagoas), em agosto de 1974, referiu-se a informações de registro de aproximadamente 2.000 parteiras curiosas, das quais 1.570 já haviam sido treinadas e se encontravam sob controle imediato das Unidades Básicas de Saúde da Fundação, notificando os nascimentos ocorridos imediatamente após o parto e encaminhando gestantes e crianças às Unidades, para os cuidados necessários.

pode fazer saúde pública sem assistência médica.

Chama a atenção, no estudo do SESP, o fato de aquela organização não ter nascido sozinha. Concomitantemente à sua criação, também em 1942 surgiram, com os mesmos objetivos latentes de cunho político-econômico, visando a suprir a infra-estrutura de mão-de-obra para a extração da borracha no Vale Amazônico, duas outras organizações: o Serviço de Mobilização dos Trabalhadores da Amazônia (SEMTA) e a Superintendência de Abastecimento do Vale do Amazonas (SAVA).

A primeira tinha como objetivo manifesto dar proteção sanitária e assistência médica aos trabalhadores recrutados principalmente no NORdeste, atuando desde os locais de recrutamento até Belém, no Pará, onde passariam os indivíduos recrutados a receber assistência do SESP. Em Belém, os recrutados tinham como ponto convergente a Hospedaria de Tapanã, famosa na época, de onde eram encaminhados aos seringais, através da SAVA, órgão responsável pelo encaminhamento. Portanto, as três organizações - SESP, SEMTA e SAVA - atuavam de forma complementar, na região produtora da borracha, desde o recrutamento até o seu encaminhamento e o trabalho nos seringais. Em 1942 e 1943, através de ação conjunta, contavam aqueles órgãos com doze campos ou hospedarias principais, bem como numerosos pousos menores, estabelecidos ao longo das rotas de migração.

O SESP foi solicitado a proporcionar assistência médica e um programa sanitário local nessas áreas. Iniciou-se o trabalho em outubro e novembro de 1942, nos acampamentos do Departamento Nacional de Imigração (DNI) do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em Belém, Manaus e Fortaleza, estendendo-se, gradualmente, aos doze acampamentos maiores²⁹.

SEMTA e SAVA contavam com financiamentos da Rubber Development Corporation e ligavam-se diretamente à Presidência da República do Brasil. Desapareceram, porém, com o final da guerra, quando arrefecidos os mais fortes interesses relacionados com a extração e exportação da borracha³⁰.

Com o final da guerra, a exemplo do que ocorreria com o Serviço de Mobilização dos Trabalhadores da Ama-

²⁹ Entrevista com Manoel José Ferreira, ex-diretor do Serviço Médico do Serviço de Mobilização dos Trabalhadores da Amazônia (SEMTA) e atual Superintendente da Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais (PAPPE) do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 24 de março de 1975.

³⁰ Principalmente face ao restabelecimento da exportação asiática e à situação de superprodução interna.

zônia (SEMTA) e com a Superintendência de Abastecimento do Vale do Amazonas (SAVA), poderia também o SESP ter desaparecido. Entretanto, a satisfação de um conjunto de exigências básicas determinou sua sobrevivência. Deste conjunto de exigências destacam-se a multiplicidade dos objetivos³¹ que, de fato, já orientavam a organização; a existência de uma imensa demanda pelos seus serviços; os recursos humanos dotados de grande motivação e habilidades profissionais; o delineamento de uma doutrina e a visibilidade³² da organização.

Estes elementos estão de tal forma inter-relacionados que o desaparecimento de algum deles poderia provocar o desaparecimento da organização. A multiplicidade de objetivos está associada à sobrevivência da organização sempre que favoreça a maior eficácia, isto é, sempre que a busca de um objetivo facilite a consecução de outro e determine uma diversificação do trabalho realizado.

Esta multiplicidade no SESP significa a coexistência de objetivos de cunho nitidamente político-econô-

³¹ Para uma análise dos objetivos organizacionais ver: ETZIONI, Amitai. Opus cit., págs. 28-29.

³² O conceito de visibilidade das organizações é discutido em MARCH, James G. e SIMON, Herbert A. Teoria das Organizações. 2a. ed., Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1970, págs. 148-149.

mico com o desenvolvimento de objetivos cada vez mais relacionados com a prestação de serviços de saúde pública. Entretanto, a possibilidade de fortalecer os novos objetivos de saúde e saneamento somente ocorreu devido ao alcance dos objetivos iniciais de fazer frente à manutenção de uma infra-estrutura de mão-de-obra, necessária à extração da borracha para uma economia de guerra. Por outro lado a ampliação das atividades da organização determinou crescente complexidade em termos de especialização horizontal, intervindo positivamente não só na sobrevivência mas também no crescimento do SESP.

A existência de demanda no meio externo é a característica ecológica de maior representatividade no desenvolvimento das organizações. É importante lembrar, a este respeito, que a par das modificações ocorridas no Brasil de após 1930, os anos da Segunda Guerra Mundial representaram drástica redução no ritmo de crescimento do país e conseqüente agravamento da situação de saúde e saneamento. A direção do SESP, criado nesse momento, teve a sensibilidade necessária para interagir com o meio ambiente e desenvolver sua capacidade de grangear recursos, favorecida pela crescente visibilidade da organização.

Os recursos humanos com que contou o SESP nessa fase possuíam fortes componentes valorativos relacionados com o desenvolvimento de trabalhos de saúde pública,

tendo existido, desde o início, por influência da Fundação Rockefeller, o embrião de uma doutrina de trabalho, caracterizado pelo comprometimento com objetivos da saúde pública, pelo espírito de equipe e pela rígida disciplina de trabalho que desde o início marcou o SESP³³.

A liderança original do SESP constituía-se de elementos experientes na área de saúde pública, acostumados ao trabalho de campo realizado em condições pouco favoráveis e que viriam transferir ao novo serviço padrões de trabalho similares aos adotados na Fundação Rockefeller, oferecendo desempenho semelhante àquele das campanhas de erradicação de doenças transmissíveis, levadas a cabo no Nordeste brasileiro.

Constituiu-se no SESP um grupo profissional quase fechado, com características de grupo de elite em sua

³³ Entrevistas com Nilo Chaves de Brito Bastos, Assis-
tente da Presidência da FSESP, Rio de Janeiro, 13 de
junho de 1973; Jarina Freire, Chefe da Seção de Co-
municação e Arquivo da FSESP, Rio de Janeiro, abril
de 1974; Oswaldo José da Silva, da Divisão de Epide-
miologia e Estatística da FSESP, Rio de Janeiro, 18
de março de 1974; David Grynfoliel, da Divisão de En-
genharia e Ciências do Ambiente da FSESP, Rio de Ja-
neiro, 13 de junho de 1974 e 27 de outubro de 1975;
Clovis Robert, da Divisão de Saúde da FSESP, Rio de
Janeiro, 12 de junho de 1975; Waldir Santos Brito,
Presidente da Companhia de Saneamento do Amazonas -
COSAMA, Manaus, 14 de setembro de 1973; Ermengarda
Alvim, da Divisão de Estudos e Planejamento da FSESP,
Rio de Janeiro, 12 de junho de 1973; Durval Busttorf
Pinto, da Divisão de Estudos e Planejamento da FSESP,
Rio de Janeiro, 12 de junho de 1973; Alyrio Macedo
Filho, Sanitarista da FSESP à disposição do Ministé-
rio da Saúde, onde é o atual Chefe da Seção de Vigi-
lância Epidemiológica, Rio de Janeiro, 13 de maio de
1975.

