

A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo*

Luiz Antonio de Castro Santos**

Lina Rodrigues de Faria***

Resumo

O texto focaliza, inicialmente, a participação da Fundação Rockefeller na institucionalização da pesquisa experimental no país e seu apoio à formação de profissionais na área da saúde pública, em especial à formação de enfermeiras de saúde pública. Discute-se o apoio à criação da Escola de Enfermeiras Anna Nery, em 1923. Em seguida, dá-se destaque às atividades da instituição governamental norte-americana Instituto de Assuntos Interamericanos (IIAA) e do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), na década de 1940, em São Paulo. A atuação dessas organizações congêneres permitiu a montagem do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, além da criação da Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina da USP, ambos em 1942. O Centro de Saúde Modelo, anexo à Faculdade de Higiene e Saúde Pública, foi um espaço importante, para todo o Brasil, de formação de profissionais da enfermagem em saúde pública. De modo geral, foi nos centros de saúde – pautados na concepção dos postos e centros comunitários de saúde em cidades norte-americanas do princípio do século 20 – que se criaram as condições para a realização do trabalho profissional em saúde pública no Brasil. E foi a partir do reconhecimento desse novo *campo* profissional no Brasil que sanitaristas e enfermeiras, formados pelas novas instituições de ensino em saúde pública e enfermagem, se legitimaram como profissionais de primeira linha durante a Primeira República e as primeiras décadas do pós-30.

Palavras-chave: Reforma sanitária; Enfermagem de saúde pública – São Paulo, Rio de Janeiro; Fundação Rockefeller; Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp); Instituto de Assuntos Interamericanos (IIAA).

International cooperation and public health nursing in Rio de Janeiro and São Paulo

Abstract

The text focuses initially upon the support of the Rockefeller Foundation to experimental research in Brazil, as well as to the training of public health professionals, and public health nurses in particular. Attention is given to the foundation of the Anna Nery School of Nursing, in 1923, in Rio de Janeiro. Next, the paper covers the activities of the Agency for Inter-American Affairs (IIAA), created by the Roosevelt Administration, and the Special Public Health Service (Sesp) during the 1940s, in the State of São Paulo. In 1942, these twin-agencies favored the creation of the Public Health Nursing Service, as an operating branch of the School of Hygiene and Public Health at the University of São Paulo, and the foundation of a new School of Nursing in Brazil, as an annex to the School of Medicine of that University. The Public Health Nursing Service had its headquarters at a community health center, founded in 1925, which attracted to São Paulo resident student nurses from all over the country. Public health services to the general population were originated in health centers such as this one operating at the University of São Paulo – all of them based on the conception of community health centers adopted in North-American cities since the beginnings of the 20th century. This new professional field was responsible for the preeminent position occupied by public health physicians and nurses in Brazil, since the 1920s and 1930s.

Keywords: Sanitary reform; Public health nursing – São Paulo, Rio de Janeiro; Rockefeller Foundation; Special Public Health Service (Sesp); Agency for Inter-American Affairs (IIAA).

Introdução

O presente texto busca estudar um capítulo da

institucionalização da ciência aplicada no Brasil, à luz da interpretação histórico-sociológica.¹ A cooperação internacional entre a Fundação Rockefeller e os governos

* À memória de Iracema dos Santos Cabral, Enfermeira de Saúde Pública (1904/1928). Iracema formou-se na primeira turma da Escola Anna Nery e, em 1927, partiu para os Estados Unidos e Canadá com bolsa da Fundação Rockefeller, para estudar na Escola de Enfermagem do Hospital Geral de Filadélfia e na Universidade de Toronto. Completou seu estágio com sucesso, em 10 de novembro de 1928, partiu de Nova York, com destino ao Rio de Janeiro, onde assumiria um posto de supervisora no Departamento Nacional de Saúde Pública. Na madrugada seguinte, o navio que conduzia “Miss Cabral”, como era conhecida por suas mestras, naufragou e ela morreu, aos 24 anos de idade.

** E-mail: lacs@ims.uerj.br

*** E-mail: lfaria@ige.unicamp.br

brasileiros fomentou alguns passos decisivos para a reforma sanitária no país, com ênfase no apoio ao ensino da higiene e à formação de profissionais de saúde pública desde as primeiras décadas do século 20. Se tomarmos a América Latina em seu conjunto, é possível identificar dois momentos significativos da atuação da Fundação Rockefeller. O primeiro, iniciado em 1913, dava ênfase à medicina e à saúde pública. Na doutrina dos líderes da fundação, uma das causas principais dos problemas sociais desses países era a falta de controle sobre as doenças infecciosas. Nessa linha de pensamento, a partir de 1915 e durante as décadas de 20 e 30, a Rockefeller direcionou suas atividades para o controle da ancilostomíase, da febre amarela e da malária. Um segundo momento, que se consolidou no final dos anos 30, ligou-se ao desenvolvimento do ensino médico e das ciências biológicas. Uma das prioridades da fundação foi então a concessão de bolsas de estudos a latino-americanos para universidades dos Estados Unidos e Canadá nas áreas de ciências médicas, biológicas e da saúde pública. No campo da saúde, a enfermagem recebeu atenção destacada. O Brasil foi um dos países que mais se beneficiou deste tipo de cooperação (Marinho, 2001).

Entre os anos de 1915 e 1945, período de intensa atividade, a Fundação Rockefeller desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento dos serviços médico-sanitários, da educação médica e do ensino da enfermagem no Brasil. Vários estados brasileiros executaram, sob a orientação e com os recursos da Rockefeller somados a recursos próprios e federais, campanhas de controle a endemias e programas de educação sanitária. Se houve sucesso, aqui e ali, das campanhas sanitárias no país – de caráter temporário e sem que se fizessem acompanhar de medidas de combate à miséria das populações –, isso deveu-se, em grande parte, ao empenho demonstrado pelo governo federal e pelos serviços sanitários de alguns estados em promover políticas de saúde e saneamento modeladas nos métodos de trabalho de combate às endemias e epidemias, trazidos pela missão médica da Rockefeller.² A tradição campanhista nacional remontava aos tempos de Oswaldo Cruz, no combate à febre amarela e à peste bubônica, mas o caráter policial das campanhas daquela época cedeu lugar, a partir da década de 1920, ao campanhismo sanitário de caráter não impositivo, baseado na educação sanitária.

É importante ressaltar que não prevaleceu, entre os brasileiros, a mera importação da ciência e dos padrões profissionais norte-americanos. Ao aqui chegar, a Rockefeller se confrontou com um país dotado de boa tradição de pesquisa e ensino na área biomédica e teve de fazer dos cientistas brasileiros seus parceiros na definição de objetivos e planos de ação. Mais ainda, se defrontou com um país em efervescência política, fruto

de ideologias nacionalistas. E por último, não poderia agir no terreno da saúde como se partisse do zero, pois os aparelhos de Estado no Brasil, principalmente na esfera federal, já revelavam um razoável estágio de intervenção na área da saúde (Castro Santos, 1985; 1989; Castro Santos; Faria, 2003a).

Desde logo, ressalte-se que as conquistas foram parciais no campo das ciências médicas e biológicas e da educação médica. Isto se deveu em boa parte ao fato de que o princípio pedagógico da Rockefeller baseava-se na crença no chamado “efeito de demonstração”. A Rockefeller concentrava seus esforços em um ou dois exemplos pioneiros e esperava que os exemplos se difundissem por todo o território do país. Sua estratégia era fazer de estados como São Paulo – estado próspero e já desfrutando relativo progresso no terreno da saúde pública – uma “referência”, com ênfase na medicina experimental e no ensino da saúde pública. No campo da educação médica e do ensino da saúde pública, a Faculdade de Medicina e Cirurgia³ e o Instituto de Higiene de São Paulo⁴ foram resultados importantes da política científica adotada pela Fundação Rockefeller em São Paulo. A Rockefeller desempenhou papel fundamental na organização científica e acadêmica destas instituições.

Se houve efeitos duradouros e positivos da ação da fundação no Brasil, estes se concentraram, sobretudo, no assentamento das raízes da educação médica e das profissões de saúde. As origens da profissionalização médica, sanitária e da enfermagem em saúde pública (esta última, iniciada no Rio de Janeiro com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery) estão fortemente associadas aos trabalhos desta instituição no Brasil.

Sábios *versus* especialistas: da “ciência amadora” à “ciência profissional”

É conhecida a contribuição de Simon Schwartzman (1979) ao estudo da formação da comunidade científica no Brasil. Em seu trabalho, há um capítulo esclarecedor sobre as missões Rockefeller como um fator estimulante da passagem da “ciência amadora” à “ciência profissional” no Brasil. Ainda que sua visão tenha de ser reavaliada à luz das observações feitas pela historiografia recente,⁵ a nosso juízo não resta dúvida de que, sob o ponto de vista sociológico – que destaca o aspecto da *difusão* do saber científico –, foi realmente no século 20 que se deu a passagem da “ciência amadora” à “ciência profissional”, e foi nesse processo que a ação do *International Health Board* (IHB) da Fundação Rockefeller se fez sentir em todo o país.

Sugerindo a construção de “tipos ideais” de trajetórias científicas que se ampliavam para incluir seguidores e auxiliares, formando escolas e grupos de referência,

a sugestão de Schwartzman permanece válida para esse momento do cenário científico brasileiro (Schwartzman, 1979, p. 223), que incluía os primeiros momentos da institucionalização do campo da enfermagem.

Foram estes “cientistas e profissionais modernos” que abriram caminho para o surgimento de um novo profissional de saúde, que já vinha se formando no Brasil desde a atuação renovadora de Manguinhos. Não que a abertura de caminhos se desse sem conflitos internos, sem rivalidades de grupo profissional, sem disputas pelo poder institucional (Faria, 1999). O que se deve ressaltar, não obstante, é a cristalização progressiva, desde os cientistas de Manguinhos, de um “molde de atuação profissional” no campo da saúde, que propagaria suas raízes por todo o país. Com base no núcleo inicial – pesquisadores e sanitaristas como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Belisário Pena, Artur Neiva, Adolfo Lutz, Vital Brasil, Álvaro e Miguel Ozório de Almeida – formou-se um novo modelo de cientista, que veio a ter peso importante na institucionalização da pesquisa e do ensino no país. A presença do IHB da Fundação Rockefeller no Brasil, em 1916, reforçou este processo, inicialmente no combate ao amarelo em áreas interiores. Se o país já contava com “expedicionários” ou bandeirantes da saúde – a exemplo de Belisário Pena e Artur Neiva, na famosa expedição aos sertões do norte e nordeste –, recebia agora “pioneiros” norte-americanos da saúde. Essa amálgama de “bandeirantes e pioneiros” traria logo conseqüências no campo da enfermagem hospitalar e de saúde pública: o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP, uma conquista institucional do movimento sanitário “bandeirante”) e a Rockefeller passaram a atuar de modo conjunto – Carlos Chagas como um liame fundamental –, sendo a criação da Escola Anna Nery de Enfermagem um dos primeiros resultados dessa parceria internacional.

