



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Vieira de Campos, André Luiz

Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de
enfermagem

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 3, mayo-junio, 2008, pp. 879-888

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013310>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem

International cooperation in health:
the Special Service of Public Health and its nursing program

André Luiz Vieira de Campos ¹

Abstract *This paper analyzes the role of the Serviço Especial de Saúde Pública (Special Service of Public Health) in developing and expanding higher education in nursing and to train auxiliary health personnel in Brazil under bilateral agreements between the US and Brazil during the 1940s and 1950s. The Nursing Program of the Special Service is approached from the perspective of its participation in a broader international cooperation developed by the Pan American Health Organization, but also as part of the state and nation building effort of the first Vargas Regime.*

Key words *International cooperation, Public health, Nursing SESP, Brazil, United States*

Resumo *Este trabalho analisa o papel do Serviço Especial de Saúde Pública na expansão do ensino superior de enfermagem e na formação de pessoal auxiliar, a partir de políticas bilaterais de cooperação entre os Estados Unidos e o Brasil, nas décadas de 1940 e 1950. A abordagem insere estas políticas no quadro mais amplo da cooperação em saúde internacional, desenvolvidas pela Organização Panamericana de Saúde, entendendo-as, entretanto, também a partir dos interesses de state and nation building do primeiro governo Vargas.*

Palavras-chave *Cooperação internacional, Saúde pública, Enfermagem, SESP, Brasil, Estados Unidos*

¹ Departamento de História,
Universidade Federal
Fluminense. Campus do
Gragoatá, Bloco O, sala 503,
Gragoatá. 24210-350
Niterói RJ.
camdrepo@gmail.com

A cooperação SESP – IAIA: da Boa Vizinhança ao Ponto IV

Na década de 1930, no contexto da Política da Boa Vizinhança, a idéia de “cooperação interamericana” começa a circular de forma recorrente no discurso político norte-americano. O instrumento mais eficaz daquela política foi o Office of the Coordinator of Inter-American Affairs (doravante Office), criado em 1940 e coordenado por Nelson Rockefeller. Esta agência tinha como objetivo *promover o desenvolvimento das relações comerciais e culturais entre as Repúblicas Americanas no sentido de incentivar a solidariedade e aprofundar o espírito de cooperação entre as Américas no interesse da defesa do hemisfério*¹. A Política da Boa Vizinhança é mais conhecida pelo esforço de aproximação cultural que promoveu entre os Estados Unidos e a América Latina; entretanto, o Office não foi apenas responsável pelo intercâmbio econômico e cultural, mas uma superagência coordenadora do esforço de guerra dos Estados Unidos. Neste sentido, atuou em diversas outras áreas, entre estas, a cooperação em saúde no hemisfério, política realizada através do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA).

Os projetos de saúde e saneamento do Office no Brasil foram planejados e executados através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em julho de 1942. A organização do SESP seguiu-se às recomendações do Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizado no Rio de Janeiro como resposta à Pearl Harbor. Neste encontro, recomendou-se que os países do hemisfério mobilizassem recursos para o esforço de guerra, rompessem relações com a Alemanha e implementassem políticas de saúde pública através de acordos bilaterais. O “Acordo Básico” que criou o SESP estabeleceu, entre suas funções: o saneamento do vale amazônico, principalmente o controle da malária e assistência médica aos seringueiros; e o treinamento de profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários. O SESP, na sua origem, esteve vinculado aos interesses militares dos Estados Unidos, pois sua atuação voltou-se para o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas – borracha do vale amazônico e minério de ferro e mica do vale do Rio Doce². Entretanto, note-se que um segundo objetivo do SESP referia-se à formação e aperfeiçoamento de profissionais da saúde, sendo este aspecto o que nos interessa destacar aqui.

Enquanto agência bilateral, o SESP recebia

recursos financeiros e técnicos do IAIA e do Estado brasileiro. Até 1944, o IAIA contribuiu com mais de 80% das verbas do acordo; porém, partir daquele ano, a relação entre a média de investimentos do IAIA e do governo brasileiro começou a se alterar, implicando em recursos cada vez maiores do Brasil³, o que evidencia uma “nacionalização” crescente da agência. Por se tratar de uma “agência especial” com estatuto jurídico diferenciado, o SESP subordinava-se formalmente ao Ministério da Educação e Saúde mas, na prática, gozava de bastante autonomia administrativa e financeira.

Para o governo norte-americano, o SESP foi pensado como uma agência temporária que, em parceria com o IAIA, executaria políticas sanitárias pontuais em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas. Entretanto, para o Brasil, as políticas do SESP adequavam-se perfeitamente àquelas elaboradas pelo Ministério da Educação e Saúde e ao processo de *state and nation building* do primeiro governo Vargas. Neste sentido, as interações e respostas brasileiras fizeram do SESP um instrumento do projeto varguista de desenvolvimento econômico e ampliação da autoridade pública⁴. Assim, não devemos olhar para aquele processo tão somente como uma imposição dos interesses norte-americanos ao governo brasileiro.