área de atuação. Utilizando a terminologia de Anthony Leeds em seu estudo sobre grupos de carreira e estrutura social no Brasil, pode-se mesmo aludir à existência³⁴ de um grupo de carreira de profissionais de saúde pública no SESP. Esta afirmação ganha força à medida que se analisa alguns aspectos relacionados com a socialização de seus integrantes (salientando-se aqueles relativos à rigidez de disciplina, comparável, inclusive, a algumas entidades semi-fechadas, como as organizações militares³⁵), à sólida formação profissional com a valorização de cursos de especialização e de pós-graduação no exterior, à dedicação exclusiva à atuação em saúde pública, à valorização do trabalho de equipe e à internalização de uma doutrina de trabalho. É curioso observar que no SESP a ocupação das funções de chefia, quer a nível de Diretoria de Programas, ou mesmo a nível de Superintendência da organização, tem-se limitado a um pequeno grupo de profissionais que, alternadamente, têm ocupado funções de chefia ou de assessoramento. Não ocorre no SESP, ao contrário do que se verifica em diversas organizações governamentais,

³⁴ LEEDS, Anthony. Brazilian careers and social structure: an evolutionary model and case history. American Anthropologist. vol. 66, 1964, págs. 1336-1337.

³⁵ Sobre socialização nas organizações militares veja STEPAN, Alfred. The military in politics: changing patterns in Brazil. Princeton, Princeton University Press, 1971.

o preenchimento de cargos de maior prestígio por elementos estranhos à organização. No SESP o poder sempre circulou entre um número restrito de indivíduos, imbuídos da mesma doutrina organizacional. No quadro abaixo acham-se os nomes dos dirigentes do SESP, desde 1944 até 1976.

ROTATIVIDADE DE SUPERINTENDENTES OU PRESIDENTES
DA FSESP (TURNOVER)

N O M E S	G E S T Ã O	
	DE	A
Servulo Lima	06.09.1944	07.11.1947* 3
Marcolino Gomes Candau	08.11.1947	04.04.1950 3
Ernani de Paiva Ferreira Braga	05.04.1950	21.01.1954 4
Henrique Maia Penido	22.01.1954	28.07.1954**
Henrique Maia Penido	29.07.1954	02.08.1963 10
Bichat de Almeida Rodrigues	02.08.1963	31.05.1964 1
Jacques Noel Manceau	01.06.1964	22.08.1967 3
Nelson Luiz de Araújo Moraes	23.08.1967	25.02.1969 2
Aloysio Sanches de Almeida	25.02.1969	24.11.1969
Nilo Chaves de Brito Bastos	24.11.1969	31.08.1970***
Gastão Cesar de Andrade	31.08.1970	16.01.1973 3
Aldo Villas Bôas	17.01.1973
* 1º Superintendente Brasileiro		
** Interino		
*** Respondendo pela Superintendência		

Dos seus dirigentes máximos todos já haviam ocupado cargos relevantes no SESP à exceção de Bichat

de Almeida Rodrigues, Superintendente no período de 02.08.1963 a 31.05.1964 que, atuando em saúde pública desde 1942, não fazia parte do SESP, embora mantivesse relacionamento com a organização pela sua destacada atuação na área, principalmente como representante brasileiro em diversos eventos internacionais.

Foi durante a Fase Amazônica, portanto, que se desenvolveu no SESP uma doutrina organizacional favorável à continuidade decisória. Desde seus primeiros anos o SESP tem demonstrado uma notável habilidade de resolver os problemas que geralmente decorrem da sucessão dos mais altos executivos. Ao entrar na fase seguinte de sua atuação em saúde pública, o SESP já havia assegurado aos seus programas uma continuidade rara no contexto burocrático brasileiro.

Tendo em conta que no final da fase em questão era o SESP uma organização com boa dose de visibilidade e crescente prestígio nos setores relacionados a saúde e saneamento, logo surgiram perspectivas para o desenvolvimento de programas cooperativos, voltados para a suplementação das ações das organizações estaduais de saúde. Tanto assim que, ainda nessa fase, estendeu o SESP sua ação aos estados da Bahia, Paraíba e Pernambuco e, em termos oficiais, diversificou seu objetivo, incluindo áreas prioritárias para o desenvolvimento sócio-econômico do país atendendo aos objetivos de valorização econô-

mica dos governos estaduais.

O crescente comprometimento com objetivos de saúde pública representaria um importante componente valorativo da doutrina do SESP, consolidada e institucionalizada na fase seguinte, que pode ser considerada a grande fase nacional de expansão dos seus serviços.

Em 1951, através de acordo entre o Ministério da Educação e Saúde e a Comissão do Vale do Rio São Francisco e recebendo os subsídios de novos convênios firmados pelos governos americano e brasileiro, com suplementação de recursos, passou o SESP a estabelecer programas de saúde e saneamento, sob regime de administração direta, assinando contratos com os estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais e Sergipe. Seria alcançada, nesse período, a máxima extensão territorial de serviços sob administração direta, atingindo o SESP a maior parte dos estados brasileiros. Enquanto isto, as experiências de cooperação com os estados favoreciam o surgimento de novas formas de atuação: os Programas Cooperativos, objetivando o fortalecimento da infra-estrutura de saúde, através da soma de recursos municipais, estaduais, federais e de outras procedências. Surgiram, então, como órgãos de administração indireta, vinculados às Secretarias de Saúde, os Serviços Cooperativos de Saúde, em convênio com os estados. Esta modalidade de convênio favoreceu o aumento do número de unidades de saúde e de serviços de engenharia sanitária, mediante cooperação com as municipalidades.

Gradativamente, objetivos exógenos à organização, ou seja, objetivos iniciais, de cunho político e

econômico, que determinaram sua criação, cediam lugar a objetivos de sobrevivência e de crescimento da organização. Fortaleceram-se os objetivos latentes de expansão das áreas de influência, rompendo o SESP suas fronteiras originais e estendendo sua atuação praticamente a todo o país³⁶. Esta expansão ressaltaria dois aspectos de significativa importância na atuação do SESP: autonomia³⁷ e visibilidade.

Embora os recursos financeiros do SESP estivessem, até 1960, vinculados à existência dos convênios entre o Brasil e os Estados Unidos da América, desde o início do período houve uma benéfica diversificação de fontes de recursos com o surgimento dos programas cooperativos, favorecendo o crescimento da autonomia financeira da organização³⁸. O aumento desta autonomia, agindo numa causação circular, provocou o aumento de visibilidade da organização, proporcionando-lhe novas e diversificadas injeções de recursos, tanto humanos como financeiros e

³⁶ Os aspectos relacionados à expansão das áreas de influência e transferência de normas e valores são analisados por ESMAN, Milton J. e BLAISE, Hans C. Opus cit., págs. 16-17.

³⁷ Ibid, pag. 6

³⁸ Serviços Cooperativos de Saúde do Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe e Minas Gerais, Serviço Cooperativo de Engenharia Sanitária do Ceará e Serviço de Engenharia Sanitária de Santa Catarina.

materiais, aumentando, desta forma, seu prestígio, expansão de área de atuação e, conseqüentemente, favorecendo seu processo de institucionalização.

Nesta fase ganhou vigor a atividade de normalização técnica³⁹. Prosseguiram as atividades relacionadas com o treinamento de pessoal de enfermagem⁴⁰, mediante cursos de graduação e pós-graduação e formação de pessoal auxiliar. Desenvolveram-se atividades pioneiras de odontologia sanitária⁴¹, descentralizadas da Unidade Sanitária para a escola, introduzindo-se a aplicação tópica de fluoreto de sódio, para a prevenção da cárie dental.

³⁹ Devem ser citados: a introdução da técnica de Knutson (4 cadeiras), no trabalho preventivo da cárie dentária; o alojamento dos recém-nascidos junto às mães, ao invés de berçários; a difusão do emprego da técnica de Aubaniac, de utilização do tronco venoso braquiocefálico para reidratação parental em crianças com desidratação aguda.