Ao aqui chegar, a Rockefeller concedeu bolsas de estudos para jovens cientistas na *Johns Hopkins University*, para o Curso de Saúde Pública. Dessa geração destacam-se: Geraldo Horácio de Paula Souza,⁶ Francisco Borges Vieira,⁷ Pinheiro Chagas,⁸ João de Barros Barreto,⁹ Paes de Azevedo (encarregado da Comissão Rockefeller no estado do Rio de Janeiro entre 1917 e 1921), Sebastião Calazans (vice-diretor do Instituto de Bacteriologia de São Paulo), João Thomas Alves (representante do DNSP junto à comissão da febre amarela na Bahia), Mário Pernambuco (diretor do serviço sanitário rural no estado de São Paulo), Plácido Barbosa (futuro diretor da Divisão de Tuberculose do DNSP), e José P. Fontenelle (grande incentivador da criação de centros de saúde). Dessa mesma geração sairiam as futuras lideranças no campo da enfermagem de saúde pública e hospitalar no Brasil, enviadas pela Rockefeller para estágio nos

Estados Unidos e Canadá.

Viagens de formação e especialização para os Estados Unidos e Canadá passaram a fazer parte do universo de uma elite de cientistas e profissionais brasileiros. Mas não se diga que se estabelecia ali uma relação de “cópia” ou importação passiva. Mesmo no caso da enfermagem, em que estava em jogo a criação de instituições instauradoras de uma nova profissão, os padrões do ensino – como sucedeu no caso da Escola Anna Nery – eram discutidos com as lideranças da saúde pública nacional. No caso da ciência experimental, por outro lado, os próprios pesquisadores norte-americanos reconheciam a existência de “excelência científica na periferia”¹⁰ anteriormente ao início da cooperação internacional. O grupo de bolsistas brasileiros da área médica, ainda que reduzido, trouxe para o Brasil uma concepção de saúde pública que, até certo ponto, reforçava o “padrão Manguinhos”, baseado na profilaxia de doenças infecciosas e nos métodos experimentais da microbiologia. Foi particularmente na educação sanitária e na formação de profissionais na área da saúde pública que aquela concepção se revelou renovadora: tratava-se de uma proposta de atuação sanitária voltada aos centros de saúde e postos de higiene. Além disso, de um ponto de vista muito amplo, como já assinalaram Murard e Zylberman (1985), difundia-se, pela Rockefeller, a “ciência social aplicada do higienismo” e a razão técnica, que envolviam, com pesos distintos, o hospital e o posto de saúde rural, o pesquisador experimental e o dirigente de uma campanha sanitária.¹¹

Do ponto de vista da chamada “ciência aplicada”, esse novo cenário contribuiu para o surgimento dos centros de saúde e postos de higiene – unidades sanitárias implantadas em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, entre outros estados. Os centros tinham como propósito fundamental a educação sanitária, a profilaxia das doenças infecciosas e a formação prática de profissionais na área de saúde pública. Como veremos, foi particularmente em dois desses centros de saúde, em São Paulo, que as educadoras sanitárias e as enfermeiras encontraram um campo importante de formação teórica e prática.

Os princípios e propostas de atuação da Fundação Rockefeller

O ensino nas áreas de medicina, saúde pública e ciências biológicas atraiu a atenção especial da Fundação Rockefeller. Segundo seus idealizadores, a fundação tinha por objetivo contribuir para o progresso da humanidade por meio do incentivo às ciências biomédicas, principalmente pela promoção de programas na área de educação (Arno, 1982, p. 3-5; Link, 1988, p. 3-4). Um dos principais mentores dessa linha de pensamento, o

educador Wickliffe Rose,¹² acreditava que os serviços de saúde em vários países do mundo exigiam a melhora da educação médica, particularmente nas disciplinas básicas e na pesquisa experimental.¹³ Foi com este espírito que a Rockefeller incentivou a criação de faculdades médicas (como, no Brasil, as faculdades de medicina de São Paulo e Ribeirão Preto) e de novas disciplinas nas áreas de patologia, anatomia, histologia e microbiologia.

Além da participação em campanhas sanitárias nos Estados Unidos e no exterior, Wickliffe Rose incentivou a criação de escolas de saúde pública e a concessão de bolsas de estudos para jovens pesquisadores. A Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins – fundada em 1916 com recursos da Rockefeller – serviu de exemplo para instituições que seriam posteriormente criadas pela fundação em vários países do mundo. O objetivo era a formação de pessoal qualificado para atuar na área de saúde pública, com a premissa de que tais escolas seriam capazes de formar elites profissionais para o campo.

Em 1916, Wickliffe Rose e William H. Welch (um antigo aluno de Pettenkofer em Munique e patologista de renome, que pregava a adoção de um “modelo alemão”) apresentaram um parecer sobre os requisitos a serem preenchidos pelas escolas de saúde pública norte-americanas (Fleming, 1987, p. 74-75). Nesse documento, delinearam os princípios gerais que deveriam assistir à Fundação Rockefeller na criação de escolas em todo o mundo.¹⁴ De acordo com o documento, os princípios eram os seguintes:

Uma escola de saúde pública deve dar o mesmo peso tanto aos aspectos científicos da higiene como à tarefa prática de preparar candidatos aos cargos de saúde pública; cursos teóricos e práticos devem ser previstos para o seguinte pessoal: sanitaristas, para os serviços de saúde federais, estaduais e locais, trabalhando em regime de tempo integral; engenheiros sanitários, bacteriologistas, epidemiologistas, enfermeiras de saúde pública e inspetores sanitários, segundo as necessidades locais.

Um dos princípios norteadores do modelo higienista-educacional para o funcionamento de institutos de higiene e escolas de saúde pública em escala mundial preconizava o ensino dos “aspectos científicos da higiene”, aliados à atividade prática. A fundação preconizava, ainda, a introdução do regime de tempo integral em todas as escolas e institutos de higiene. Na concepção de seus dirigentes, um profissional da saúde executaria bem as suas tarefas dedicando-se integralmente a elas. O ideal de profissionais eficientes e dedicados em tempo integral ao trabalho e à concessão de bolsas de estudos e assistência técnico-financeira foram aspectos importantes desse modelo.

A formação de enfermeiras de saúde pública foi outra dimensão relevante. Os institutos de higiene ficaram responsáveis pela formação dessa profissional – elemento-chave dos programas implementados pelos centros de saúde e postos de higiene.¹⁵ Entretanto, continua o parecer, o aspecto prático de preparo de pessoal não deveria obscurecer

a concepção da higiene como ciência e arte, tendo um campo muito mais vasto do que sua aplicação à administração de saúde pública. Uma função primordial da instituição deve ser o desenvolvimento do espírito de investigação e o progresso do conhecimento.

A fundação enfatizava o espírito de investigação e o caráter interdisciplinar da formação e da atuação do profissional dedicado à “ciência” e à “arte” da higiene. Definia-se, dessa forma, uma nova concepção na área da saúde pública que conferia prioridade à educação sanitária, ao combate às doenças infecciosas, às visitas regulares, aos exames médicos periódicos, à formação de profissionais, entre outras atividades. Ademais, o parecer chamava a atenção para o fato de que as escolas de saúde pública e os institutos de higiene deveriam manter estreita cooperação com as faculdades e universidades de ciências sociais:

[Em] virtude dos inúmeros pontos de contato entre as modernas questões sociais e as de saúde pública, e dada a extensão com que os fatores sociais e econômicos repercutem sobre os problemas de saúde pública, é evidente que um instituto de higiene deve tomar tais fatores na devida consideração, e que estudantes de ciências sociais devem aproveitar-se das facilidades oferecidas por este instituto, tanto quanto estudantes de higiene devem se familiarizar com as ciências sociais e o serviço social; o trabalho de saúde pública deve ser considerado como uma profissão distinta, embora difícil de definir, porquanto sua “unidade depende mais do fim a ser atingido – a manutenção e melhoramento da saúde – do que dos meios que conduzem a este fim [...]

A sugestão da complementaridade entre saúde pública e ciência social é um ponto interessante, pois remete à conhecida tradição alemã, que desde o século 19 via a saúde pública e a medicina social como campos políticos do saber. Até que ponto a interação entre “as modernas questões sociais e as de saúde pública” não refletia a preocupação mais antiga dos reformadores alemães?¹⁶ Mas remeter a uma tradição não significa encampá-la. De fato, o parecer Rose-Welch abraça a concepção da “higiene como ciência social”, mas se trata ali de uma visão bem-temperada, sem os ingredientes

politicamente mais ousados da proposta dos reformadores alemães. Se a ponte com a ciência social era por um lado mais estreita do que propunha Virchow, por outro lado os educadores norte-americanos não aderiram à concepção autoritária de “polícia médica”, que os alemães haviam herdado, desde o século 18, do médico reformador Johann Peter Frank (Rosen, 1974). O que restava, então, dos ideais germânicos de reforma da saúde? Do ponto de vista sociológico, as atividades de intervenção na saúde e de educação sanitária, propostas em 1916, se inseriam num programa de mudança cultural “provocada”, para usar as palavras de Florestan Fernandes.¹⁷ A preocupação com as doenças e os vetores afastava a preocupação direta com aquilo que hoje em dia se denomina, algo esquematicamente, de “determinantes socioeconômico-culturais do adoecer”. Mas isso não significa a implantação de um “esquema biomédico” individualista e tecnicista, que passou a imperar em todo o mundo muito mais tarde e que nada teve a ver com esses primeiros tempos. Muito pelo contrário. A comunidade não estava ausente das preocupações dos sanitaristas norte-americanos. A crítica às primeiras décadas da atuação da Rockefeller no Brasil ignora o ambiente favorável ao diálogo entre a ciência social e a “higiene” no próprio território norte-americano, naquela época. O próprio interesse da fundação pelos postos de profilaxia rural no Brasil, em 1918, provinha de um interesse mais antigo entre as autoridades sanitárias norte-americanas (Rosen, 1974, p. 321-324). O “ideal sanitário” se originara na época da Guerra de Secessão como parte do ideário do chamado Progressivismo, e tivera repercussões sobre a propagação do conceito de trabalho comunitário em saúde, bem como sobre a necessidade de visitadoras para disseminar os princípios da higiene junto à população (Armeny, 1983, p. 17; Davies, 1983, p. 58-59). A concepção democrática de participação social em programas de saúde teve, na cidade de Milwaukee, no Estado de Wisconsin, uma experiência pioneira, que integrava toda a comunidade no esforço de educação sanitária, sob uma administração municipal socialista e um governo estadual reformador (Castro Santos; Faria, 2003b). Em Cincinatti (estado de Ohio), em 1917, um programa municipal englobou a saúde comunitária e o serviço social em um projeto de “*social unit organizations*”. Essas unidades sociais compreendiam um conselho de cidadãos e um conselho profissional, atuando em conjunto com moradores, agrupados em zonas residenciais ou “*blocks*”. Os profissionais, por sua vez, formavam subgrupos de médicos, enfermeiras e assistentes sociais (Rosen, 1974, p. 314; Castro Santos; Faria, 2003b). Ora, a própria ciência social formulada desde então na Universidade de Chicago – esta, um dos projetos mais caros a John D. Rockefeller ainda em 1887¹⁸ – trazia a