Além de empiricamente embasada, esta perspectiva se fundamenta nos enunciados propostos por Stern⁵ que, afastando-se dos conceitos de “centro” e “periferia”, afirma que as agências internacionais não são entidades monolíticas, mas constituem-se como “arenas” de poder e disputa política e cultural. Assim, seus resultados seriam produto de uma configuração complexa, onde diversas variáveis de ordem nacional e internacional se conjugariam para determinar os acontecimentos. Neste sentido, estas instituições interagem com as realidades locais, o que faz com que suas ações sejam moldadas/negociadas pelos interesses dos países onde atuam. Desta forma, mesmo considerando a desigual relação de poder entre os dois países, o governo brasileiro se beneficiou do “Acordo Básico” para administrar uma agenda sanitária já estabelecida pelo ministro Gustavo Capanema, associada ao processo de ampliação do poder público nos remotos “sertões”⁶ do país.

Ao seguir este argumento, este trabalho se identifica com uma bibliografia que demonstra o papel das políticas de saúde como instrumento de fortalecimento do poder público. Castro-Santos⁷ apontou as implicações simbólicas do mo-

vimento sanitaria para a ideologia da construção da nacionalidade, enquanto que Gilberto Hochman⁶ mostrou que, além dos aspectos simbólicos, aquele movimento desdobrou-se na construção de aparatos estatais de saúde que implicaram no fortalecimento do poder central contra os particularismos regionais. Cristina Fonseca⁷ debruçou-se sobre o primeiro governo Vargas, demonstrando como suas políticas de saúde pública estavam inseridas no projeto mais amplo de um Estado forte, enfatizando o significado político e institucional das reformas sanitárias de 1937 e 1941, promovidas pelo ministro Gustavo Capanema; enquanto Campos² apontou que não havia conflito entre a agenda de Capanema e as políticas sanitárias do SESP.

O Programa da Amazônia é um bom exemplo de como as políticas do SESP estavam adequadas ao projeto varguista de expansão da autoridade pública. Isto porque, “sanear a Amazônia” para produzir mais borracha para o “esforço de guerra” significou, na prática, a construção de uma rede de unidades sanitárias objetivando o controle da malária e o atendimento médico aos seringueiros. A construção desta rede de postos e centros de saúde na imensidão do vale amazônico significou a ampliação da presença material do Estado naquele “sertão”, onde médicos e funcionários do SESP eram os únicos contatos das populações locais com o governo federal. Além dos aspectos simbólicos representados pela introdução de um provimento de rotina de atenção às populações, os efeitos do trabalho em educação sanitária, do treinamento profissional e da contratação de funcionários para as unidades do SESP não devem ser menosprezados enquanto fator importante na criação de lealdades com o Estado nacional. Neste caso, não me refiro aos médicos e administradores enviados das capitais, mas aos pequenos funcionários recrutados localmente – guardas e visitadoras sanitárias – por exemplo, cujas lealdades políticas estavam, até então, limitadas aos oligarcas locais.

A construção de uma rede de unidades de saúde também foi realizada a partir de 1943, no vale do Rio Doce. A demanda por minerais estratégicos pelo exército americano levou o SESP a criar o Programa do Rio Doce. Este programa também nos indica o quanto o SESP serviu aos interesses do governo Vargas. O governo brasileiro havia criado a Companhia Vale do Rio Doce para explorar os recursos minerais e reconstruir a estrada de ferro Vitória-Minas. Devido à existência de malária e da falta absoluta de infraestrutura sanitária, o Programa do Rio Doce foi

planejado para construir uma rede de unidades de saúde naquele vale, contribuindo para a ocupação e integração econômica da região. A criação da Companhia Vale do Rio Doce e a reconstrução da estrada de ferro estavam plenamente afindas aos planos de desenvolvimento econômico de Vargas, enquanto o programa sanitário do SESP, ao construir uma rede material de unidades sanitárias ao longo do vale, significou a ampliação da capacidade infra-estrutural do Estado em um outro “sertão” do país.

Apesar de pensado como temporário para atender as urgências de guerra, o acordo entre o IAIA e o SESP foi continuamente renovado até 1960, o que permitiu a continuidade do SESP enquanto agência “especial”, associada aos programas de cooperação e assistência técnica dos Estados Unidos criados a partir do Ponto IV – a política externa norte-americana anunciada em 1947. Quando o convênio se desfez, o SESP transformou-se na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), perdendo sua autonomia e subordinando-se efetivamente ao já então criado Ministério da Saúde.

A manutenção do SESP no pós-guerra remete, no cenário externo, às novas funções que a saúde pública internacional adquiriu na bipolaridade pós-1947 e, internamente, aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro. Entre as décadas de 1940 e 1980, as “políticas internacionais de saúde” – conceito que pressupunha relações entre Estados nacionais soberanos – foram ditadas segundo o jogo político da Guerra Fria, e transformaram-se em instrumentos de demonstração da superioridade política e tecnológica dos países capitalistas. A “cooperação” ou “assistência” para o desenvolvimento passou a orientar a política dos Estados Unidos a partir do anúncio do Ponto IV, materializando-se em uma série de programas tais como a Aid for International Development (AID) e, já na década de 1960, a Aliança para o Progresso. Assim, num contexto marcado pela Guerra Fria e busca do desenvolvimento, o SESP reorientou seus objetivos, associando-se aos planos de desenvolvimento brasileiros das décadas de 1950 e 1960, e construindo saúde pública nas regiões mais “subdesenvolvidas” do país. Ao mesmo tempo, servia também como agência-modelo a demonstrar os efeitos positivos das políticas de cooperação entre os Estados Unidos e o Brasil.