⁴⁰ A assistência técnica às escolas de Enfermagem incluiu os estados da Bahia, Minas Gerais e Pernambuco. O SESP iniciou um programa de cooperação ativa com a Associação Brasileira de Enfermagem pela definição do status funcional e de formação dos profissionais de enfermagem. Realizou, também, novos programas de colaboração com Escolas de Auxiliares de Enfermagem, especialmente no Nordeste.

⁴¹ Foram realizados os primeiros levantamentos epidemiológicos da cárie dental, com emprego do índice CPOD (Cariado, Perdido, Obturado, Unidade dente). O SESP promoveu a formação de auxiliares de higiene dental, para fazer parte de equipes odontológicas, que, sob a supervisão do cirurgião-dentista, realizariam tratamento preventivo.

O SESP instalou no Brasil o primeiro sistema de abastecimento de água fluoretada, na cidade de Baixo Guandu, no Espírito Santo. Em engenharia sanitária, o pessoal de nível médio e auxiliar foi preparado para seqüenciar , no Nordeste, a ação dos engenheiros em hidrogeologia de poços. Completou-se o dique de 16km, que recuperou a área alagada de Belém, e o sistema de abastecimento d'água de Manaus.

Em 14 de dezembro de 1953, através da Lei nº 2.134, elaborada sob a orientação do SESP, foi criado o primeiro Fundo Rotativo para financiamento de sistemas de abastecimento de água. Por esta lei, regulamentada pelo Decreto 41.446, de 03.05.1957, atribuía-se ao SESP a aprovação técnica de todos os projetos por ele beneficiados.

Os trabalhos de interiorização do saneamento básico, iniciados na fase anterior, tiveram continuidade e expandiram-se, levando soluções cabíveis em termos de abastecimento d'água e correta eliminação de dejetos a um maior número de comunidades rurais. Utilizando equipamento de perfuração cedido pelo Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), multiplicou a instalação de poços-chafarizes, principalmente no chamado Polígono das Secas. Ainda na área de saneamento básico foi assinado, pelo SESP, um acordo com a antiga Superintendência do Saneamento - SURSAM - para planificação do sistema de esgo-

tos da cidade do Rio de Janeiro.

Seus estudos e pesquisas sobre métodos terapêuticos para a malária e a esquistossomose, bem como pesquisa de campo sobre virose, filariose, leishmaniose, doença de chagas, brucelose, triquinose, boubá e helmintos em geral, repercutiram em todo o país e, em especial, no exterior^{4 2}.

Face às inúmeras atividades desenvolvidas, com a expansão geográfica da área de atuação e a multiplicidade de programas, atingiu o SESP áreas de influência cada vez mais amplas, alcançando visibilidade também junto aos organismos internacionais. A Organização Panamericana de Saúde passou a conceder bolsas para visitas^{4 3} e estágios e colaborar em cursos, estudos e pesquisas. Da mesma forma passaram a proceder a Fundação Kellogg, a Fun

^{4 2} Estes estudos foram divulgados através de livros e obras técnicas, inclusive com a versão para o inglês de trabalhos nacionais. Várias pesquisas foram realizadas em conjunto com sanitaristas estrangeiros. Alguns destes trabalhos estão em WOODALL, John P. Virus Research in Amazonia. In - Atas do Simpósio sobre a Biota Amazônica. Belém, Belém Virus Laboratory, Instituto Evandro Chagas. vol. 6, (Patologia) 1967. págs. 31-63.

^{4 3} Destacando-se o envio sistemático de bolsistas para visitas à rede sanitária do SESP, principalmente no Nordeste.

dação Rockefeller e a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴⁴.

Nesta fase foi atingido o climax da doutrina do SESP e consolidou-se também o processo de sua institucionalização. Já era o SESP um organismo capaz de expandir sua esfera de influência, introduzindo procedimentos e valores, inclusive em organizações não vinculadas diretamente a ele como, por exemplo, as Secretarias de Saúde dos Estados, com as quais mantinha convênio. Difundiu-se no meio externo uma mística de trabalho que distinguia a ação do Serviço, passando a ser uma constante, nos ambientes ligados à saúde pública, a caracterização do SESP como entidade pioneira⁴⁵, detentora dos melhores profissio

⁴⁴ Nos moldes de colaboração estabelecidos foi organizado o 1º Curso de Odontologia Sanitária da América Latina, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a participação do SESP, da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), e da Fundação Kellogg, tendo sido o campo para estágio prático oferecido pelo SESP.

⁴⁵ De uma entrevista com um funcionário do Instituto Castelo Branco, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 20 de junho de 1973: A Fundação SESP tem-se constituído em uma verdadeira escola no campo de saúde pública no Brasil. Por ela passaram muitos sanitaristas que hoje ocupam os mais elevados cargos de saúde pública e do ensino da saúde pública no país e até no exterior. Foi pioneira no Brasil, entre outros, dos programas de medicina integral, de saneamento e de odontologia sanitária, sendo possível identificar influências da FSESP sobre outras unidades de saúde e saneamento no Brasil. Por exemplo, várias Secretarias de Saúde utilizam em suas unidades modelos implantados pela FSESP, como a Ficha Única ou Ficha Geral, que são de grande funcionalidade. O sistema de trabalho em equipe pluriprofissional com melhor utilização de alguns profissionais de saúde é outra inovação trazida pela FSESP. A consulta de sadios por pessoal de enfermagem, visando maior cobertura da população assistida, já vêm sendo adotada em várias instituições. Normas e instruções da Fundação são adaptadas e adotadas em muitos órgãos.

nais da área, prestadora de serviços de assistência médica e profilática de boa qualidade, bem como introdutora de técnicas pioneiras de saneamento.

Toda atuação do SESP iria voltar-se para alcançar objetivos de cunho institucionalizante. A expansão das áreas de influência seria facilitada pela funcionalidade existente entre objetivos latentes e manifestos, que neste momento estavam associados à prestação de serviços de saúde e saneamento em áreas prioritárias para o desenvolvimento sócio-econômico do país.

Mas se é verdade que os objetivos iniciais da organização, de cunho político-econômico, puderam ser transmutados, rapidamente, em objetivos de saúde pública, também é fato que a variável recursos materiais influenciou decisivamente para que isso ocorresse. A abundância de recursos na época, de 1942 a 1959, foi elemento importante para assegurar a expansão do SESP e o fortalecimento de sua doutrina. A organização oferecia vantagens econômicas e campo para o desenvolvimento profissional⁴⁶. A facilidade de recursos permitia oferecer salários compa-

⁴⁶ Sobre o papel das vantagens oferecidas pelas organizações na retenção e desenvolvimento de recursos humanos consultar MARCH, James G. & SIMON, Herbert A. Opus cit., págs. 122-128.

tíveis com a manutenção de uma seletividade apurada dos seus recursos humanos, desde o início enfatizada pela liderança do SESP⁴⁷.

Seria a sedimentação ocorrida na sua Fase Nacional que faria o SESP resistir às pressões surgidas quando de sua transformação, em 1960, em Fundação.

⁴⁷ Entrevista conjunta com Oswaldo José da Silva e Gastão Cesar de Andrade. Rio de Janeiro, 18 de março de 1974.

FASE ATUAL: O SESP COMO FUNDAÇÃO

As assinaturas de sucessivos termos aditivos ao Contrato Básico com o Instituto de Assuntos Interamericanos permitiram que o acordo entre o Brasil e os Estados Unidos da América fosse mantido até 1960, quando, a 11 de abril, o Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira sancionou a Lei nº 3750, que transformou o SESP em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública⁴⁸, vinculada ao Ministério da Saúde e com jurisdição em todo o território nacional.