marca do interesse pelo desenvolvimento das comunidades locais e do trabalho profissional.¹⁹ Esse ambiente cultural permeava os princípios e propostas de atuação da Fundação Rockefeller no exterior.²⁰ Só muito mais tarde, sob o impacto da Guerra Fria, os dirigentes da fundação preferiram imprimir um rumo muito mais “técnico” aos programas no exterior (a própria saúde pública perderá espaço entre as prioridades de cooperação institucional), justamente porque, a nosso ver, é a partir da Segunda Guerra que a fundação passa a nutrir um interesse politicamente conservador pelos países em que atuava. Em parte, a escolha de objetivos mais “científicos” (como revelava o apoio às ciências naturais) permitiria excluir campos de atuação mais permeáveis à politização das esquerdas ou ao debate sobre reformas sociais. Tanto aquela politização incipiente como os primeiros debates relacionavam-se a um ambiente de idéias reformistas da Primeira República bem anterior ao chamado “sanitarismo desenvolvimentista” que brotaria, em outro contexto político, depois da primeira Era Vargas.

Mas não teria havido traços comuns à experiência da Rockefeller no Brasil, anterior e posterior à década de 1940? Este é um ponto pouco esclarecido na literatura e que exige comentário. Com efeito, havia um elemento importante de profissionalização em todo o panorama de mudança, que operava como um componente “técnico” na concepção dos programas (ainda que esse aspecto técnico fosse mais visível em programas voltados para a agricultura ou para a genética, do que para a saúde pública).²¹ Esse elemento de profissionalização vai explicar a proposta da autonomia da saúde pública diante da medicina, isto é, sua independência institucional:

A escola ou instituto de higiene deve ter personalidade própria. Posto que intimamente relacionado com a universidade e escola de medicina, o instituto de higiene deve ser estabelecido em bases próprias e resguardar e acentuar sua própria personalidade como uma instituição à parte, devotada exclusivamente aos aspectos científicos e práticos da higiene. Deve possuir edifício próprio e corpo próprio de professores, com os meios necessários ao desenvolvimento do ensino e pesquisa.

Baseada nestes princípios, que nortearam a organização de escolas de saúde pública e institutos de higiene com “identidade institucional” própria em todo o mundo, a Rockefeller assegurou assistência financeira a vários países, entre eles o Brasil. O Instituto de Higiene de São Paulo foi a segunda instituição a receber auxílio da fundação, tendo sido precedido apenas pela Universidade Johns Hopkins, e o primeiro órgão da Faculdade de Medicina e Cirurgia a dispor de regime de tempo integral para pesquisa e docência. Geraldo Horácio

de Paula Souza – um dos principais interlocutores da Fundação Rockefeller em São Paulo – foi o responsável pela introdução da dedicação integral nos serviços de saúde pública no Brasil. Nas suas palavras,

assim podemos afirmar que desde 1917 [...] o governo de São Paulo, em colaboração com a Fundação Rockefeller, lançou na Faculdade de Medicina as bases de uma futura escola de saúde pública. (Paula Souza, 1948, p. 33)²²

A difusão do modelo da Rockefeller no Brasil

Em geral, a literatura sociológica existente sobre o tema, no Brasil e no exterior, apresenta uma visão simplista do papel desempenhado pelas missões médico-sanitárias estrangeiras. Shula Marks colocou há alguns anos a questão certa ao indagar: “O que é colonial na medicina nas colônias?” (Marks, 1997). As respostas deveriam ser tanto mais variadas quanto mais aprofundada a análise de casos concretos de domínio e dependência entre colônia e metrópole, entre centro e periferia. Não é, no entanto, o que nos apresenta o “estado da arte” sobre o tema, que sem exagero se classificaria como repetitivo e propenso a rotulações. Ora, no caso brasileiro e latino-americano, de modo geral, precisamos atentar não somente para as formações históricas distintas do cenário africano ou asiático, mas, especialmente, para a existência de tradições médicas européias mais antigas – desde a Conquista – do que a dominação ocidental na África ou na Ásia. Essas tradições européias já arraigadas permitiam às burocracias estatais na área da saúde, particularmente após 1920, tirar proveito da presença estrangeira, ou ampliar as margens de atuação independente diante das missões Rockefeller no Brasil, ou da assistência técnica do *Institute of Inter-American Affairs* (IIAA), criado durante o governo Roosevelt. Essas missões não foram, por isso mesmo, políticas de “colonização de corpos e mentes”, como sustentam alguns estudos em relação ao cenário africano ou asiático, nem criaram ideologias discriminadoras de gênero, raça ou classe.²³ Quando as oligarquias brasileiras abriam pequenas brechas à penetração do ideário nacionalista do “saneamento dos sertões”, assistiu-se a parcerias entre as missões estrangeiras e setores dos aparelhos de Estado nacional. A própria adoção de campanhas sanitárias, de um alto padrão de ensino médico em São Paulo e da enfermagem no Brasil não foi fruto de decisões impostas aos políticos e dirigentes do DNSP, ou à elite médica paulista, mas resultou de decisões nacionais e acordos “negociados” com as missões norte-americanas.²⁴

O que significou, nessa época, a difusão das atividades campanhistas? O campanhismo ainda é visto por muitos estudiosos como mera estratégia policial, e

teve de fato tal caráter no início do século. As campanhas antivariolíticas e anti-marflicas encetadas pela Diretoria-Geral de Saúde Pública e planejadas por Oswaldo Cruz tinham estreita vinculação com as antigas concepções alemãs de “polícia médica”. No entanto, as campanhas tiveram mais tarde um outro recorte: mantiveram as características de hierarquização – ou seja, eram planejadas do “centro de decisões nacional” para a “periferia” – mas perderam seu caráter policialesco de outros tempos.²⁵ Nem se poderá dizer, salvo por uma inadequada redução sociológica, que as campanhas envolvendo “guardas” sanitários, “brigadas” de médicos e visitadoras tinham um caráter “militar”.²⁶ O próprio caráter de *mobilização social* do campanhismo – a saúde pública como ideologia de construção nacional – não escapou aos governantes de períodos subseqüentes (Paiva, 2004), ainda que deixasse de ser uma prioridade política durante a etapa mais técnica das reformas, que se inaugura no pós-30. Cabe à historiografia superar interpretações esquemáticas sobre o campanhismo sanitário (Castro Santos; Faria, 2003a, p. 173-174), particularmente quanto ao papel dos aparelhos de Estado e das missões estrangeiras na montagem das campanhas.²⁷

Note-se que a primeira comissão médica da Rockefeller que chegou ao Brasil, em 1915 (composta por William Welch e Wickliffe Rose, autores do parecer discutido anteriormente), sequer havia contemplado a possibilidade de campanhas sanitárias no país. Entretanto, ao identificar áreas de atuação e coletar informações sobre as condições favoráveis ao combate das doenças infecciosas, como a malária, a febre amarela e, principalmente, a ancilostomíase, a questão das campanhas logo se colocou. No tocante à educação, o objetivo era incentivar uma frente de apoio à pesquisa científica e ao ensino médico na área de higiene. Este primeiro contato abriu caminho para a entrada de médicos e sanitaristas norte-americanos da Rockefeller no Brasil. A partir daí, as relações entre o Brasil e a Rockefeller se aprofundaram (Marinho 1993; Faria, 1995).²⁸

A Rockefeller incentivou a criação de algumas faculdades de medicina e de laboratórios de ponta, fortaleceu a Escola de Medicina da Universidade de Havana e apoiou pesquisas no campo da fisiologia no Peru e na Argentina. O resultado foi o desenvolvimento de um trabalho científico de alta qualidade nesses países (Cueto, 1994). Mas deu-se no Brasil, talvez, o resultado mais importante dessa política de incentivo ao ensino médico, como sugerem o apoio à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e, em especial, a criação do Instituto de Higiene naquela faculdade. Após o ano de 1918 – quando foi criado o Instituto de Higiene – a Fundação Rockefeller imprimiu àquelas instituições sua orientação pedagógica, marcada por critérios universalistas,²⁹ dedicação integral dos professores encarregados das disciplinas

básicas, redução do número de vagas para estudantes, ênfase na pesquisa e na publicação, criação de grupos ou núcleos de pesquisa em oposição ao trabalho individualizado (isto é, estímulo à formação de tradições ou “escolas”), definição de padrões técnicos de trabalho para a enfermagem hospitalar e de saúde pública e difusão de um enfoque operacional para a organização das campanhas sanitárias. Em duas palavras, ênfase no profissionalismo e no espírito burocrático, por oposição a uma racionalidade tradicionalista e um padrão de trabalho artesanal em ciência. Não será demais insistir que vários desses elementos pedagógicos e de caráter organizatório estavam presentes em Manguinhos, particularmente após a “metamorfose” ocorrida por volta de 1908, e que consagrou “uma instituição plenamente integrada no mundo competitivo da ciência” (Benchimol; Teixeira, 1993, p. 37).³⁰ O que a Rockefeller propiciou, em São Paulo, foi estender tal metamorfose ao ensino médico e, mais tarde, ao ensino da enfermagem (neste caso, não apenas em São Paulo, mas também no Rio de Janeiro).

O Instituto de Higiene foi a primeira instituição no Brasil a dispor de regime de tempo integral para pesquisa e docência. O novo regime garantiu que as disciplinas se estruturassem em departamentos com ênfase no trabalho de laboratório, “institucionalizando pela primeira vez numa escola superior do país, a figura do pesquisador em dedicação exclusiva à pesquisa e docência”. Estes dois aspectos constituíram o cerne da proposta higienista-educacional da Fundação Rockefeller (Marinho, 1993, p. 72).