No cenário interno, destaca-se o papel do SESP nos planos de desenvolvimento implementados pelo Estado brasileiro, especialmente quando a teoria do desenvolvimento elevou a saúde a

uma posição-chave na equação do crescimento econômico através do conceito de “capital humano”. Economistas, políticos e planejadores passam a considerar as políticas de saúde – o que inclui a formação de pessoal – como variável para o desenvolvimento.

Assim, durante a década de 1950, o SESP tornou-se o grande prestador de serviços de saúde pública em regiões-alvo dos planos desenvolvimentistas do Estado brasileiro. Em 1949, a agência assinou o primeiro de uma série de contratos com estados do Nordeste para “organizar serviços de saúde pública em áreas de importância econômica e qualificar pessoal para os departamentos de saúde estaduais”, trabalho que se intensificou com a criação da Comissão de Valorização do Vale do São Francisco. Em 1950, esta Comissão assinou um contrato com o SESP, objetivando “incorporar o enorme potencial econômico [do vale] ao progresso brasileiro”, através da organização e administração de serviços de saúde e qualificação profissional. O SESP também expandiu sua atuação com os planos de desenvolvimento da Amazônia, implementados a partir de 1953, quando da organização da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia.

Em síntese, a continuação do acordo sanitário do IAIA-SESP no Brasil no pós-guerra deveu-se às novas funções que estas agências desempenharam num mundo marcado pela Guerra Fria e pelas políticas de desenvolvimento. No cenário interno, o SESP vinculou-se aos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro, levando saúde pública e qualificando pessoal nas regiões mais “subdesenvolvidas” do país, continuando, desta forma, como um instrumento de expansão da autoridade pública no Brasil².

O SESP e seu programa de enfermagem

Uma das cláusulas do Acordo Básico que criou o Serviço Especial de Saúde Pública estabelecia como uma de suas funções “o treinamento de médicos, engenheiros sanitários e enfermeiras”. Tanto o parceiro norte-americano do SESP, o Instituto de Assuntos Interamericanos, quanto as autoridades brasileiras, concordavam que um dos grandes problemas para a expansão do sistema de saúde pública no Brasil estava na carência de pessoal qualificado. Cristina Fonseca⁷ menciona que, quando Barros Barreto assumiu a direção do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em 1937, enfatizou que, entre os problemas a serem en-

frentados em sua gestão, estavam “a ausência de técnicos especializados”. Segundo a avaliação dos contemporâneos, a deficiência na qualificação profissional estava, especialmente, entre os profissionais intermediários e de base, como enfermeiras e visitadoras sanitárias, por exemplo. Entretanto, na alta hierarquia da administração sanitária brasileira, existiam profissionais capacitados, muitos deles treinados na Johns Hopkins School of Public Health. Conforme apontou Campos², foi esta a avaliação do sanitarista George C. Dunham que, em viagem ao Brasil em 1941, comentou que os dirigentes de saúde que conheceu eram “muito bem treinados e atualizados nas práticas modernas de saúde pública”. Em contraste, nos escalões inferiores e intermediários, a situação era inversa. Um dos representantes do IAIA no Brasil, o médico Eugene Campbell, diagnosticou que enfermeiras e engenheiros sanitários “como conhecemos nos Estados Unidos, são virtualmente inexistentes no Brasil”².

A expansão e normatização das profissões de saúde estavam entre as orientações das reformas sanitárias promovidas pelo ministro Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública. Esta orientação específica estava associada à preocupação em estatizar a saúde pública, no processo de burocratização do Estado brasileiro promovido por Vargas. Conforme apontaram Fonseca⁷ e Hochman⁶, a expansão dos serviços de saúde estava inserida na estratégia varguista de ampliação da autoridade pública sobre o território nacional, sendo tais serviços ferramentas do poder central na construção de vínculos políticos e institucionais com as vastas populações do interior.

Entretanto, a expansão e normatização das profissões de saúde não estavam restritas aos dirigentes brasileiros; também faziam parte de uma agenda discutida em fóruns internacionais, como as conferências da Oficina Sanitária Panamericana. Portanto, as mudanças realizadas no campo da saúde pública no Brasil – entre as quais a profissionalização do campo da enfermagem – obedeciam a um duplo movimento. No plano interno, coadunavam-se aos interesses de burocratização do Estado do regime varguista e, externamente, “adequavam-se em muitos aspectos” às orientações apresentadas e debatidas em fóruns internacionais, *preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, e incorporavam as prioridades de ação pública de saúde defendidas em congressos e conferências patrocinadas pela Oficina Sanitária Pan-americana*⁷. O intercâmbio entre a agenda interna e a internacional definida para o

setor de saúde pública realizou-se de diversas formas: na especialização de sanitaristas brasileiros na Johns Hopkins School of Public Health; na participação de especialistas brasileiros em órgãos internacionais; nos convênios de cooperação; e na criação de instituições brasileiras de saúde com financiamento e cooperação técnica norte-americanos, como foi o caso do SESP².