Com a transformação em Fundação e o surgimento de uma nova estrutura jurídico-administrativa, passou o SESP a existir como órgão permanente de saúde pública. Entretanto, enfrentou, logo de início, uma ameaça de extinção face à crise financeira de grandes proporções que acompanhou o término do último contrato.

Reflexos da crise estenderam-se à área salarial da Fundação que anteriormente, como Serviço, não tivera

⁴⁸ Fundação Serviços de Saúde Pública, Legislação. Opus cit., págs. 55-61.

Pelo artigo 1º do Decreto-Lei nº 904, de 1º de outubro de 1969, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública passou a denominar-se Fundação Serviços de Saúde Pública.

problemas desta ordem. A competição salarial em termos de mercado de trabalho chegou a limites tais de inferioridade que a FSESP não pode oferecer, em determinadas áreas do país, níveis salariais que permitissem manter os meticolosos critérios de seleção anteriormente adotados⁴⁹.

A crise, entretanto, representaria um novo desafio a ser enfrentado pela FSESP, forçando-a a adaptar-se à nova situação⁵⁰. A principal fonte de recursos da FSESP passou a ser o orçamento do Ministério da Saúde. A FSESP recebia ainda contribuições provenientes de órgãos regionais de valorização: Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), Superintendência do Vale do São Francisco (SUVALE), Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), assim como de estados, de municípios, de entidades públicas de administração indireta, entidades particulares e as retribuições de alguns usuários por serviços prestados⁵¹.

⁴⁹ Entrevistas com Nilo Chaves de Brito Bastos. Rio de Janeiro, 13 de junho de 1973; Gastão Cesar de Andrade. Rio de Janeiro, 22 de setembro de 1974.

⁵⁰ Uma das consequências da falta de cobertura financeira correspondente às parcelas dos recursos americanos está relacionada à necessidade da nova Fundação passar a competir na luta pela conquista de recursos financeiros, comum nos organismos públicos.

⁵¹ A este respeito veja a composição dos Orçamentos Anuais e dos Balanços Econômicos da FSESP nos anos posteriores à transformação em Fundação.

Apesar das limitações de natureza financeira, a FSESP já se firmara como instituição. Internamente a organização possuía uma doutrina bastante definida, um corpo de valores bem formado, uma mística de trabalho. Por outro lado, uma série de novas realizações continuava favorecendo o reconhecimento externo⁵². Uma "imagem" de eficácia e um modelo de organização de saúde pública estavam definidos, tanto assim que entre 1960 e 1962, em meio à crise financeira, continuou a expandir sua área de atuação, através do aumento das unidades em operação, dando cumprimento ao Plano Integrado de Saúde, do Ministério da Saúde, e aos programas para Promoção da Saúde no Nordeste, em convênio com a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com o Fundo das Nações Uni-

⁵² Dentre as novas realizações da FSESP, na ocasião, podem ser citadas: os estudos sobre arbovirus com o isolamento de vários tipos, alguns inteiramente novos, num programa em colaboração com a Fundação Rockefeller; os diagnósticos laboratoriais da poliomielite e de outros tipos de enterovirus fornecidos a partir de 1961, pelo Instituto Evandro Chagas, órgão de pesquisas e laboratório central do SESP desde 1942; estudos e levantamentos relativos à higiene industrial, resultando em modificações de métodos de trabalho e na adoção de medidas de segurança em muitas indústrias; experiências controladas da aplicação da vacina antivariólica liofilizada e da vacina contra o sarampo. A esse respeito veja, Fundação Serviços de Saúde Pública, Relatório sobre avaliação das atividades da FSESP, texto mimeografado. Distribuição interna, Rio de Janeiro, 1973. págs. 20-27.

das para a Infância (UNICEF), e estados e prefeituras⁵³.

Dentre as realizações do período, a FSESP expandiu ainda os Serviços Cooperativos de Saúde, transferindo aos governos estaduais parte das atribuições que anteriormente executava sob administração direta. Mas a fase de máxima extensão dos Serviços Cooperativos coincidiu com o climax da nova crise financeira gerada pelo não cumprimento das responsabilidades dos órgãos em convênio. A descapitalização sofrida pelos Serviços Cooperativos prejudicou a qualidade do trabalho a ser prestado⁵⁴e, por pouco, não tornou disfuncionais os objetivos da organização, levando a cumprir compromissos num momento em que poderia por em risco sua sobrevivência.

Com a resolução de extinguir os Serviços Cooperativos de Saúde voltou a FSESP a trabalhar sob regime de administração direta, sendo que nos anos posteriores a 1964 já se poderia falar em uma superação da crise financeira. A partir de então a FSESP redefiniu o sistema de metas operacionais⁵⁵ visando a cobertura da população segundo grupos de atendimento prioritário, assim como a padronização das lotações do pessoal médico e para-médico

⁵³ Fundação Serviços de Saúde Pública, Relatório sobre avaliação das atividades da FSESP. Opus cit., pag.24.

⁵⁴ Ibid. pág. 24

⁵⁵ Ibid. pág. 26

das Unidades de Saúde, segundo níveis considerados desejáveis para o país⁵⁶.

A partir de 1965 ganhou destaque o controle da tuberculose, tendo-se observado uma tendência à redução de mortalidade provocada pela doença, nas áreas de atuação da FSESP. Considerando-se que em 1960 o coeficiente de mortalidade em 225 municípios onde atuava a FSESP era de 28,2 por 100 mil habitantes residentes na área de atuação, reduzindo-se a 7,1 em 1967 e 5,5, em 1972, observou-se, num período de 13 anos uma queda de 80,5%, dado significativo como indicador de eficácia operacional⁵⁷.

No que tange à atuação em saneamento básico houve grande expansão da operação de sistemas de abastecimento

⁵⁶ A padronização das lotações de pessoal médico e para-médico das Unidades Sanitárias visa ordenar o quadro de pessoal, dando-lhe estrutura semelhante nas unidades com as mesmas características, facilitando o controle das ações e a avaliação do custo das atividades.

As Unidades Sanitárias são classificadas em dez tipos, que se diferenciam de acordo com a população urbana da sede municipal e com as necessidades de pessoal para o desenvolvimento das atividades próprias da unidade.

⁵⁷ Sobre este assunto veja VILLAS BÔAS, Aldo. O controle da tuberculose na rotina de serviços gerais de saúde. Revista da FSESP. Rio de Janeiro, 17(2): 9-36, 1972. LIMA, Laurênio Lins de. A tuberculose no interior do Brasil (dados da FSESP). Revista da FSESP. Rio de Janeiro. 19(1): 7-55, 1974.

to d'água e esgotos, através de convênios com as Prefeituras. Foram criados os Serviços Autônomos de Água e Esgotos (SAAES), sob a forma de autarquias municipais, visando a proteção do investimento realizado e a garantia da continuidade do funcionamento. Foram instalados os primeiros laboratórios de análises física, química e bacteriológica da água, para controle de qualidade e maior eficiência das estações de tratamento através da adoção de novos processos de filtração.

Entretanto, a transformação do Departamento Nacional de Obras e Saneamento (DNOS), em autarquia, através da Lei nº 4089, de 13 de julho de 1961, dando-lhe atribuições de saneamento básico e criando o Fundo Nacional de Obras de Saneamento, faria convergir para o DNOS as maiores parcelas de recursos financeiros destinados aos serviços de abastecimento de água e tratamento de esgotos.

Todavia, um amplo trabalho de construção de sistemas de água e esgotos para pequenas comunidades seria levado a cabo, pela FSESP, com grande êxito. Por um acordo entre o Governo Brasileiro, representado pelo Banco Central, e o Governo Americano, através do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), seria a FSESP o órgão interveniente e executor do programa que deveria atender cidades entre 5.000 e 40.000 habitantes, tendo como previsão contratual o abastecimento de água, até 1971, de

745.000 pessoas. Em 31 de dezembro desse ano, o programa já beneficiava 91 comunidades, com uma população abastecida de 835.173 habitantes⁵⁸.