No tocante à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, um documento importante produzido por Richard Mills Pearce,³¹ responsável pela crescente influência da Rockefeller junto aos dirigentes paulistas, fornece a diretriz geral da concepção dos norte-americanos. Esse documento foi, segundo Marinho (1993), a base em torno da qual a faculdade formulou mais tarde a reorganização da estrutura de ensino e pesquisa.³² Em linhas gerais, o documento de Pearce propunha quatro alterações básicas para o regulamento da Faculdade de Medicina. Em primeiro lugar, sugeria que todos os departamentos ficassem reunidos em um único local, dando ênfase ao trabalho de laboratório. Outra alteração seria a instalação de mais cinco prédios para laboratórios de anatomia, fisiologia, química, patologia e higiene. Recomendava, ainda, a limitação do número de estudantes na composição de cada classe – o *numerus clausus*, considerado um requisito para o ensino e o trabalho laboratorial de qualidade – e dedicação integral ao ensino e pesquisa, não podendo o “investigador científico” exercer a clínica ou trabalhos particulares.³³

A Faculdade de Medicina e Cirurgia e o Instituto de Higiene de São Paulo tornaram-se instituições de referência para a organização de outras escolas de

nível superior e institutos de higiene não só em São Paulo, mas em outros estados brasileiros. O vínculo estabelecido com a Fundação Rockefeller tornava-se, assim, um elemento importante na institucionalização do ensino na área da saúde em São Paulo. A política de concessão de bolsas de estudos para brasileiros, aos olhos dos dirigentes da fundação, foi um vetor das mudanças em várias áreas, e representou papel crucial no caso do ensino da Enfermagem de Saúde Pública no Rio de Janeiro e das educadoras sanitárias em São Paulo.

Política de concessão de bolsas de estudos

Em 1917, três “jovens promissores” brasileiros – Pinheiro Chagas, Geraldo Horácio de Paula Souza e Francisco Borges Vieira – receberam as primeiras bolsas de estudos da Fundação Rockefeller. Esses pesquisadores abriram caminho para outros pesquisadores brasileiros.³⁴

A documentação analisada neste trabalho permite-nos afirmar que a maior parte, senão a totalidade das bolsas de estudos custeadas pela Fundação Rockefeller, para aperfeiçoamento técnico e profissional, foi oferecida a médicos e sanitaristas que, posteriormente, ocupariam cargos de responsabilidade na administração dos serviços de saúde pública no país. Para a fundação, interessava “localizar ou preparar líderes habilitados para empreendimentos merecedores de atenção”.³⁵ O *International Health Board* (IHB) procurava guiar-se por critérios universalistas de mérito na seleção dos candidatos a bolsas de estudos, fugindo à influência de favoritismos:

Duas questões apresentam-se com relação à concessão de bolsas para cada candidato [...]. A primeira refere-se ao campo de estudo selecionado pelo candidato, se se trata de um campo importante neste momento; e se a posição que o candidato irá ocupar ao retornar ao Brasil terá suficiente autoridade e influência para justificar os gastos da Junta Internacional de Saúde [...]. O IHB pode tomar uma decisão a este respeito facilmente [...]. A segunda questão refere-se à aptidão pessoal do candidato e nisso, parece-me, a Junta deve guiar-se pela opinião daqueles entre nós que estão no Brasil e estão completamente desinteressados no assunto [...]. Eu chegaria a dizer que os documentos escritos [cartas de recomendação] que um candidato pode reunir deveriam receber pouca atenção mesmo quando provenientes das mais altas fontes.³⁶

As palavras citadas acima, de autoria do diretor regional da Rockefeller no Brasil entre 1916 e 1923, Lewis Wendell Hackett, ilustram a tentativa de estabelecer critérios universalistas e a desconfiança diante de cartas dos chamados figurões políticos, ou “altas fontes”. É

importante considerar, no entanto, que a seleção destes profissionais era feita em parceria com sanitaristas e médicos brasileiros. Em carta enviada a Wickliffe Rose, Hackett comunica que solicitou a Carlos Chagas – na época, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública – a indicação de no mínimo dois profissionais “promissores” para receberem bolsas de estudos para o curso de Higiene na Faculdade Johns Hopkins.³⁷

*O bolsista típico da Fundação Rockefeller mora num país estrangeiro, [...]. Terminou seu treinamento formal e recebeu os títulos universitários usuais. Trabalha numa universidade, num instituto de pesquisas, ou no governo. Geralmente seu nome é indicado a um funcionário da Fundação pela instituição onde ele trabalha; não se procura encorajar a apresentação direta de candidaturas a bolsas. Frequentemente, o funcionário da Fundação é informado a respeito dele durante uma visita à respectiva instituição.*³⁸

A enfermagem no Rio de Janeiro

Outra consequência direta do interesse no ensino das ciências médicas e da saúde foi o apoio à estruturação do campo da enfermagem, que marcou uma nova fase no Brasil. A política de concessão de bolsas logo se ampliou para a área de enfermagem de saúde pública, considerada uma pedra-de-toque da educação sanitária nos países assistidos pela fundação. Daí resultou o auxílio pedagógico, financeiro e técnico para a criação, em 1923, da Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro – uma instituição-modelo para todo o país, sintonizada com os serviços sanitários do DNSP.³⁹

A cooperação do IHB com o Departamento Nacional de Saúde Pública, buscando iniciar um serviço de enfermagem no país, iniciou-se em 1921. Plácido Barbosa – médico do DNSP – foi responsável pelos primeiros contatos com a Fundação Rockefeller. Plácido Barbosa organizou cursos de treinamento de enfermeiras visitantes no Rio de Janeiro, tendo trazido profissionais norte-americanas, contratadas pela Rockefeller, para ministrar os cursos práticos e teóricos, de enfermagem hospitalar e de saúde pública.

Em maio desse mesmo ano, Carlos Chagas – que, como chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública, teria nos dias de hoje um *status* ministerial – viajou aos Estados Unidos e formalmente solicitou o apoio do IHB à implantação do serviço de enfermagem. Dois meses depois, o IHB anuiu à solicitação e indicou Ethel S. Parsons, enfermeira-chefe da Divisão de Higiene Infantil e Enfermagem de Saúde Pública do Estado do Texas, nos Estados Unidos, para realizar um levantamento da situação da enfermagem e implementar

o serviço no país.⁴⁰ A Rockefeller criou uma Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, para levar adiante as reformas necessárias à implantação do serviço.

*Reconheceu-se, com toda a razão, que as condições locais teriam grande influência na forma da organização da enfermagem de saúde pública, pois que em qualquer comunidade torna-se sempre necessária uma certa adaptação aos seus métodos de ensino.*⁴¹

Ethel Parsons apresentou ao IHB um minucioso relatório no qual lamentava a inexistência de cursos ou instituições adequados para treinamento das enfermeiras. Segundo ela, o curso ministrado no DNSP “era totalmente teórico, e incluía quase todos os assuntos da área médica – mas não incluía nada sobre enfermagem ou serviço social”.⁴² A “Missão Parsons” – como ficou conhecida no Brasil – contou com o apoio de enfermeiras norte-americanas que permaneceram no país durante quase dez anos (1921-1931). A experiência do ensino da enfermagem era bem diferente do que ocorria na área do ensino médico, cujas tradições remontavam à época colonial. Partia-se, a rigor, de um marco zero, na enfermagem de saúde pública. Daí ser possível afirmar-se, como sugerem Franco Santos e Barreira, que a missão tinha objetivos claros, de difundir um padrão de ensino (Franco Santos; Barreira, 1999).⁴³ A proposta norte-americana, nesse sentido, trazia marcas de clara dessemelhança em relação à matriz inglesa. Em primeiro lugar, as visitadoras norte-americanas tinham uma identidade profissional bastante forte e independente, que redundou na criação, em 1912, da *National Organization for Public Health Nursing* (Buhler-Wilkerson, 1983).⁴⁴ Na Inglaterra, as primeiras organizações não congregavam apenas enfermeiras, mas também médicos e administradores hospitalares. Em segundo lugar, a própria formação da enfermagem dava ênfase ao trabalho na comunidade, diferentemente da ênfase hospitalar na Grã-Bretanha. Em terceiro lugar, a legislação não era centralizada com base em decretos e dispositivos federais, como no caso inglês, mas resultava – como ocorria com outras profissões – de leis estaduais. Em quarto lugar, as “diferenças sociais” de *status* não eram tão valorizadas como na Inglaterra (Davies, 1983).⁴⁵ Tais diferenças teriam um impacto e gerariam tensões para a atuação das enfermeiras norte-americanas no Brasil. Pois o que a Missão Parsons aqui encontrou seria um ambiente muito mais consentâneo com a “tradição inglesa”: a ênfase na legislação de cunho federal, uniformizadora; e a predominância, numa sociedade hierárquica como a brasileira, de critérios discriminadores e não-democráticos, para a seleção das primeiras turmas de enfermeiras que comporiam a elite profissional.

Os anos que se seguiram tomaram o rumo previsto pelas palavras de Miss Parsons: “as condições locais teriam grande influência na forma da organização da enfermagem de saúde pública”. A ação do governo federal teve um caráter demarcador dos espaços e funções da nova profissão. O serviço de enfermeiras, criado por Carlos Chagas, ficou sob a direção das profissionais norte-americanas, que manobram dentro do espaço político do DNSP para promover o que já se chamou, em outro contexto, de “estratégia de profissionalismo” (Davies, 1983). Com efeito, Tânia Franco Santos e Ieda de Alencar Barreira apontam precisamente nessa direção, ao indicar que a missão norte-americana contrariava os próprios interesses de médicos do DNSP, “que apenas desejavam resolver os problemas mais prementes de sua prática cotidiana” (Franco Santos; Barreira, 1999, p. 19). As enfermeiras da Rockefeller atuaram como professoras das enfermeiras visitantes, cuidando do ensino, da organização e do aperfeiçoamento profissional. Ethel Parsons chamava a atenção para o fato de que o Brasil era o primeiro país a criar um serviço de enfermagem em um departamento de saúde nacional. Nesta época, era comum a criação deste tipo de serviço em departamentos estaduais.⁴⁶