A primeira estratégia do SESP em seu projeto de qualificação e normatização profissional foi a de enviar médicos, engenheiros sanitários e enfermeiras aos Estados Unidos, para realizar cursos de graduação, pós-graduação ou especialização. A partir de 1944, o programa de qualificação profissional reorientou sua estratégia, passando a enfatizar o treinamento de médicos e engenheiros no Rio de Janeiro e São Paulo, enquanto as enfermeiras eram enviadas para as novas escolas que o SESP organizou em algumas capitais do país. O treinamento nos Estados Unidos tornou-se restrito aos cursos de curta duração para profissionais altamente qualificados. Esta reorientação já traduzia uma progressiva “nacionalização” do SESP, ou melhor, uma reorientação de sua ênfase original – que enfatizou o saneamento de áreas produtoras de matérias-primas estratégicas – para a construção de saúde pública básica em regiões onde se implementavam planos de desenvolvimento no interior do Brasil, priorizando-se a formação de infra-estrutura sanitária e a capacitação de pessoal.

A política de qualificação não era exclusivamente voltada para profissionais de nível universitário; também compreendia a formação em nível médio e primário – guardas sanitários, técnicos em laboratório, auxiliares de saneamento, enfermeiras auxiliares, visitadoras sanitárias e parteiras. Nos casos da formação de enfermeiras auxiliares e das visitadoras sanitárias, cursos emergenciais de seis meses foram organizados, já partir de 1943, nos Programas da Amazônia e do Rio Doce, objetivando atender as necessidades da própria agência².

Neste trabalho, o que nos interessa destacar no campo da qualificação profissional é o Programa de Enfermagem do SESP. A escassez de enfermeiras profissionais era considerada pelos administradores sanitários um dos grandes obstáculos à expansão do sistema brasileiro de saúde, observando-se esforços para solucionar este problema desde a primeira reforma Capanema, em 1937. Cursos intensivos de curta duração foram organizados pelo DNS a partir de 1937 e, já em 1938, doze enfermeiras percorreram diversos estados organizando cursos de visitadoras sani-

tárias, trabalho que se prolongou pela década seguinte. Entretanto, como assinala Fonseca⁷, ainda era preciso investir na construção de escolas de nível superior de enfermagem no Brasil.

A preocupação com a expansão do ensino de enfermagem na América Latina pode também ser percebida na agenda da Oficina Sanitária Panamericana (OSP). Analisando-se o *Boletim* desta instituição, nota-se a recorrência com que, a partir dos primeiros anos da década de 1940, o tema “enfermagem” aparece nas páginas daquele periódico. Outro indício da importância deste tema foi a criação, em 1943, no mesmo *Boletim* de uma seção “Enfermagem”, anunciado no mesmo número em que se relatou a realização do 1º Congresso Interamericano de Enfermagem, ocorrido no Chile. Naquela ocasião, a OSP anunciou a criação de um “serviço quase continental de enfermagem”, através do envio de assessoria técnica a vários países latinoamericanos, e da cooperação de agências públicas e privadas norte-americanas, entre elas, a Fundação Rockefeller e o Instituto de Assuntos Interamericanos⁸. Quando da reformulação da OSP em 1947, com a escolha de Fred Soper como diretor da já então Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os investimentos destinados ao ensino da enfermagem na América Latina multiplicaram-se, inclusive com a criação de uma Divisão de Enfermagem⁹. Neste sentido, o Programa de Enfermagem do SESP deve ser entendido dentro de um contexto no qual se institucionalizava a prática da “cooperação internacional em saúde”, não apenas através dos programas do IAIA, mas também através da ação da própria OPAS e da Organização Mundial de Saúde.

Quando da assinatura do acordo bilateral entre IAIA e o SESP, os dirigentes daquela agência avaliaram que a virtual inexistência de enfermeiras profissionais era um empecilho para a “modernização” dos sistemas de saúde na América Latina e, neste sentido, seus objetivos eram bastante ambiciosos: “assegurar a uniformização de padrões de enfermagem no Hemisfério Ocidental”¹⁰. Antes mesmo da criação do SESP, o Office of the Coordinator of Inter-American Affairs planejava enviar um grupo de trinta a cinquenta mulheres brasileiras “cuidadosamente selecionadas” para os Estados Unidos para serem “treinadas na profissão de enfermeiras”². O Programa de Enfermagem do SESP, entretanto, iniciou-se oficialmente em agosto de 1942, quando o IAIA aprovou o projeto “Mais Enfermeiras de Saúde Pública para o Brasil”. Além do Instituto, também apoiaram o programa, a Associação de

Hospitais Católicos dos Estados Unidos e as fundações Rockefeller e Kellogg.

Um estudo realizado pelo Office em 1943, sobre o ensino de enfermagem na América Latina, encontrou um “quadro variado e complicado para o qual não há uma solução simples e abrangente”. Em alguns países, existiam “uma ou duas” escolas de enfermagem profissional, com um “currículo de alguma forma similar ao das escolas dos Estados Unidos”. Este era o caso da Escola de Enfermagem Ana Nery, criada no Rio de Janeiro em 1923 e, até 1940, a única reconhecida pelo Ministério da Educação e Saúde². No início da década de 1940, estimava-se existir entre quinhentas e setecentas enfermeiras graduadas no Brasil, um número insignificante para as necessidades crescentes da administração sanitária¹¹.