A passagem das atividades de saneamento básico para a competência do Ministério do Interior, a partir de 1967, não interromperia a ação executiva da FSESP que foi designada como um dos órgãos executores da Política Nacional de Saneamento, pelo Ministério da Saúde⁵⁹. A atuação a nível executivo somente viria a ser questionada com o advento do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), em 1973.

Desenvolvido o processo de institucionalização e tendo conseguido expandir sua esfera de influência muito além da atuação direta, a FSESP intensificou as atividades de normalização relacionadas com a saúde pública no

⁵⁸ Para detalhes sobre esse programa veja GRYNFOGIEL, J. David & ANDRADE, Joany R. C. Um programa de abastecimento de água para pequenas comunidades parcialmente financiado pelo BID: a experiência brasileira. Revista da FSESP. Rio de Janeiro. 17(2): 163-190, 1972.

⁵⁹ A Lei nº 5.318, de 26 de setembro de 1967, instituiu a Política Nacional de Saneamento que teria como órgãos executores o Ministério do Interior, através do Departamento Nacional de Obras de Saneamento (DNOS) e o Ministério da Saúde, através da FSESP e do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU).

Brasil, considerada em sua conotação mais ampla, englobando a assistência médica, tal como fizera o SESP em sua primeira etapa de existência.

A partir de 1968, a FSESP passa a atuar intensamente no planejamento de saúde, destacando-se a assinatura de convênios com a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), com a Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisas e Programas Especiais do Ministério da Saúde (PAPPE), com o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, com a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade da Guanabara, com a Secretaria de Saúde da Bahia e com o Centro Regional de Investigações e Ensino em Higiene e Saúde Pública, do Ministério da Saúde.

FSESP: UM DILEMA DE AÇÃO

Embora até 1960, com a expansão dos serviços e evidente destaque de sua ação executiva, o SESP tenha podido manter, com tranquilidade, a concomitância de uma atuação a nível operacional e uma ação normativa, desde então a situação vem sendo gradativamente alterada. A partir de 1967, com as tentativas de determinação de uma Política Nacional de Saúde⁶⁰, a dicotomia passa a implicar em problemas de definição para a FSESP frente ao sistema de saúde e saneamento que já oferece algumas orientações. Se até então a falta de políticas de saúde e saneamento permitiu que o sistema se beneficiasse com a simultaneidade de atividades normativas e executivas, a partir do momento em que surgem diretrizes o próprio sistema tende a exigir definições mais nítidas da área de atuação da FSESP.

Na gestão de Francisco de Paula da Rocha Lagoa no Ministério da Saúde, houve a ordem de esvaziamento da Divisão de Engenharia Sanitária da FSESP passando a qua-

⁶⁰ A formulação de uma Política Nacional de Saúde visa atender ao disposto no artigo 156 do Decreto-Lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967.

se totalidade dos funcionários dessa divisão para o Ministério da Saúde⁶¹. Tencionava o Ministério, com a criação da Divisão Nacional de Engenharia Sanitária, através do Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970⁶², chamar ao Ministério a execução direta ou indireta das principais atividades da engenharia sanitária.

A medida, que certamente seria estendida à Divisão de Saúde da FSESP, não chegou a acarretar maiores consequências imediatas para a Fundação. Com a saída do Ministro, o pessoal da Divisão de Engenharia Sanitária retornou à origem, voltando a atuação da FSESP ao seu estado anterior. Não se podia esconder, entretanto, o dilema de atuação.

Outro forte pressionamento sofrido pela Fundação SESP no sentido de uma definição de objetivos foi a transferência do Instituto Evandro Chagas para a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOC)⁶³.

⁶¹ Entrevista com Gastão Cesar de Andrade, Presidente da FSESP naquela ocasião, Rio de Janeiro, 22 de setembro de 1974.

⁶² Este Decreto dispõe basicamente sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde.

⁶³ Decreto nº 66.624, de 22 de maio de 1970.

O Instituto Evandro Chagas, localizado em Belém, sempre significou para a FSESP o suporte científico necessário a sua atuação. Desenvolvendo atividades e estudos basicamente relacionados com doenças tropicais, o Instituto abrangia setores de bioquímica, imunologia, parasitologia, virologia e bacteriologia, sendo o principal centro de pesquisas e laboratório central da FSESP desde 31 de julho de 1942.

Entretanto, novamente a situação seria alterada quando, em 11 de julho de 1975, através do Decreto nº 75.967, o Presidente Ernesto Geisel determinou a reintegração do Instituto Evandro Chagas à estrutura da FSESP.

Com relação às atividades de saneamento a FSESP tem sido obrigada a acatar, progressivamente, as diretrizes traçadas pelo Ministério do Interior através do Plano Nacional de Saneamento - PLANASA. Exemplo disso é o acordo de 23 de abril de 1973 entre os Ministérios do Interior e da Saúde com a interveniência do Banco Nacional da Habitação e da FSESP, visando o estabelecimento de uma orientação para o desenvolvimento de ação conjunta com vistas à realização do PLANASA⁶⁴.

⁶⁴ O PLANASA visa o abastecimento de água de, no mínimo, 80% da população urbana até 1980 e, a partir daí, garantir, em caráter permanente, o atendimento da demanda.

Pelo acordo firmado em 23 de abril estaria a FSESP praticamente destituída da ação executiva que até então lhe coubera nas suas áreas de atuação, sendo-lhe delegada uma atuação mais voltada para assistência técnica, pesquisa e desenvolvimento^{6.5}. Entretanto, a FSESP é a responsável, no momento, pela construção de 162 sistemas de abastecimento d'água e pela administração de 256 Serviços Autônomos de Água e Esgoto (SAAES), que beneficiam mais de dois e meio milhões de habitantes. Atua ainda a nível de saneamento geral, a cargo de suas unidades locais de saúde, instalando e mantendo melhorias domiciliares visando não só as condições de saúde do ambiente, mas a redução de incidência de doenças parasitárias^{6.6}.

O acordo firmado entre os Ministérios do Interior e Saúde prevê, entretanto, a transferência dos sis-

^{6.5} A esse respeito veja PIRES, Irvando Mendonça. A Evolução da política de saneamento básico. Rio de Janeiro. BNH, 1973, pág. 7.

Em 11 de abril de 1973 o Jornal O Estado de São Paulo noticiava que o Banco Nacional de Habitação passaria a ser o órgão creditício no campo de saneamento básico, abrangendo tanto os sistemas de água e esgotos como os relacionados com a poluição das águas e do solo. À FSESP caberia prestar a assistência técnica necessária.

^{6.6} Entrevista com Antonio Rodrigues Ribeiro, engenheiro da FSESP, Rio de Janeiro, 16 de outubro de 1974.

temas municipais administrados pela FSESP para as empresas estaduais de saneamento, visando facilitar a viabilidade do PLANASA⁶⁷. É preciso lembrar que uma diretriz básica do PLANASA determina a existência de Companhias estaduais de Saneamento que absorvam a exploração dos serviços municipais, adotando um sistema de "caixa única" para compensação financeira, de modo que os grandes centros consumidores venham a financiar os pequenos. Esta orientação altera a filosofia da implementação dos sistemas de saneamento da FSESP, que visa a viabilidade a nível municipal, adotando tarifas diferenciadas de acordo com o município atendido⁶⁸. Por outro lado, a busca de uma tarifa única para cada estado é meta do PLANASA, ocorrendo neste momento um choque de filosofias, certamente desfavorável à FSESP.