Em 19 de fevereiro de 1923, com recursos da Fundação Rockefeller, o DNSP criou uma escola de enfermeiras, subordinada ao serviço de enfermagem, em instalações anexas ao Hospital Geral São Francisco de Assis (Franco Santos; Barreira, 1999, p. 20; Silva Júnior, 2000, p. 70). A Escola de Enfermeiras oferecia curso de internato por um período de dois anos e quatro meses e dava ênfase à enfermagem de saúde pública. A enfermagem em saúde pública assumiu um papel de destaque no projeto sanitário do DNSP, pois permitia atividades tanto urbanas como rurais, atendia às necessidades dos cuidados preventivos e tornava possível a oferta de profissionais de formação mais diversificada para a criação de novas escolas no país. Um estudioso já assinalou a aparente contradição entre a proposta de uma Escola de Enfermagem para a Saúde Pública e a exigência de que as residentes se dedicassem intensamente ao trabalho no Hospital São Francisco de Assis (Silva Júnior, 2000, p. 73).⁴⁷ Tratava-se, no entanto, de uma concepção baseada nas necessidades de formar uma profissional completa, apta para atuar nas várias frentes que se abriam para os cuidados da saúde no Brasil. O exame da correspondência entre as responsáveis pelas bolsistas brasileiras (e de outros países) no *Teachers College*, no Hospital Geral de Filadélfia e na Universidade de Toronto, indica a preocupação da Rockefeller em evitar a formação de “profissionais de meia-identidade”, que seriam, a rigor, um impeditivo à própria legitimidade da nova profissão.⁴⁸ Não foi outro o traço profundo, deixado pelo Relatório Goldmark,

publicado, aliás, no mesmo ano em que se criava, no Brasil, a instituição que viria a se denominar Escola Anna Nery.⁴⁹ Os relatores designados para avaliar e propor parâmetros para a enfermagem moderna – leia-se, os requisitos para sua *profissionalização* – identificavam dois tipos distintos de práticas de enfermagem de saúde pública nos EUA: um, no qual a enfermeira dedicava-se unicamente aos ensinamentos de higiene; outro, no qual esta atividade aparecia combinada ao tratamento da doença em hospitais (Silva Júnior, 2003). Uma terceira variante constituía, segundo os relatores, uma distorção da atividade de enfermagem: era aquela em que o cuidado hospitalar se estabelecia sem educação sanitária. Salta aos olhos do observador o fato de que a enfermagem hospitalar dos tempos atuais poderia ser classificada na terceira variante, ou seja, uma distorção da atividade profissional. Assim resume Osnir Claudiano da Silva Júnior a proposta do Relatório Goldmark para a formação, que se poderia denominar integral, das novas profissionais:

O trabalho de enfermagem prioritariamente educativo, sem atividade à beira do leito, mostrava mazelas preocupantes. Em primeiro lugar, porque havia necessidade de se prover, nos distritos [sanitários], ações educativas e assistenciais hospitalares; e o Comitê insistia que essas duas atividades deveriam ser exercidas por enfermeiras; não sendo delegadas a agentes externos à Enfermagem. Em segundo lugar porque o trabalhador do campo, que ministrava educação em saúde sem oferecer cuidado de enfermagem curativa, estaria destituído do contato que daria, aos préstimos de enfermagem, as virtudes advindas do exercício à beira do leito. A enfermeira que aborda uma família onde a doença existe e dispensa cuidados para a cura desta doença, tem grande vantagem sobre outro profissional que apenas ministra noções de higiene. Assim, um número adequado de enfermeiras por unidades de população deve prover um serviço combinado de educação e cuidados. (Silva Júnior, 2003, p. 14-15)

Note-se no Brasil, a estreita relação entre as novas propostas de ensino para a enfermagem e as conclusões emanadas do Relatório Goldmark. Os cursos oferecidos na Escola Anna Nery – em 1926, por decreto presidencial, a Escola de Enfermeiras passou a chamar-se Escola Anna Nery – obedeceram a um currículo baseado nas necessidades de saúde pública e hospitalares (Parsons, 1997 [1927]):

O fim principal da escola era ensinar a arte de enfermagem de saúde pública às moças de boa educação e com uma boa base social, a fim de prepará-las para contribuir eficientemente ao desenvolvimento da medicina preventiva no Brasil. Porém, havia também a

*necessidade de cuidados técnicos aos doentes em hospitais e em domicílio, e os pedidos de se estabelecerem escolas em outras cidades do Brasil [...].*⁵⁰

O aspecto social do contato com as famílias e, particularmente, o cuidado materno-infantil, era um elemento importante na formação das enfermeiras. Deve-se frisar a “idéia-força” do profissionalismo, na proposta norte-americana, lembrando novamente as noções discutidas por Celia Davies (Davies, 1983). A Missão Parsons considerava transitórios os “cursos de emergência” oferecidos, no Rio de Janeiro, com o intuito de transmitir experiência prática às visitadoras. Estas visitadoras de higiene seriam substituídas, gradativamente, por enfermeiras graduadas pelo DNSP. Diferentemente da tradição da enfermagem norte-americana, a busca de mulheres “de berço”, de famílias tradicionais, para as primeiras turmas da escola ligada ao serviço de enfermeiras, que Carlos Chagas criara, ganharia a preocupação dos dirigentes brasileiros. Não era um critério absoluto. Basta o exame das fichas biográficas das bolsistas no exterior para constatarmos que havia moças de famílias mais humildes, igualmente (*Biography Files, Rockefeller Archive Center*). Mas a nós nos parece que havia uma atitude refletida por parte dos dirigentes brasileiros, entre eles Carlos Chagas e Plácido Barbosa: numa sociedade profundamente hierarquizada como a do Brasil de 1920, uma profissão só teria condições de legitimar-se se contasse com membros das elites.⁵¹ Outro ponto que se apresentava mais forte no Brasil do que nos Estados Unidos era a ênfase na piedade cristã. A visão do *profissionalismo* teria forçosamente um contraponto no apelo religioso. Não por acaso, o manifesto lançado “à moça brasileira”, elaborado a quatro mãos – por Chagas e Ethel Parsons – colocava em segundo plano as preocupações com a criação de novas profissionais e, significativamente, dava ênfase ao aspecto religioso da benemerência da Rockefeller, sobre a qual deveriam recair as bênçãos de todos os povos por ela assistidos etc.⁵² Numa nação católica como o Brasil, o protestantismo norte-americano poderia soar como um obstáculo para a formação religiosa das moças e Chagas não hesitaria em colocar o sentimento de piedade cristã acima de quaisquer cismas ou divergências ao proclamar o novo curso, tal como se segue:

Organizando o Serviço de Enfermeiras no Brasil, de acordo com os modernos moldes adotados em outros países cultos, o Departamento Nacional de Saúde Pública mereceu o apoio decisivo da Fundação Rockefeller, instituto de benemerência sobre o qual recaem, desde muito, as bênçãos de todos os povos. Esperamos que essa iniciativa seja coroada de todo êxito, e, temos a convicção de haver assim atendido aos mais relevantes interesses

*da pátria, de haver atuado em nome dos mais elevados sentimentos de amor e de piedade cristã.*⁵³

Na prática, o profissionalismo iria prevalecer, como a análise das disciplinas teóricas e práticas ministradas na Anna Nery desde os primeiros tempos nos revela. Será esquemático e, por isso, inaceitável, descaracterizar-se a formação multidisciplinar que havia na Anna Nery, computando-se como de “saúde pública” apenas os cursos preventivos e classificando-se como “hospitalocêntricos” (Rizzotto, 1999, p. 61-70, dentre outros) os cursos que tinham, a nosso ver, enorme relevância para o trabalho das visitadoras, bem como da enfermagem, nos postos e centros de saúde e campanhas sanitárias. Disciplinas como “doenças mentais e nervosas”, “doenças de crianças e latentes”, “ouvido, nariz, garganta e olhos” (da turma de 1923) e novas disciplinas, como “moléstias transmissíveis”, “doenças venéreas” e “higiene infantil”, “psicologia”, “ética da enfermagem” e “história da enfermagem” (turma de 1926)⁵⁴ eram importantes para conformar um padrão *universalista*, que tanto permitiria à profissional capacitar-se para o atendimento hospitalar, como se equipar para o trabalho num centro de saúde ou integrar uma campanha sanitária contra a ancilostomíase. Veja-se o caso do tratamento do tracoma, para ilustrar os senões de uma classificação esquemática: nos idos de 1920, a enfermeira com bom desempenho na disciplina sobre “doenças da vista”, além de se capacitar para o trabalho numa enfermaria de hospital, teria condições para cuidar de um adulto ou de uma criança tracomatosa como enfermeira de saúde pública, num posto de saneamento rural ou num posto de saúde urbano. A formação das primeiras turmas atendia plenamente às necessidades da saúde pública e não havia, nesse sentido, “intenções veladas”, nos currículos das novas profissionais, de atender apenas a uma minoria ou a uma elite. Ao invés de procurarmos intenções “ocultas” do DNSP ou da Missão Parsons, cumpre-nos avaliar as condições históricas do período, que impunham aos sanitaristas e às primeiras lideranças da enfermagem no Brasil margens estreitas de negociação política e institucional. Não houve um direcionamento da “enfermeira-ananéri” para o campo hospitalar por parte dos dirigentes da saúde pública no Brasil e do IHB. Se um percentual reduzido das diplomadas se direcionava para postos de trabalho na área preventiva, como bem salientou Rizzotto (1999, p. 38), isto não se devia a razões intrínsecas (por exemplo, à formação curricular), mas antes a fatores macrosociológicos e históricos: em primeiro lugar, a força ideológica que teve o sanitarismo – particularmente o sanitarismo rural – ao longo da década de 1920 não chegou a traduzir-se em políticas públicas eficazes, ou em uma política de saúde nacional, que promovessem a criação de um amplo

mercado de trabalho para o setor. Como já discutimos em outro trabalho (Castro Santos, 1985), o início da Era Vargas anunciava outras bandeiras, outras ideologias de mudança. Em segundo lugar, a sociedade urbano-industrial em formação, ao mesmo tempo em que favorecia o surgimento de demandas pela assistência médica hospitalar em grandes centros como a capital federal e São Paulo, também permitia a cristalização de fortes interesses corporativos no interior da burocracia civil, que pressionava pela criação de hospitais públicos de qualidade. Num jogo político de “soma zero”, pouco sobrava para a saúde pública, na disputa dos sanitaristas com a burocracia civil e as classes médias urbanas, interessadas no avanço do setor hospitalar.

Note-se que Geraldo Horácio de Paula Souza intuiu sensivelmente esse quadro político no país, ao propugnar pela criação de um curso de educadoras sanitárias em São Paulo, ainda na década de 20, ao invés de lutar por uma escola de enfermagem. A formação básica que recebiam as normalistas em matérias de saúde pública não as qualificaria para a prática hospitalar e, nesse sentido, não haveria como a demanda por pessoal qualificado, por parte dos hospitais paulistanos, “cooptar” as novas profissionais e dificultar o trabalho de educação sanitária da população.