Após a elaboração daquele estudo, o IAIA enviou ao Brasil a enfermeira Elizabeth Tennant, do Conselho Internacional da Fundação Rockefeller. Sua função era avaliar a situação da enfermagem no país e traçar um plano para a profissão. O Relatório Tennant sugeriu que o Ministério da Educação e Saúde supervisionasse as escolas de enfermagem a serem criadas por todo país e que o SESP fosse responsável pela organização das quatro primeiras escolas: no Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Belém. Foi a partir do Relatório Tennant que se organizou o Programa de Enfermagem do SESP, dirigido por enfermeiras americanas até 1951, quando brasileiras assumem a direção. O programa tinha como objetivos formar enfermeiras graduadas e auxiliares para os programas do SESP¹², além de apoiar o plano geral de profissionalização da carreira no Brasil, já encaminhado pelo DNS desde a reforma de 1937 e objeto de cooperação da Oficina Sanitária Panamericana a partir do início da década de 1940.

Dentro destes objetivos, estabeleceram-se quatro estratégias. Primeiro, o IAIA enviaria enfermeiras ao Brasil, encarregadas da reorganização de escolas já existentes. Segundo, com o apoio da Fundação Rockefeller, o SESP criaria escolas para a formação de enfermeiras profissionais. A terceira estratégia, envolvendo a Fundação Kellogg, estava na concessão de bolsas de estudo de graduação e pós-graduação para enfermeiras brasileiras nos Estados Unidos; enquanto o SESP proveria bolsas para a formação nas escolas brasileiras. A quarta estratégia foi a criação de cursos de curta duração para enfermeiras práticas e visitadoras sanitárias. Um “projeto especial” do programa foi a criação da Escola de Enfermagem de Manaus, organizada para preparar enfermeiras para a região amazônica⁸.

Dentre as escolas criadas pelo SESP, destacou-se imediatamente a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, fundada em 1943 e planejada em colaboração com aquela universidade e com o Hospital das Clínicas. O SESP financiou 55% dos seus custos, além de planejar e construir seu prédio, inaugurado em 1947. O governo do estado contribuiu com 44% dos recursos e assumiu a manutenção da escola. À Fundação Rockefeller coube supervisionar a elaboração do currículo e das disciplinas, além de contribuir com 1% para a compra do equipamento de laboratório¹³. O desempenho do projeto já era evidente em 1947, quando a Escola sediou o 1º Congresso Nacional de Enfermagem. Em 1959, a escola foi a primeira no Brasil a abrir um curso de pós-graduação na área¹⁴.

Apesar de o Programa de Enfermagem ter sido notável para o desenvolvimento da profissão no Brasil, ele não se deu da forma planejada pelos burocratas da saúde pública, sendo remodelado e transformado pela realidade local. Assim, não devemos entender o programa como uma simples importação de um modelo inspirado em padrões norte-americanos. Esta perspectiva foi teoricamente explicitada por Stern³ que, afastando-se dos conceitos de “centro” e “periferia”, afirma que as instituições internacionais do chamado “sistema mundial”, não são entidades homogêneas e monolíticas, mas sim arenas de poder e de disputa cultural. Ou seja, as agências internacionais não impõem, simplesmente, suas normas e procedimentos à “periferia”, porém interagem com as realidades “locais”, o que faz com suas ações sejam moldadas/negociadas pelos interesses dos países onde atuam.

Portanto, não aconteceu uma simples importação de um modelo profissional, já que a diversidade cultural e política local, além da tradição sanitária brasileira, determinou uma transação entre as orientações internacionais e as respostas locais. Outro aspecto importante, já destacado por Cristina Fonseca⁷, é que havia muitos pontos coincidentes entre a agenda sanitária discutida nos fóruns interamericanos e a aquela encaminhada pelo governo Vargas. Portanto, as políticas do SESP no Brasil, entre as quais incluímos o Programa de Enfermagem, estavam plenamente integradas ao projeto varguista de construção de instituições de saúde pública no país. O Programa de Enfermagem do SESP estava, neste sentido, em sintonia como as reformas do ministro Capanema, reformas que, por sua vez, estavam inseridas num programa geral de reorganização da administração pública brasileira, objetivando,

como apontaram Hochman & Fonseca¹⁵, racionalizar, normatizar e coordenar ações nas três esferas administrativas, numa perspectiva centralizadora de ampliação da autoridade pública.

Assim, a realidade brasileira imprimiu sua feição no Programa de Enfermagem, remodelando-o e adaptando-o. As dificuldades para a implementação das diretrizes originais do programa começavam já no curso de formação pois, apesar da exigência de dedicação integral às alunas, o pequeno valor das bolsas impedia que muitas estudantes concluíssem o curso. Esta foi a razão alegada por algumas jovens que abandonaram a nova Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, fundada em Niterói em 1944. Muitas eram professoras primárias e preferiam voltar às salas de aula, onde perfaziam melhores salários. Quando formadas, os baixos salários eram obstáculos para empregos de tempo integral, uma das exigências originais do programa. Em 1949, as enfermeiras da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo reclamavam de receber “o menor salário do estado”. O problema persistiu, pois em 1953 aquelas profissionais reivindicavam uma jornada de cinco horas para que pudessem ter outro emprego, enquanto outras simplesmente deixavam a profissão².