⁶⁷ Para pormenores a respeito do Plano Nacional de Saneamento - PLANASA - consultar: PIRES, Irvando Mendonça, Opus cit. REGO MONTEIRO, José Roberto de A. P. PLANASA: um plano em marcha. Rio de Janeiro, BNH, 1974 e O abastecimento d'água nos países em desenvolvimento. Rio de Janeiro, BNH, 1974 e Abastecimento de água-equacionamento em nível nacional. Rio de Janeiro, BNH, 1971. LOPES NETO, Alberto da Silveira Viabilidade econômico-financeira das empresas de saneamento. Rio de Janeiro, BNH, 1973. Sistema Financeiro do Saneamento, Superintendência. Censo nacional de saneamento básico. Rio de Janeiro, BNH, 1975.

⁶⁸ Entrevista com David Grynfogiel, da Divisão de Engenharia e Ciências do Ambiente da FSESP. Rio de Janeiro, 27 de outubro de 1975.

Embora alguns municípios reajam à idéia de ingressar no PLANASA, a exemplo de Juazeiro, na Bahia, que até o momento não integra a Empresa Bahiana de Águas e Saneamento (EMBASA), diversos municípios (como Joinville, Blumenau, Parnaíba, Ilhéus, Feira de Santana, Umuarama, Ponta Grossa), anteriormente administrados pela FSESP, passaram a ser servidos pelas empresas de saneamento estaduais, vinculando-se ao PLANASA.

Em 2 de setembro de 1975 o Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, em documento⁶⁹ encaminhado ao médico Aldo Villas Boas, Presidente da FSESP, determinou que a FSESP atendesse prontamente às solicitações recebidas das companhias estaduais para a transferência de serviços de água e esgotos ainda mantidos pela FSESP.

Por sua vez, o próprio BNH, através do Sistema Financeiro do Saneamento vem apressando as companhias estaduais a assumirem os serviços de abastecimento de água e de esgotos das localidades ainda administradas pela FSESP⁷⁰. Por outro lado, a FSESP continua ativa na área de saneamento, aplicando recursos em novas localidades, iniciando, ampliando ou remodelando serviços.

⁶⁹ Veja o Aviso nº 379/Bsb, de 2 de setembro de 1975.

⁷⁰ Veja a Circular BNH, nº SFS/0000/945/75, de 17 de setembro de 1975.

A opinião dos técnicos da FSESP, embora favorável à colaboração estreita com o PLANASA, é a do não abandono das atividades a nível executivo, que consideram indispensáveis, principalmente nas áreas onde as condições sócio-econômicas são desfavoráveis e o serviço, muitas vezes, é feito a fundo perdido. Acreditam que saúde pública requer uma infra-estrutura de saneamento imediata e a nível municipal⁷¹. Esta opinião é enfatizada com relação ao problema do saneamento no meio rural onde a situação sanitária é considerada muito abaixo dos padrões mínimos desejáveis.

⁷¹ Uma das preocupações atuais da FSESP, face à atuação em termos de saneamento básico, está relacionada ao problema da cólera. Esta vibriose depois de permanecer relativamente tranqüila, novamente voltou a preocupar os organismos de saúde pública quando, a partir de 1972 e 1973, registraram-se inúmeros casos na Itália, em mais quatro países europeus, em treze países da África e quatorze da Ásia (informação de 24 de outubro de 1973). Desde o início de maio de 1974 estão ocorrendo casos de cólera em Portugal. Em função da situação alarmante realizou-se em 25 de julho de 1974 uma reunião da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, chegando-se à conclusão de que a experiência da última década tem demonstrado não se poder impedir a propagação internacional da cólera pela vacinação ou outro tipo de medicação preventiva, dependendo a proteção da população basicamente de saneamento e outras medidas de saúde pública tomadas em cada país. Pela dispersão da cólera por todas as partes do mundo, incluindo-se casos nos Estados Unidos e Canadá, conclui-se que a cólera pode ser introduzida em qualquer país, dependendo do bom saneamento a prevenção de epidemias. Fonte: Revista da FSESP. Rio de Janeiro. 19 (2): 102-134, 1974. No momento, o Ministério da Saúde procura meios para evitar um possível surto de cólera proveniente de Angola, com a vinda de refugiados daquele país.

Utilizando os censos de 1960 e 1970 o engenheiro da FSESP Edmilson Fonseca, em um trabalho sobre saneamento básico no Brasil⁷², observa que nesses dez anos, enquanto a população urbana abastecida de água cresceu na ordem de 13,17% no caso da população rural o incremento foi apenas de 1,15%. Em números reais, em 1970, o quadro da população urbana abastecida era da ordem de 28.757.350, para um universo de 52.904.744 habitantes, enquanto que a população rural abastecida era de 940.140, para um total de 41.603.810 habitantes na zona rural.

Quanto aos serviços de esgotos a situação apresenta, inclusive, um incremento negativo nestes 10 anos, sendo de -0,22%, com relação aos domicílios rurais. Em 1970, para um total de 7.619.050 domicílios rurais, apenas 36.028 contavam com esgotos.

As comunidades rurais requerem soluções próprias, normas técnicas especiais que facilitem a realização e execução de projetos, soluções simples, a curtís-

⁷² FONSECA, Edmilson. Saneamento básico no Brasil (Síntese) . Revista da FSESP. Rio de Janeiro. 19(2): 47-62, 1974.

simo prazo e com redução do custo per capita da implantação dos serviços de água⁷³.

Face ao sistema de amortização exigido pelo PLANASA⁷⁴ e à "moeda cara" que circula no BNH, como afirmou a Deputada Sandra Cavalcanti, ex-presidente do Banco Nacional de Habitação, em o Jornal do Brasil de 25.09.75, os técnicos da FSESP consideraram indispensável manter a atuação da FSESP também a nível executivo, além das atribuições estabelecidas pelo acordo de 23 de abril.

As altas taxas de mortalidade — principalmente em menores de um ano de idade — que afligem a população brasileira⁷⁵ e o fato de ser o grande percentual desses óbitos atribuído a diarreias, verminoses e doenças

⁷³ FONSECA, Edmilson. Opus cit., págs. 47-62.

⁷⁴ Sobre o sistema de amortização exigido pelo PLANASA ver especialmente: PIRES, Irvando Mendonça. Opus cit. págs. 14-19 e REGO MONTEIRO, José Roberto de A. P. Abastecimento de Água-Equacionamento em nível nacional. Opus cit., págs. 80-82.
Observar que o sistema de amortização utiliza o Sistema Francês de Amortizações (Tabela Price) sendo a unidade de referência para efeitos de amortização adotada pelo BNH, a Unidade Padrão de Capital (UPC), cujo correspondente valor em cruzeiros possui poder aquisitivo constante, independente do momento considerado, tendo seu valor reajustado trimestralmente.

⁷⁵ A esse respeito ver: Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 1974 e FONSECA, Edmilson. Opus cit. págs. 59-61. Ver ainda o artigo de CRITTENDEN, Ann. Um diálogo de ricos e pobres. Rio de Janeiro, o Jornal do Brasil de 3 de outubro de 1975.

parasitárias — cuja causa principal é a ausência de saneamento básico (abastecimento d'água e destino dos dejetos) — não devem permitir, ainda na opinião dos técnicos da FSESP, que seja dispensada sua atuação executiva nessa área, o que implicaria em deitar por terra uma experiência significativa em termos nacionais.

Por outro lado, a atuação em termos de assistência médica integral, proporcionada às populações rurais de 206 unidades Básicas de Saúde, localizadas em 12 estados brasileiros, continua sendo intensificada inclusive para atender a programas de valorização regional. Exemplo disto é o que vem ocorrendo na área de construção das rodovias Transamazônica e Cuiabá - Santarém, onde a FSESP ampliou suas atividades, prestando serviços em regime de internação e de ambulatório, através de 23 unidades⁷⁶.