A educação sanitária e a enfermagem em São Paulo

Os esforços iniciais no Rio de Janeiro resultaram num primeiro transplante – e, ao mesmo tempo, nas primeiras adaptações no projeto inicial – na cidade de São Paulo. Em 1925, era criado o Curso de Educação Sanitária, destinado a transformar professoras primárias em agentes comunitárias. Diferentemente do Rio de Janeiro, a educação sanitária não envolvia a formação de enfermeiras diplomadas, mas conferia às “visitadoras” um papel central nas atividades de saúde pública no estado de São Paulo. O objetivo era divulgar entre a população carente noções e conceitos de higiene, formando uma *consciência sanitária*. Nessa fase, o aspecto do campanhismo policial (como herança da *polícia médica* alemã) cede lugar à preocupação com a formação de uma *consciência sanitária*, construída de modo muito mais democrático do que frequentemente se supõe, cuja visão renovadora, pode-se dizer, está na ênfase na saúde como um processo cívico-pedagógico. Não que se desconsiderassem os aspectos a que hoje chamamos de saneamento básico. A Rockefeller, deve notar-se, forneceu bolsas para engenheiros sanitaristas brasileiros no exterior, durante a década de 1920,⁵⁵ ainda que julgasse a montagem de rede de esgotos e de abastecimento d’água uma atribuição dos governos de cada país. Mas salientava sua importância decisiva, em conjunto com a educação sanitária.⁵⁶ E não era outra a preocupação dos higienistas, em São Paulo ou em outros

centros do país. Não fosse assim, os projetos conduzidos pelo engenheiro Saturnino de Brito em dezenas de centros urbanos, desde os primeiros anos da República, para instalação e expansão de sistemas de água e esgotos, não teriam tido a relevância que conquistaram nas políticas de saúde do período (Castro Santos; Faria, 2003a). Por outro lado, longe de “culpabilizar” as famílias pelos males, infecções e epidemias, a consciência sanitária preconizada pelo programa paulista, com a parceria da Rockefeller, abria as portas para a politização (vide o exemplo da conduta, como higienista, de um Samuel Pessoa) e para a democratização dos conhecimentos sobre saúde. Nas palavras de Geraldo Horácio de Paula Souza e Francisco Borges Vieira:

A técnica evoluiu. À higiene do meio, sem dúvida, importante, agregou-se a necessidade de se atender à higiene dos indivíduos, esta reconhecida como da mais alta valia. O problema deslocou-se da ordem “policial” como expressão máxima, para a ordem “educativa” a substituir-lhe em importância. (Paula Souza; Borges Vieira, 1948, p. 34)

Na retórica de modernização da época, um reducionismo biológico – ou uma biologia social – era inquestionável. Daí o freqüente recurso, dos sanitaristas e educadores de modo geral, à metáfora da “raça”, aos ideais da “regeneração física, intelectual e moral” etc. (Rocha, 2003, p. 153-164). Salvo se o próprio leitor se deixar levar por outro tipo de reducionismo, aquelas metáforas, a nosso ver, devem ser contextualizadas historicamente e lidas como indicadores da preocupação com a formação de “cidadãos eficientes da democracia” (Rocha, p. 163).⁵⁷ Essa tônica do movimento sanitário em São Paulo, que uniu os temas da educação cívica e da higiene à construção da nacionalidade, justifica a alusão de seus militantes, a exemplo de Paula Souza e Borges Vieira, ao “pioneirismo paulista” do curso de educadoras.⁵⁸ Essa noção de “invenção genuinamente paulista”, conquanto defensável sob o ponto de vista da inserção da saúde na agenda nacionalista, foi corretamente matizada no estudo de Heloísa Helena Pimenta Rocha, ao destacar a ação das visitadoras domiciliárias do DNSP, na capital federal, na mesma época em que o instituto se lançava à realização do curso para as educadoras. Além disso, Paula Souza não desconhecia a própria experiência norte-americana com as enfermeiras visitadoras. (Lembramos aqui, como apontamos anteriormente, que as enfermeiras de saúde pública já contavam, desde 1912, nos Estados Unidos, com uma associação de âmbito nacional, o que indica sua presença ativa no movimento sanitário daquele país). Mas acreditamos que Paula Souza e Borges Vieira não exageravam ao salientar um aspecto importante dos cursos e atividades das educadoras sanitárias: o programa

não formava enfermeiras, mas educadoras; a “noção educativa”, antes que médica, constituía a base de suas identidades profissionais (Paula Souza; Borges Vieira, 1936, apud Rocha, 2003, p. 155).

O Curso de Educadoras Sanitárias, ministrado no Centro de Saúde Modelo,⁵⁹ anexo ao Instituto de Higiene de São Paulo, tinha duração de dezoito meses e procurava chamar a atenção para a importância da medicina preventiva em relação à curativa. Neste sentido, as aulas teóricas e práticas voltavam-se para a assistência educativa materno-infantil, além do atendimento a tuberculosos, portadores de doenças venéreas, imunização contra doenças transmissíveis, estudo das condições epidemiológicas – principalmente no que dizia respeito à malária, à ancilostomíase, às verminoses e ao tracoma –, exames médicos periódicos, tratamento dos focos, melhoria das condições sanitárias em geral e análises laboratoriais. A primeira turma de educadoras sanitárias do Instituto de Higiene formou-se em 1927. Alguns anos depois, o centro de saúde contava com um grupo de 21 agentes comunitárias. No início dos anos 30, a Fundação Rockefeller havia concedido cerca de 30 bolsas de estudos para as alunas do Curso de Educadoras Sanitárias para estágios nos Estados Unidos.⁶⁰ O curso teve grandes percalços, desde a implantação da Escola de Enfermagem na Universidade de São Paulo, em outubro de 1942.⁶¹ Questões de identidade profissional, competência técnica e hierarquia logo aconteceram, e relatórios e pareceres de especialistas frisavam que o “futuro” da boa educadora sanitária seria completar sua formação e tornar-se uma enfermeira diplomada.⁶² A liderança profissional das enfermeiras diplomadas logo se firmaria diante das educadoras que, a partir de 1967, passaram a ser formadas em um novo curso, de “educação em saúde pública”⁶³ (Candeias, 1984).

O panorama paulista, a partir dessa época e por várias décadas, revelaria uma dialética muito própria, alternando a ênfase na formação de “educadoras sanitárias” no Centro de Saúde do Instituto de Higiene (a partir de 1925) com a atenção à enfermagem hospitalar, mediante a criação da Escola de Enfermagem, quase vinte anos depois, em 1942. No entanto, em que pese a preocupação política dos governos nacionais e estaduais com o atendimento público hospitalar, a dialética paulista entre “hospital *versus* saúde pública” ainda se revelaria a favor desta última, com o funcionamento do serviço de enfermagem, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública – antigo Instituto de Higiene – da Universidade de São Paulo, também durante a década de 40. Este serviço de formação e atendimento no campo da saúde pública se dava a partir do centro de saúde, anexo à faculdade, em que as educadoras sanitárias continuavam a ter papel de destaque. Era ali que as enfermeiras formadas na nova Escola de Enfermagem da USP, bem como as

diplomadas em outros centros do país, recebiam o treinamento em saúde pública urbana e rural. Se no curso de educadoras foi a Fundação Rockefeller a parceira do governo paulista, na década de 40 o apoio ao Curso de Enfermagem e à Faculdade de Higiene e Saúde Pública partiu do IIAA, órgão do Departamento de Estado norte-americano.⁶⁴ Voltaremos a esse tópico mais adiante.

A criação de uma escola de enfermagem em São Paulo, portanto, só se daria duas décadas depois da Anna Nery. Como operava sempre dentro do critério de “efeito de demonstração”, a Rockefeller não estaria disposta a apoiar decisivamente a criação de outra escola de enfermagem no Brasil. Com efeito, essa idéia frutificou em São Paulo no início da década de 1940 sob outro patrocínio, e a Rockefeller contribuiu para o empreendimento como parceira menor, concedendo bolsas para estágio nos Estados Unidos e Canadá, financiando a montagem de biblioteca e a aquisição de equipamentos para aulas de laboratório.⁶⁵ A documentação existente no *Rockefeller Archive Center*, arquivo histórico da *Rockefeller University*, corrobora o que a literatura nacional já apontou – os problemas enfrentados pela enfermagem de saúde pública na capital federal durante os anos 40 (Barreira, 1992, p. 43, 53)⁶⁶ –, mas acrescenta um dado precioso: uma antiga bolsista da Rockefeller, “dona Laís” (Laís Moura Netto dos Reys), diretora da Anna Nery, estaria conduzindo a instituição de modo desastroso.⁶⁷ A crise atravessada pela “menina dos olhos” do IHB na América Latina explicaria, a nosso ver, a aposta – ainda que modesta – no projeto paulista. A instituição-chave na montagem do projeto, desta feita, foi o Sesp, patrocinado pelo IIAA e pelo governo brasileiro.⁶⁸ Em março de 1942, os governos Roosevelt e Vargas assinaram, em Washington, um conjunto de trinta tratados de cooperação técnica, econômica e militar, que selavam a adesão brasileira aos aliados no conflito mundial. Um único acordo estipulava os termos de apoio à “saúde e saneamento” e da criação do Sesp (Campos, 2000, p. 201-202). O Sesp obteve autonomia financeira, organizacional e política diante do próprio Departamento de Saúde Pública do Ministério Capanema, na pasta de Educação e Saúde. João de Barros Barreto, chefe do departamento, não concordava com a excessiva autonomia do Sesp, mas teve de aceitá-la. Em virtude do menor peso representado pela saúde a partir da Era Vargas, Barros Barreto jamais obteve a força política que seu mais ilustre antecessor, Carlos Chagas, desfrutava no cenário político dos anos 20. Por outro lado, a noção de interesses “estratégicos” na criação do Sesp – conquanto uma hipótese ponderável (Campos, 2000) – dificilmente se sustenta no tocante à formação da enfermagem. Os interesses estratégicos concentravam-se no Vale do Rio Doce e especialmente na Amazônia, no combate à malária,

para tornar viável a produção de borracha para o mercado norte-americano. A criação da Escola de Enfermagem em São Paulo por certo atendia à necessidade de recursos humanos tanto na Amazônia como no Vale do Rio Doce, mas o projeto não se reduzia a interesses políticos ou estratégicos. Havia demandas bastante distintas no próprio estado de São Paulo, naquela época, por parte das elites políticas e dos dirigentes da saúde pública, que se fizeram ouvir pelos técnicos do IIAA; tais demandas relacionavam-se a interesses de saúde da população, ditados, por sua vez, pela expansão de centros urbanos como São Paulo e pela modernização capitalista no campo.⁶⁹

No período entre 1947 e 1951 o Sesp concedeu cerca de 40 bolsas de estudos para enfermeiras graduadas pela Escola de Enfermagem, para estágios pós-graduados em instituições norte-americanas. As universidades de Boston, Minnesota, Toronto e Colúmbia⁷⁰ foram as que mais receberam enfermeiras brasileiras nessa época, para cursos nas áreas de enfermagem de saúde pública, pediatria, psiquiatria e disciplinas de maior interesse hospitalar. Além das bolsas de estudos, o Sesp financiou passagens e diárias para congressos de enfermagem em vários países da América Latina e nos Estados Unidos. Dava-se, assim, continuidade ao programa de bolsas da década de 20. A Fundação Rockefeller, não obstante, continuava oferecendo bolsas de estudos.⁷¹