Além do pequeno valor das bolsas de estudos e salários, outro problema enfrentado pelo programa estava na origem social de muitas postulantes. O Programa de Enfermagem, inspirado na realidade norte-americana, tinha como alvo mulheres de classe média, com o curso secundário ou normal completo. Este padrão de exigência tinha como objetivo, segundo uma das conselheiras norte-americanas: “atrair as melhores moças [...] para que este pequeno grupo qualificado [...] assuma a liderança de sua profissão”¹⁶. Entretanto, no Brasil, o número de boas posições na carreira era limitado, o que fazia com que moças de classe média preferissem o magistério, uma profissão mais respeitada e melhor remunerada. Por outro lado, jovens oriundas das classes populares e atraídas pela nova carreira encontravam barreiras culturais e educacionais. A Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, não conseguiu matricular uma só estudante para o segundo semestre de 1945 – todas as aspirantes foram rejeitadas por não terem o ensino secundário completo². O problema se repetiu no segundo semestre do ano seguinte: naquela ocasião, houve “ausência de candidatas”, apesar do esforço de divulgação da escola em “colégios, escolas normais, grupos escolares e seções da LBA em todas

as cidades do Estado”. Aurora Costa, primeira diretora da escola, “estarecida diante deste resultado”, não teve dúvidas em associar o problema aos pré-requisitos para a matrícula: exigia-se o curso normal, clássico ou científico completos ou, no mínimo a 5ª série ginasial. Tentando contornar a situação, ela solicitou ao Conselho Administrativo da Escola que aceitasse o 4º ano ginasial das postulantes, estando neste caso, as candidatas sujeitas a uma prova de seleção¹⁷. Sua sugestão foi acatada pelo Conselho em dezembro de 1947 e, no início do ano seguinte, um decreto estadual alterou o artigo 21 do regimento interno da escola, tornando mais flexíveis os requisitos para matrícula¹⁸.

Nas áreas rurais, padrões culturais e laços familiares tradicionais dificultavam os planos do programa. Na nova Escola de Enfermagem de Manaus, as jovens estudantes e suas famílias não aceitavam o regime de internato do programa. Dificuldades similares eram encontradas no vale do Rio Doce, onde nos cursos de formação de visitadoras sanitárias, as jovens só podiam frequentar as aulas quando acompanhadas por pais, irmãos ou maridos².

Grande parte destes problemas devia-se a uma questão de gênero: a percepção da enfermagem como profissão “essencialmente feminina”. A nova carreira, de acordo com o material de divulgação da escola¹⁹, “não se adequava aos homens” pois as mulheres, “por seu temperamento e caráter”, estavam melhor preparadas para suas demandas e, além disto, “não iriam competir com os homens” neste campo. A propaganda utilizada para atrair jovens para a carreira é reveladora: apelava-se para a “entrega”, a “alma altruísta e generosa” e o espírito da “missão feminina” das mulheres brasileiras. Ao utilizar esta linguagem nos seus panfletos, o programa não procurava profissionais independentes, porém “mães”, “filhas” e “irmãs”, que eram chamadas a trabalhar sem perder, entretanto, “as virtudes femininas que fazem o encanto da casa”. Esta ambiguidade no recrutamento profissional determinava, entre outros problemas, uma alto índice de abandono da profissão para fins de matrimônio que, no final da década de 1950, chegava a 48%. Para a presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, melhores condições para a carreira seriam alcançadas apenas quando as mulheres brasileiras conseguissem “emancipar-se da tutela masculina”²⁰.

Também as restrições econômicas do país e as características da cultura política brasileira contribuíram para reformatar o Programa de

Enfermagem. Por exemplo, apesar do governo do Estado ter se comprometido a manter a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o legislativo estadual cortou suas verbas para o ano de 1950. A Legião Brasileira de Assistência, que havia se comprometido a financiar dezenove bolsas de estudos na Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, cancelou seu apoio no meio do ano acadêmico de 1947. Em 1946, os responsáveis pela Divisão de Treinamento do Programa estavam muito preocupados com as reviravoltas políticas ocorridas em Minas Gerais, que haviam trazido “muitas mudanças ao programa de saúde”².

A formação das visitadoras sanitárias

Para atender a demanda de enfermeiras práticas de saúde pública em seus postos e centros de saúde, o SESP organizou cursos para visitadoras sanitárias em diversas localidades do interior do país. O objetivo principal dos cursos era capacitar jovens das localidades em seis meses, treinando-as para combater os problemas de saúde da própria região. As candidatas assinavam um termo com o Serviço, comprometendo-se a trabalhar para a instituição por um período mínimo de dois anos após a conclusão do curso. Quanto ao currículo dos cursos, seu caráter era essencialmente prático, com aulas que ensinavam elementos básicos de saúde pública, higiene pessoal, anatomia, nutrição, primeiros socorros, jardinagem e culinária. Além do treinamento prático nos postos de saúde, as jovens também recebiam orientação de como proceder nas visitas das casas, nas escolas, nos clubes de saúde e no contato com as “curiosas” – como eram chamadas as parteiras no interior do Brasil.