Se a dicotomia de atuação num determinado nível é benéfica ao sistema de saúde e saneamento, a indefini-

⁷⁶ Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, Divisão de Saúde e Diretorias Regionais. Áreas trabalhadas no setor saúde. Rio de Janeiro, junho 1975. O Jornal do Brasil de 23 de julho de 1973 noticiou que o Ministério da Saúde, baseado em levantamentos e estatísticas da FSESP, empregaria recursos em programas médico-sanitários na Perimetral Norte, até 1976, com a instalação de unidades para combater endemias e construção de serviços de abastecimento de água.

ção, entretanto, gera ações paralelas e desperdício de recursos⁷⁷, o que, em saúde pública, ganha proporções alarmantes face à escassez orçamentária que tem sido uma constante no sistema⁷⁸.

A preocupação com os problemas de atuação paralela e esforços dispersos faz-se sentir, sendo alvo de declaração recente do Ministro Almeida Machado que, em reportagem do jornal O Globo, de 19 de julho de 1975, externou sua preocupação com o assunto, fazendo alusão à ação corretiva que deverá ter o chamado Sistema Nacional de Saúde, ora em fase de aprovação.

Embora a FSESP esteja vivendo um momento de indefinição de objetivos, a escolha de uma alternativa de ação deve ser encorajada. Se para muitos a definição está na gradativa transformação da FSESP em órgão de pesquisa ou planejamento dentro do Sistema Nacional de Saúde, grandes são os riscos envolvidos para a sobrevivência da instituição.

⁷⁷ Joelmir Beting em seu artigo São Lucas ou Lord Keynes? publicado na Revista Tendência, de março de 1974, faz alusão a Peter Drucker quando este chama a atenção para o fato de o drama dos países subdesenvolvidos não estar apenas na escassez física de capitais, mas no desperdício impune do capital escasso.

⁷⁸ Ver os orçamentos da União, posteriores a 1960. O Ministério da Saúde é contemplado com percentuais, que oscilam em torno de 1%. Em 1972, por exemplo, o percentual foi de 1,1531 em relação ao total do orçamento da União, caindo para 1,1313 % em 1973 e 0,9222 % em 1974.

O abandono das atividades executivas representaria perda de prestígio e do poder de barganha, necessários à FSESP, principalmente na fase atual. Como alertam Naomi Caidem e Aaron Wildavsky, em seu trabalho sobre planejamento e orçamentação em países subdesenvolvidos⁷⁹, existe uma íntima associação entre a atividade executiva e a alocação de recursos. Um órgão normativo e de planejamento, sem recursos humanos e financeiros próprios, necessários à implementação dos seus programas, corre o risco de planejar no vazio⁸⁰. A atuação passa ao nível de assessoramento e tem sua implementação dependente de fatores externos cada vez mais incontrolláveis pela organização. De acordo com Caidem e Wildavsky, os planejadores dependem da boa vontade e compreensão daqueles que manipulam o poder político, ficando à mercê das decisões por eles tomadas.

⁷⁹ CAIDEM, Naomi & WILDAVSKY, Aaron. Planning and budgeting in poor countries. U.S.A. Interscience Publication, 1974. Veja especialmente págs. 192-197.

⁸⁰ O desaparecimento do Serviço Federal de Habitação e Urbanismo (SERFHAU), criado em 1964 e extinto em 1975, pode ser citado como exemplo típico de um órgão de planejamento, que não teve condições de sobrevivência, sendo paulatinamente esvaziado de suas atribuições. Observe-se que suas atribuições foram absorvidas pelas Superintendências Regionais, órgãos eminentemente executivos e pelo próprio Banco Nacional de Habitação, principal agente financeiro através do Fundo de Financiamento de Planejamento Local Integrado (FIPLAN).

CONCLUSÕES TEÓRICAS DO ESTUDO

O processo de institucionalização de uma organização está consolidado no momento em que ela é capaz de exercer influência sobre seu meio, transferindo normas e valores. Assim, deve ser considerado o interrelacionamento valorativo, isto é, a coerência existente entre instituição e meio, com relação a um sistema de valores centrais.

Este sistema de valores é formado pelos valores internos da organização e por forte componente de valores que provêm de sua ambiência social. Na medida em que esses sistemas de valores coincidem com os valores ambientais desejados, estarão legitimados os objetivos que justificam a existência da organização. Para Selznick⁸¹ as organizações estão intimamente condicionadas por seus valores e pelos objetivos a que se destinam. Observa, entre tanto, que elas estão envolvidas de modo bastante diverso, com relação aos problemas sociais.

Sendo a institucionalização um processo, é possível desenvolverem-se instituições desde que seja observada uma estratégia nesse sentido. Neste estudo foram

⁸¹ Veja SELZNICK, Philip. Opus cit. págs. 17-24; 56-62.

identificados como elementos principais da estratégia de institucionalização da FSESP sua doutrina e seus objetivos. À doutrina cabe a principal função de prover a organização dos meios necessários à sua sobrevivência e ao atingimento dos objetivos.

Através da doutrina, a FSESP garantiu o comprometimento dos seus membros com os objetivos organizacionais, objetivos estes que, inicialmente de cunho político-econômico, evoluíram para um cunho essencialmente social. Foi ainda a doutrina da FSESP a grande responsável pela exteriorização de normas e valores, garantindo um alargamento cada vez mais amplo da área de influência da instituição.

A consecução de objetivos não diz apenas sobre a realização de metas ou produtos finais. Representa, antes, um processo onde estão envolvidos os elementos-chave de coadunação entre os objetivos e o meio, salientando sua capacidade de mobilizar recursos e superar restrições, influenciando e sofrendo a influência de fatores exógenos, quer sejam benéficos ou não. É a realização de um processo altamente dinâmico, numa concepção de sistema aberto, onde ocorre a permanente relação de interdependência com o ambiente externo.

Neste processo age a doutrina como elemento desencadeador do ciclo de adaptações sucessivas sofridas

pela organização. Implica diretamente na formulação dos objetivos e é através da sua exteriorização que são difundidos normas, valores e atitudes, ampliando a influência exercida sobre o meio ambiente e garantindo sua sobrevivência.

O processo de institucionalização pode ser considerado amadurecido quando há possibilidade de demonstrar que certas relações e padrões de ação internalizados pela organização são normativos interna e externamente, desempenhando funções e serviços úteis ao meio ambiente⁸². A FSESP conseguiu isto. Embora fortemente concentrados na liderança inicial, valores e padrões de ação, progressivamente, foram sendo internalizados por outras gerações que viriam a integrar o serviço. A continuidade decisória e a coalisão do poder favoreciam este processo.

De um modo geral a FSESP tem sido responsável pela criação de inúmeras organizações que englobam suas normas e valores básicos. Comportando-se como órgão normalizador de muitas atividades de saúde e saneamento, não se afastou de sua execução. Sua experiência pode ser considerada singular e sua influência ganha signifi-

⁸² Veja ESMAN, Milton J. & BLAISE, Hans C., Opus cit., págs. 1-2.

cativa importância por ter sido a única organização de saúde pública, no Brasil, capaz de oferecer algumas respostas eficazes aos graves problemas existentes neste setor.