Conquanto a saúde pública fosse o móvel principal de atuação do Sesp, o apoio ao Curso de Enfermagem – marcadamente centrado no hospital – não fugia de todo à concepção inicial da Rockefeller (pois esta também previa o treinamento hospitalar), mas conferia à saúde pública um nível “pós-básico” de formação, a ser ministrado no Instituto de Higiene, durante quatro meses do último período do curso. Se de um lado o Hospital das Clínicas – inaugurado em 1944 – representou a instituição-chave para o treinamento das novas enfermeiras, de outro lado o Instituto de Higiene (leia-se Faculdade de Higiene e Saúde Pública, a partir de 1945) sairia fortalecido pelo apoio do Sesp e do IIAA ao serviço de enfermagem de saúde pública e à criação, no município paulista de Araraquara, de um centro de saúde com atendimento preferencial às áreas rurais – que seria o Serviço Especial de Saúde de Araraquara.⁷² As estudantes da Escola de Enfermagem passavam pelo treinamento de quatro meses em saúde pública “urbana” e “rural”, nos centros de saúde em São Paulo e em Araraquara. Uma consultora do IIAA/Sesp salientava algumas vantagens da iniciativa paulista: poucas escolas de enfermagem nos Estados Unidos, dizia ela, ministravam curso sobre doenças infecciosas, ou exigiam a formação teórica e prática em saúde pública “para todas as estudantes”. Afirmava, ainda, que os conteúdos da experiência de campo, em saúde pública urbana e rural e enfermagem psiquiátrica,

ultrapassavam o que era oferecido “pela maior parte das escolas de enfermagem em qualquer lugar do mundo”.⁷³

O regulamento para estágio no Serviço de Enfermagem da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, desde 1942, aconselhava que as enfermeiras tivessem cursado a Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina. O estágio cobria um período de dezesseis semanas, de 40 horas, e incluía aulas práticas e teóricas, com o objetivo de

*preparar pessoal e desenvolver recursos para instrução de enfermagem de saúde pública em nível pós-básico, incluindo a prática supervisionada em serviços de saúde pública urbanos e rurais.*⁷⁴

As enfermeiras recebiam aulas de bacteriologia, parasitologia, fisiologia aplicada à higiene, bioestatística, epidemiologia, técnica de visitas domiciliárias, higiene pré-natal, higiene infantil, higiene dental, higiene pessoal, higiene rural, higiene industrial, entre outros cursos. O programa abrangia ainda aulas sobre a organização do serviço de enfermagem e do Centro de Saúde Modelo. As aulas práticas incluíam técnicas de vacinação e atendimento à família, além de visitas domiciliárias com e sem supervisão, ensino em escolas de enfermagem e visitas a outros serviços sanitários. A Escola de Enfermagem ficava encarregada de fornecer todo o material necessário ao estágio das enfermeiras.⁷⁵ O Centro de Saúde Modelo funcionava como um campo de treinamento também para as alunas de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira em São Paulo e de outras escolas do Brasil, além de enfermeiras diplomadas de outros países da América Latina.

O “serviço de visitas domiciliárias”, realizado tanto pelas enfermeiras quanto pelas educadoras sanitárias no Centro de Saúde Modelo, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública,⁷⁶ baseava-se, principalmente, num cadastro de famílias. Em setembro de 1948, cerca de mil famílias, “incluindo os casos de pré-natal e com crianças”, estavam registradas no centro de saúde. Em fevereiro de 1950 esse número havia aumentado para cerca de 5.700 famílias.⁷⁷ Atribuía-se importância, no trabalho das visitadoras, à criação de oportunidades para “tornar a família mais capaz de enfrentar e resolver seus problemas”, o que indicava o caráter não-impositivo das visitas às famílias, que eram a preocupação fundamental do programa. Depois de cada visita, as educadoras e enfermeiras respondiam a um minucioso questionário onde relatavam as atividades realizadas nos domicílios.⁷⁸ Os interesses da visita tinham um caráter de estudo da comunidade (lembrando os *surveys* americanos), pois as visitadoras atentavam a aspectos sociológicos, tais como a organização familiar e a procedência geográfica – lembremo-nos de que as migrações internas para São Paulo já eram consideráveis –, o nível de instrução, o padrão habitacional, a “raça”, a religião e as fontes de renda.

MEMÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA*



* Fotos cedidas pelo Centro de Memória da Faculdade de Saúde Pública da USP e pelo Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, tiradas por Geraldo Horácio de Paula Souza nas décadas de 1930 e 1940.





Já aludimos ao contraponto – nem sempre harmônico – entre o serviço de enfermagem de saúde pública da Faculdade de Higiene, por um lado, e, por outro, a Escola de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Não resta dúvida de que esta escola, diferentemente da Anna Nery, não privilegiava a formação de enfermeiras de saúde pública. Criada por um programa de cooperação entre o Ministério da Educação e Saúde e o governo dos Estados Unidos, o projeto “NT-SPA-14”, que a regulamentou, foi coordenado pelo Sesp e pela Divisão de Saúde e Saneamento do IAA. Apesar de tantos nomes oficiais relacionados à saúde pública, a nova escola direcionava-se à atenção médica hospitalar. Estávamos na década de 40 e os “atores” estrangeiros envolvidos eram outros. Ainda assim, o IHB da Fundação Rockefeller teve alguma participação no projeto de criação da Escola de Enfermagem, como já adiantamos na seção anterior. Já foram mencionados a concessão de bolsas para estágio nos Estados Unidos e Canadá e o apoio à montagem de biblioteca e laboratório. Além disso, a atuação da enfermeira Mary Elizabeth Tennant, representante da Rockefeller para a área de enfermagem internacional, foi decisiva ao apontar o grupo inicial de brasileiras – “most experienced nurses”, assegurava o acordo – que iriam compor o corpo docente da escola, às quais se juntavam quatro diplomadas pela Universidade de Toronto.⁷⁹

Se acentuamos a importância da Escola de

Enfermagem da Faculdade de Medicina da USP, é porque os objetivos da formação teórica e prática jamais deixaram de lado a saúde pública, embora não a privilegiassem. O que se disse anteriormente sobre o Centro de Saúde Modelo e o Centro de Saúde Rural, em Araraquara, confirmam nosso ponto de vista. Já enfatizamos, por outro lado, as necessidades da formação urbano-industrial do país, que forçavam as elites dirigentes a desviar a atenção das áreas rurais para os problemas da população de metrópoles como São Paulo. A ênfase no treinamento hospitalar se inseria nesse contexto. Mas, frise-se, a preocupação com a profissionalização, o caráter por assim dizer múltiplo dessa formação, não fechava as portas para as necessidades da saúde pública, especialmente no tocante à prevenção e à promoção da saúde urbana e, ainda que em segundo plano, à saúde das populações rurais.

O programa da Escola de Enfermagem visava preparar a “verdadeira enfermeira profissional”, exigia conhecimentos técnicos e, embora fosse uma “arte” – ou por isso mesmo, segundo um folheto promocional –, não poderia prescindir do aprendizado sob bases científicas.⁸⁰ O curso abrangia um período de três anos, dividido em pré-clínico, júnior, intermediário e sênior. O primeiro segmento compreendia os seis meses iniciais do curso. Neste período, as estudantes passavam quase todo tempo nas salas de aula e nos laboratórios. Esta primeira fase era definitiva na vida das estudantes; “é ao terminar este período que se decide, após minucioso

estudo dos relatórios de aproveitamento teórico e prático, se a estudante tem, verdadeiramente, vocação para a profissão”. Nos outros períodos a estudante passava, então, a adquirir experiência prática nas enfermarias. No período sênior, recebia a formação teórica e prática em enfermagem de saúde pública, durante quatro meses, sob a responsabilidade do Serviço de Enfermagem da Faculdade de Higiene e Saúde Pública.

O acordo para a criação da Escola de Enfermagem, na Faculdade de Medicina, previa que atuasse em conjunto com o Hospital das Clínicas e com o Centro de Saúde Modelo, como campos de experiência para as estudantes de enfermagem. Mas era sobretudo nas enfermarias do Hospital das Clínicas, inaugurado oficialmente em abril de 1944, que as alunas recebiam a formação prática. Nessa época, o hospital tinha capacidade para 1.200 leitos, possuía enfermarias de clínica médica e cirúrgica, salas de operações, enfermarias de obstetrícia, ginecologia, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, doenças infectocontagiosas e traumatologia.⁸¹ No entanto, não era apenas o Centro de Saúde Modelo (e o Centro de Saúde Rural de Araraquara, após 1948) que ministrava conhecimentos em saúde pública, pois mesmo as enfermarias de doenças infectocontagiosas, no Hospital das Clínicas, colocavam as enfermeiras em contato com noções teóricas e práticas em saúde pública.

Não só na capital federal, mas também em São Paulo, foi indiscutível a vinculação da saúde pública com a formação da enfermagem profissional – em que pese o contexto político desfavorável, que operava em favor do crescimento hospitalar, especialmente após a Primeira República. Algumas figuras-chave da saúde pública e da enfermagem brasileira devem ser mencionadas, por terem avalizado aqueles vínculos. Nesse sentido, o perfil de Edith de Magalhães Fraenkel deve ser destacado, pois lembra a conhecida categorização mertoniana sobre profissionais catalisadores, capazes de formar, promover ou fazer avançar os profissionais e instituições a sua volta. Edith Fraenkel foi a primeira diretora da Escola de Enfermagem de São Paulo e talvez se possa dizer que foi uma das mais expressivas lideranças nacionais da enfermagem brasileira de seu tempo. A partir dos eventos decisivos em sua trajetória profissional, pode-se depreender o alcance e influência que exerceu no país. A primeira fase decisiva foi o período de estágio teórico e prático nos Estados Unidos, no Hospital Geral da Filadélfia, como bolsista da Fundação Rockefeller, entre 1922 e 1925. Ao retornar à capital federal (onde havia feito o curso de enfermagem da Cruz Vermelha e já se tornara supervisora do serviço de visitadoras do DNSP), desempenhou atividades docentes na recém-criada Escola Anna Nery e no Hospital São Francisco de Assis; nos anos 30, no ápice da segunda fase de sua

carreira, dirigiu a Divisão de Enfermagem de Saúde Pública e, posteriormente, o Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde do Ministério de Educação e Saúde. Em 1938, chefiava o Serviço de Enfermeiras da Prefeitura do Distrito Federal, na administração do interventor Henrique Dodsworth. Em 1940, representantes da Rockefeller a contataram, convidando-a a dirigir a nova escola de enfermagem, que seria criada em São Paulo.⁸² Antes de assumir o novo posto, foi-lhe oferecida nova bolsa da Rockefeller, desta feita para estágios no Canadá e nos Estados Unidos. Iniciava-se nova fase em sua carreira (agosto de 1940 a junho de 1941), aos 50 anos de idade. Nos primeiros três meses, frequentou cursos na Universidade de Toronto (*Toronto School of Nursing*). Nos meses seguintes, completou um programa extenso nos Estados Unidos, com estágios e visitas a escolas de enfermagem (Vanderbilt, Filadélfia, Colúmbia e Yale), centros de saúde comunitários (East Harlem e Kips Bay-Yorkville, em Nova York), associações e programas de enfermeiras visitadoras (em Nova York e Filadélfia), e serviços sanitários municipais (Nova York e Baltimore) e estaduais (Tennessee). De volta ao Brasil assumia, em 1942, a direção da Escola de Enfermagem em São Paulo. Nunca se cometerá exagero ao acentuar o impacto do estágio no exterior sobre a formação dessas pioneiras da enfermagem nacional (mencionaremos a trajetória da enfermeira Gleite de Alcântara mais adiante). Uma passagem da visita de Fraenkel ao Centro de Saúde e Enfermagem de East Harlem, em Nova York, em março de 1941, é ilustrativa: ao mesmo tempo em que tomava contato com o programa Saúde da Família que se desenvolvia naquele local e reconhecia a importância “de seus valores fundamentais” e princípios de ação, a enfermeira brasileira constatava as diferenças marcantes entre os problemas de saúde pública e educação sanitária nos dois países.⁸³ O contato com outras realidades aguçava o olhar comparativo e permitia à profissional calibrar sua experiência no exterior às necessidades de sua própria realidade no Brasil.