As visitadoras, como estas profissionais eram conhecidas, eram preparadas para orientar as famílias em assuntos de higiene, nutrição, puericultura e prevenção de doenças. Nas suas visitas, tinham que observar os moradores e a casa assistida, perguntando por hábitos alimentares e doenças, preenchendo uma ficha detalhada com suas observações. Além disso, às visitadoras também cabiam auxiliar as enfermeiras e médicos, além de supervisionar as “curiosas”, depois de identificadas e treinadas pelo SESP. A visita aos domicílios era um dos aspectos fundamentais do seu trabalho pois, ao orientar as famílias e estimulá-las a frequentar o centro de saúde, elas faziam a ligação entre a comunidade e a instituição. Neste sentido, estas profissionais de-

sempenhavam um papel político e simbólico fundamental – era o momento em que um representante do poder público entrava no espaço privado das populações rurais do país².

As visitadoras eram ensinados os elementos básicos de higiene e cuidados médicos, sendo treinadas para persuadir sua clientela a abandonar as práticas de cura tradicionais e aceitar a medicina científica. Sua formação era realizada em regime de internato e, para isto, recebiam uma pequena bolsa de estudos. A ênfase estava na prática de saúde pública, mas também a elas eram fornecidos elementos básicos de nutrição, higiene pessoal, educação sanitária, anatomia, fisiologia, primeiros socorros, noções sobre doenças contagiosas, além de ética, comportamento e aparência pessoal. Exigia-se como requisitos, que as candidatas tivessem entre 16 e 28 anos, primeiro grau completo e passassem num teste de admissão e no exame médico. Dava-se preferência às mulheres solteiras ou viúvas; porém, se casadas, requeria-se a permissão do marido. Características pessoais como habilidade de comunicação, personalidade, caráter, polidez e boas maneiras, responsabilidade e disciplina, eram objeto de avaliação em entrevista². A orientação para execução desta entrevista era minuciosa: à enfermeira entrevistadora cabia observar, entre muitos detalhes, elementos como a “expressão e o timbre da voz”, ou comportamentos que possam indicar “inibição ou agressividade” da candidata²¹.

Nas décadas de 1940 e 50, as visitadoras eram recrutadas em vilas e cidades de uma região e designadas para trabalhar em outros locais que não as suas comunidades de origem. Segundo as enfermeiras do SESP, este procedimento era necessário para que as visitadoras fossem “respeitadas” pelas populações locais. Entretanto, a partir de 1965, quando os cursos de treinamento de visitadoras passaram por uma reorientação, esta prática foi mudada pois “a experiência tem demonstrado ser desaconselhável o deslocamento de pessoal”. Esta orientação nos indica a importância do estudo de Fontenelle²² sobre Aimorés, que mostrou que um dos maiores problemas de resistência das famílias às visitas domiciliares estava no fato de que as comunidades rejeitavam a presença de pessoas “estranhas”, das quais não tinham relações de vizinhança, parentesco ou conhecimento por longo tempo.

Assim como no caso da formação das enfermeiras profissionais, no treinamento de visitadoras, as exigências iniciais dos planejadores acabaram por adaptar-se à realidade local. Na Amazônia, um dos principais problemas enfrentados

na formação das visitadoras eram as próprias condições de saúde das estudantes. Em Itacoatiara, a enfermeira responsável interrompeu diversas vezes o curso porque muitas estudantes estavam doentes. Ela atribuía estas frequentes doenças à “dieta bastante pobre” das famílias de suas alunas. Provavelmente por este motivo, as visitadoras tinham “grande dificuldade” de ensinar nutrição à sua clientela, visto que os ensinamentos dietéticos a elas lecionados – e que deveriam repassar à sua clientela – eram estranhos aos seus padrões culturais. Outra enfermeira também observou que “em geral, as estudantes não têm boa saúde e têm sérios problemas dentários”. Ela acreditava que as exigências do exame médico, realizado para o ingresso no curso, não eram cumpridas com rigor, para que se fosse possível a formação de turmas².

Compromissos e adaptações com a cultura popular necessariamente foram realizados, sendo o caso das parteiras o mais evidente. Apesar de consideradas “mulheres ignorantes” por grande parte dos médicos e enfermeiras graduadas, as “curiosas” eram respeitadas nas suas comunidades. Ao invés de excluí-las das tradicionais funções que desempenhavam, restrições eram relaxadas e alianças foram costuradas. Neste sentido, um dos papéis mais importantes das visitadoras sanitárias era o de ganhar o apoio das “curiosas”. Em Itacoatiara, no Amazonas, a parteira mais respeitada pela população local era cega. Entre fevereiro e março de 1947, ela fora responsável por nove partos na vila. As enfermeiras graduadas do SESP não tiveram outra alternativa senão convidar esta “curiosa” a “assistir nossas aulas”; porém, ao mesmo tempo, elas “insinuavam cuidadosamente” às jovens grávidas para “não a escolherem”. A estratégia do SESP sobre as “curiosas” foi a de colocá-las sob supervisão, através de identificação e treinamento².