B I B L I O G R A F I A

- ARGYRIS, Chris. Personalidade e organização. Rio de Janeiro, Renes, 1969.
- BENNIS, Warren G. Changing organizations. New York, Mc Graw Hill, 1969.
- BETING, Joelmir. São Lucas ou Lord Keynes? Tendência. Rio de Janeiro, mar. 1974.
- BLAU, Peter M. Exchange and power in social life. New York, John Wiley & Sons, 1964.
- BNH financiará plano da saúde. O Estado de São Paulo. São Paulo, 11 abr. 1973.
- BNH. Superintendência do Sistema Financeiro de Saneamento. Rio de Janeiro. Circular nº SFS/0000/945/75 de 15 de set. de 1975.
- BOLETIM Epidemiológico da Fundação SESP. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. (51 - 52) 1973.
- BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto nº 41446 de 03 de maio de 1957.
- _____. Decreto nº 66623 de 22 de maio de 1970.
- _____. Decreto nº 66624 de 22 de maio de 1970.
- _____. Decreto nº 75967 de 11 de julho de 1975.
- _____. Decreto lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, artigo 156.
- _____. Decreto lei nº 904 de 01 de outubro de 1969.
- _____. Decreto lei nº 4275 de 17 de abril de 1942.
- _____. Decreto lei nº 4451 de 09 de junho de 1942.
- _____. Lei nº 2134 de 14 de dezembro de 1953.
- _____. Lei nº 3750 de 11 de abril de 1960.
- _____. Lei nº 5318 de 26 de setembro de 1967.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Aviso nº 379/Bsb de 2 de set. de 1975.

BRASIL. Presidência da República. Projeto do II Plano Nacional de Desenvolvimento-PND(1975-1979). set. 1974.

CAIDEM, Naomi & WILDAVSKY, Aaron. Planning and budgeting in poor countries. U.S.A., Interscience, 1974.

CARVALHO, José Silva de. An experiment in institution building. Tese apresentada a Universidade do Sul da Califórnia. 1967. f. mim.

CRITTENDEN, Ann. Um diálogo de ricos e pobres. Jornal do Brasil. Rio de Janeiro, 3 de out. de 1975.

DOWNS, Anthony. Inside Bureaucracy. Boston, Little, Brown, 1967.

ESMAN, Milton J. & BLAISE, Hans C. Institution building research: the guiding concepts. Pittsburgh, University of Pittsburgh, Graduate School of Public and International Affairs, 1966.

ETZIONI, Amitai. Organizações modernas. São Paulo, Pioneira, 1972.

_____. Organizações complexas. São Paulo, Atlas, 1971.

FONSECA, Edmilson. Saneamento básico no Brasil(síntese). Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 19(2), 1974.

FREUND, Julien. A sociologia de Max Weber. Rio de Janeiro, Forense, 1966.

FUNDAÇÃO Serviços de Saúde Pública. Legislação. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1972.

_____. 30 anos de atividades em saúde pública (1942-1972). Rio de Janeiro, 1972.

_____. Relatório sobre avaliação das atividades da FSESP. Rio de Janeiro, 1973. f. mim.

_____. Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação. Caso de cólera importado do Canadá. Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 19(2), 1974.

_____. Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação. Cólera. Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 19(2): 102 - 4, 1974.

_____. Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação. Cólera. Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 19(2): 121 - 34, 1974.

FUNDAÇÃO Serviços de Saúde Pública. Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação. A cólera e outras viroses. Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 19(2), 1974.

_____. Divisão de Saúde e Diretorias Regionais. Áreas trabalhadas no setor saúde. Rio de Janeiro. junho 1975.

GRYNFOGIEL, J. David & ANDRADE, Joany R.C. Um programa de abastecimento de água para pequenas comunidades parcialmente financiado pelo BID: a experiência brasileira. Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 17(2), 1972.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. A nova ignorância e o futuro da administração pública na América Latina. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 4(2) jul./dez. 1970.

HAIRE, Mason. Teoria da organização moderna. São Paulo, Atlas, 1970.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro. Anuário estatístico do Brasil. 1974.

KATZ, Daniel & KHAN, Robert. Psicologia social das organizações. São Paulo, Atlas, 1970.

LEEDS, Anthony. Brazilian Careers and social structure : an evolutionary model and case history. American Anthropologist. 1964. v. 66.

LIMA, Laurênio Lins de. A tuberculose no interior do Brasil (dados da FSESP). Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 19(1), 1974.

LOPES NETO, Alberto da Silveira. Viabilidade econômico-financeira das empresas de saneamento. Rio de Janeiro, BNH, 1973.

LOUREIRO PINTO, Aluizio. Uma experiência de institucionalização organizacional no Brasil. Universidade do Sul da Califórnia, 1967. f. mim.

MARCH, James G. & SIMON, Herbert A. Teoria das organizações. 2. ed. Rio de Janeiro, FGV, 1970.

MARINI, Frank. Toward a new public administration: the Minnowbrook perspective. Scranton, Chandler, 1971.

Mc GREGOR, Douglas. Os aspectos humanos da empresa. Lisboa, Clássica, 1965.

MÉDICOS descalços. Jornal do Brasil. Rio de Janeiro, 26 ago. 1974.

MENEZES, Oswaldo Bastos. O Problema da Borracha Brasileira. In - Ministério da Agricultura, Departamento Nacional da Produção Vegetal - Grupo de Estudos da Borracha Natural. Brasília, 1960.

MINISTÉRIO da Saúde aplica Cr\$17 milhões até 1976 ao cargo da Perimetral Norte. Jornal do Brasil. Rio de Janeiro. 03 jul. 1973.

MOTTA, Paulo Roberto. Administração para o desenvolvimento: a disciplina em busca de relevância. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 6(3), jul./set. 1972.

_____. Mudança organizacional. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (19-). III Curso de Aperfeiçoamento em Administração - Convênio MME (PLANFAP/CAEEB).

NASCIMENTO, Kleber T. A revolução conceptual da administração: implicações para a formulação dos papéis e funções essenciais de um executivo. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 6(2), abr./jun. 1972.

PARSONS, Talcott. Structure and process in modern societies. Glencoe, The Free Press, 1960.

_____. The social system. Glencoe, The Free Press, 1951.

PEÇANHA, Angela M. M. & DEL PINO, Yolanda S. de la Hanty. Atitude e Comportamento Organizacionais Boletim de Desenvolvimento de Pessoal. Rio de Janeiro, 6(2), abr./jun. 1973.

PIRES, Irvando Mendonça. A evolução da política de saneamento básico. Rio de Janeiro, BNH, 1973.

REGO MONTEIRO, José Roberto de A. P. PLANASA: um plano em marcha. Rio de Janeiro, BNH, 1974.

_____. O abastecimento d'água nos países em desenvolvimento. Rio de Janeiro, BNH, 1974.

_____. O abastecimento de água - equacionamento em nível nacional. Rio de Janeiro, BNH, 1971.

RIGGS, Fred. Administração nos países em desenvolvimento. Rio de Janeiro, FGV, 1968.

SCHEIN, Edgar. A psicologia na organização. Lisboa Clássica, 1968.

SELZNICK, Philip. A liderança na administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro, FGV, 1971.

_____. TVA and the grass roots. New York, Harper Torchbook, 1966.

- SELZNICK, Philip. The organizational weapon. New York, The Free Press, 1960.
- SIMON, Herbert. Comportamento administrativo. Rio de Janeiro, FGV, 1965.
- SISTEMA Financeiro do Saneamento. Superintendência. Censo nacional de saneamento básico. Rio de Janeiro, BNH, 1975.
- STEPAN, Alfred. The military in politics: changing patterns in Brazil. Princeton, Princeton University, 1971.
- THOMPSON, James D. Organizations in action. New York, Mc Graw-Hill, 1967.
- VILLAS BOAS, Aldo. O controle da tuberculose na rotina de serviços gerais de saúde. Revista da Fundação SESP. Rio de Janeiro, 17(2), 1972.
- WEBER, Max. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In - Sociologia da Burocracia. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1966.
- WOODWALL, John P. Virus Research in Amazonia. In - Atas do Simpósio sobre a Biota Amazônica. Belém, Belém virus laboratory, Instituto Evandro Chagas, 1967. v.6, p.31-63.