A preocupação em entender o “choque cultural” provocado por seus programas sanitários levou o SESP a criar uma Seção de Pesquisas Sociais dentro da Divisão de Educação Sanitária. O sociólogo Arthur Rios²³, diretor desta Seção, reorientou o programa. Sua função era dupla: primeiro, convencer médicos, enfermeiras e outros agentes da modernização, de que “saúde” era um conceito social e que o “objeto” das políticas do SESP – as populações pobres do interior – tinham seus próprios valores sobre saúde e doença que, muitas vezes, se contrapunham à “medicina científica”. Segundo, interpretar para os agentes públicos os valores da “medicina popular” das populações-alvo do programa, potenci-

alizando o trabalho da agência². Esta valorização do SESP no papel do cientista social no acompanhamento do trabalho do administrador público é observada também pela contratação do antropólogo Luiz Raposo Fontenelle, que, convidado por Arthur Rios para integrar a equipe da Seção de Pesquisas Sociais, realizou um estudo de comunidade em Aimorés. Neste trabalho, além de descrever o modo de vida de uma comunidade rural, privilegiando os aspectos relacionados à saúde da população (o emprego da “medicina popular”), o autor procurou fazer um diagnóstico da relação estabelecida entre os profissionais da unidade de saúde do SESP e seus clientes, com o objetivo de oferecer subsídios que tornassem mais eficaz a ação dos centros de saúde e formassem “uma mentalidade e uma política mais compreensivas em relação aos elementos integrados no sistema da medicina popular”¹⁹.

Conclusão

O papel do SESP na formação profissional das enfermeiras no Brasil foi extremamente significativo: diversas escolas profissionais de nível superior foram criadas pelo seu programa, como as de São Paulo e a do Estado do Rio de Janeiro; esta hoje integrando a Universidade Federal Fluminense. Também significativo foi o papel do programa na formação de pessoal auxiliar, como as visitadoras sanitárias, enfermeiras de saúde pública treinadas para integrar a rede de unidades de saúde da agência. Entretanto, cabe lembrar que o Programa de Enfermagem do SESP não se constituiu numa simples importação de um modelo internacional, sendo remodelado e transformado pela realidade local. Além disto, também é importante registrar que aquele programa estava afinado com a orientação das reformas do ministro Capanema, no sentido de construir instituições, capacitar e normatizar quadros e diretrizes, reforçando, deste modo, a orientação estabelecida para a saúde pública no primeiro governo Vargas. Por último, não podemos deixar de registrar que o estímulo à expansão do ensino de enfermagem, no sentido de melhorar sua capacitação e ampliar o quadro profissional, estava na agenda da Oficina Sanitária Panamericana, tratando-se também, de objeto da cooperação internacional em saúde realizada por agências internacionais. Assim, o Programa de Enfermagem do SESP deve ser compreendido dentro de uma agenda internacional mais ampla, na qual o acordo cooperativo com o IAIA estava inserido.

Referências

- Office of the Coordinator of Inter-American Affairs. *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: Historical Reports on War Administration*. Washington, D.C.: GPO; 1947.
- Campos ALV. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Stern SJ. The Decentered Center and the Expansionist Periphery. The Paradoxes of Foreign-Local Encounter. In: Joseph GM, LeGrad CC, Salvatore RD, editors. *Close Encounters of Empire. Writing the Cultural History of U.S. - Latin American Relations*. Durham and London: Duke University Press; 1998. p. 47-68.
- Lima NT. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan/Iuperj; 1998.
- Castro-Santos LA. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados - Revista de Ciências Sociais* 1985; 28 (2):193-210.
- Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs; 1998.
- Fonseca CMO. *Local e nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-1945)* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Iuperj/Ucam; 2005.
- Nova Seção Enfermagem no Boletim da Oficina Sanitária Panamericana [editorial]. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana* 1943; 22(4):355-56.
- Celebración del día Panamericano de la salud em Washington, DC. [editorial]. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana* 1949; 94(2):161-162.
- The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division. *Health and Sanitation Division Newsletter* 1943; 29:1.
- O'Hara H. Study in International Cooperation Health Services. *Health and Sanitation Division Newsletter* 1943; 29:1.
- O desenvolvimento do programa de enfermagem. *Boletim do SESP* 1944; 5:5.
- Brazil's new school of nursing. *Health and Sanitation Division Newsletter* 1948; 118:9.
- Primeiro Congresso Nacional de Enfermagem. *Boletim do SESP* 1947; 44:7.
- Hochman G, Fonseca CMO. 1ª Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: Gomes AMC, organizadora. *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV; Bragança Paulista: Editora São Francisco; 2000. p. 173-193.
- Hodgman GE. Relatório, dezembro de 1944. Arquivo Histórico da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), Casa de Oswaldo Cruz (COC), caixa 15, doc. 53.
- Aurora Costa para Conselho de Administração da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, 18 de junho de 1946. Arquivo Histórico da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), Casa de Oswaldo Cruz (COC), caixa16, doc. 53.
- Estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Rio de Janeiro* 1948; 13 fev.
- Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro. *Livreto de divulgação*. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), caixa 16, doc. 54.
- Pinheiro MRS. Razões para a realização de um inquérito de recursos e necessidades de enfermagem. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana* 1959; 38(66):409.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de curso para formação de visitadoras sanitárias*. Rio de Janeiro: FSESP; 1972.
- Fontenelle LFR. *Aimorés. Análise antropológica de um programa de saúde*. Rio de Janeiro: DASP/Serviço de Documentação; 1959.
- Rios JA. *A educação dos grupos*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária/Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; 1962.

Artigo apresentado em 17/12/2006

Aprovado em 10/09/2007

Versão final apresentada em 04/04/2008