O apoio de Paula Souza à liderança profissional de uma Edith Fraenkel deve ser mencionado. Se o projeto piloto das “educadoras sanitárias” foi mais tarde suplantado pela criação da Escola de Enfermagem, não se conclua que Paula Souza teria sido marginalizado nesse processo. Ao contrário, sua atuação foi marcante, na definição dos rumos da Escola de Enfermagem e da preservação do campo da saúde pública como área de formação teórica e prática das enfermeiras em São Paulo. Ao ser criada a Escola de Enfermagem, Geraldo Horácio (então diretor do Instituto de Higiene) já fazia parte de seu conselho administrativo, ao lado das enfermeiras Edith Fraenkel e Haydée Dourado e de outros três membros representantes da área médica.

Note-se que metade dos membros do conselho administrativo, inclusive a diretora da Escola de Enfermagem, eram antigos bolsistas da Fundação Rockefeller.

Este ponto nos traz a um último comentário sobre a cooperação internacional na área de enfermagem. Não se passara uma década da criação da Escola de Enfermagem em São Paulo e nova experiência, desta feita em Ribeirão Preto, desaguardaria na segunda instituição de formação de enfermeiras diplomadas pela Universidade de São Paulo. Na esteira da criação da Faculdade de Medicina naquela cidade do interior paulista, a Escola de Enfermagem da USP foi ali instalada em 1953, vinculada àquela nova faculdade. A pioneira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) foi Glete de Alcântara, como Fraenkel também uma figura catalisadora, e igualmente uma antiga bolsista da Fundação Rockefeller no exterior.⁸⁴ Vinte anos mais jovem do que a líder da Escola de Enfermagem de São Paulo, a jovem ex-normalista e educadora sanitária paulista partiu para a *Toronto University School of Nursing* poucos meses depois que sua colega retornava a São Paulo. Entre 1941 e 1944 fez o curso de graduação em enfermagem em Toronto, recebendo o diploma em enfermagem e o certificado em enfermagem de saúde pública. Obteve em seguida uma extensão da bolsa da Rockefeller com vistas à realização de “estudos avançados” em vários estágios de curta duração, inclusive no campo da tuberculose. Seu percurso final, nos Estados Unidos, lembra muito o itinerário de Edith Fraenkel, alguns anos antes: visita a centros de saúde; a hospitais; a organizações como a *Visiting Nurse Association* e a *National Organization for Public Health Nursing*; a serviços sanitários municipais. Ao retornar a São Paulo, em fevereiro de 1945, passaria a integrar o corpo docente da Faculdade de Enfermagem na capital paulista. Cinco anos mais tarde, nova bolsa de estudos da Rockefeller permitiu a Glete de Alcântara cursar e concluir o mestrado em enfermagem no *Teachers College*, da Universidade de Colúmbia. Ao transferir-se para Ribeirão Preto, iniciaria uma carreira que a destacou em seu campo acadêmico e profissional. O percurso institucional de Glete de Alcântara consubstancia a longa construção da autonomia, do reconhecimento e da excelência nos campos acadêmico e profissional da enfermagem brasileira.

Considerações finais

Um ponto central do presente texto foi a discussão da atuação da Fundação Rockefeller e do Serviço Especial de Saúde Pública (fruto de acordo com o governo dos Estados Unidos) no desenvolvimento de carreiras profissionais de saúde pública e nos trabalhos de educação sanitária. Este último ponto requer um comentário final. Já se disse à exaustão que a implantação

de rede de esgotos e acesso à água sem educação sanitária é tecnicista e despolitizadora. A educação sanitária, como revela a tradição de países do terceiro mundo (Cuba, China, Tanzânia) em campanhas contra epidemias e em programas materno-infantis, pode ser um elemento-chave para a conquista de consciência de direitos sociais por parte da população. Já não se pode afirmar o mesmo da instalação de redes de saneamento básico, cujo impacto sobre as taxas de mortalidade infantil é indiscutível, mas – eis a isca para políticas públicas conservadoras – torna as comunidades simples receptoras de tubos e manilhas, sem que a população sequer tenha consciência, salvo pela própria educação sanitária, da importância social daqueles equipamentos. Esses aspectos devem ser enfatizados, para que não se caia na armadilha da falsa equação “saneamento básico ou saúde”, em que caíram muitos críticos da atuação da Rockefeller e do Sesp, no tocante à ênfase na educação sanitária.

Um segundo aspecto de interesse diz respeito ao lugar da saúde pública nas prioridades do país, após a Primeira República. Inegavelmente, o início da Era Vargas assinala a redução das prioridades anteriormente atribuídas à saúde pública e ao “saneamento dos sertões”, particularmente pelas correntes de pensamento geradores de “símbolos nacionais” ou bandeiras de modernização. Insistimos, no entanto, que tal redução de horizontes se deu em face da importância das políticas de industrialização e de expansão urbana – não foi uma herança desditosa dos intelectuais-higienistas brasileiros ou de seus parceiros da IHB, como alguns procuram sustentar. Muito ao contrário, se tempos houve, mais tarde, de certa recuperação do espaço perdido pelo tema da saúde nas políticas públicas, na década de 40 e no período democrático que se seguiu ao Estado Novo, eram as linhas traçadas na Primeira República que estavam, na verdade, sendo retomadas.

A crise da saúde pública nos anos 40 não significou, portanto, sua ruína ou desmantelamento – como atesta a própria atuação do Sesp –, mas uma mudança de prioridades por parte das políticas públicas do Estado Novo, durante o qual a industrialização e o desenvolvimento econômico ocupariam papel central. A saúde perdeu espaço mesmo diante da educação (item do binômio “educação e desenvolvimento”) como tema de reformas.

O debate sociológico e histórico sobre as profissões apenas se iniciou no Brasil, e traçar a formação do campo da enfermagem – particularmente da enfermagem de saúde pública, cuja relevância aflora, decisiva, em programas como o Saúde da Família, nos tempos atuais – foi uma preocupação essencial do presente texto. A conceituação da enfermagem pelas ciências sociais tem oscilado, historicamente, entre classificá-la como “profissão menor” (uma “semiprofissão”, um grupo ocupacional apenas incompletamente profissionalizado) e considerá-la

uma profissão no sentido integral do termo, ainda que para tanto tenha sido necessária a maturação do próprio conceito de profissão... Se antes se enfatizava a autonomia em relação aos demais saberes e a complexidade técnica daquele saber para definir a constituição de um *status* profissional, o conceito passa hoje por uma revisão, ao assimilar elementos de natureza ética à sua própria roupagem. Nessa metamorfose do conceito a enfermagem conquistou *status* indiscutível de profissão, comparável àquelas que sempre se chamaram “maiores” – como a medicina –, ao constituir-se como grupo ocupacional que compartilha uma orientação altruísta, gera expectativas morais sobre a noção de dever, bem como em relação aos serviços à sociedade e a padrões de desempenho, e abre possibilidades para a constituição de “atores ou sujeitos morais” no interior das relações do cuidar. Essas dimensões, ou suas raízes, foram firmemente plantadas nos programas de formação curricular desde os tempos pioneiros da Anna Nery. Sem dúvida, houve os excessos da “formação disciplinar”, típicos de uma sociedade patriarcal e hierárquica, mas tanto os aspectos técnicos como éticos foram valorizados nos cursos de enfermagem. Tivessem os dirigentes da saúde pública brasileira, a Rockefeller ou o Sesp traçado um programa de “enfermeiras de pés descalços”, ou tivessem formado estritamente “educadoras sanitárias”, descuidando da formação integral das novas enfermeiras brasileiras, desde os idos de 1920, a enfermagem continuaria, no país, a ocupar o *status* e a legitimidade social (e acadêmica) de uma semiprofissão. Tais questões, a nosso ver, colocam-se como itens de primeiro plano, no debate histórico-sociológico sobre as profissões da saúde no Brasil.

Uma nota final, no espírito das questões sobre “Imperialismo e Saúde”, postas por Shula Marks em seu “Presidential Address”, no Congresso da *Society for the Social History of Medicine*, em 1997. Os princípios defendidos pela Rockefeller e pelo IIAA/Sesp, se de um lado revelavam no Brasil uma opção por mudanças no interior da “ordem social competitiva” (em que a saúde se torna gradativamente um *locus* de concessão de direitos sociais, para empregarmos um termo atual), por outro lado encontravam seus limites na forma outorgada de modernização à brasileira (“a modernização pelo alto”). No discurso das elites brasileiras sobre a modernização, poderia dizer-se que interessava menos a saúde do povo do que a “melhoria da raça”. Nesse sentido, por vezes o genuíno interesse de um Carlos Chagas, de um Artur Neiva ou de um Belisário Pena na superação do atraso e da miséria era tisonado pela preocupação “eugênica”. Ora, os consultores da Rockefeller – como de resto o pensamento social e político da época, na Europa como na América do Norte – abraçaram também aspectos da visão por assim dizer “eugênica” da reforma da higiene (W. Rose,

sobretudo). A nós, estudiosos, cabe entretanto superar o negativismo e o estereótipo e encontrar, nas limitações do cenário histórico, aqueles atores, programas e ideários que buscaram pontos de ruptura em seu próprio tempo.

Notas

- ¹ Não se trata, deve-se enfatizar, de um estudo sobre a *história da ciência* – seus pressupostos, seus paradigmas –, mas de sua institucionalização. Isto significa que os aspectos do Estado e dos serviços de saúde, da cooperação internacional, das trajetórias ou carreiras científicas, bem como a emergência de grupos profissionais, são os elementos que ganham destaque.
- ² Para um estudo mais aprofundado sobre a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil e em outros países ver: Castro Santos e Faria, 2003a e b; Collier e Horowitz, 1976; Cueto, 1994; Faria, 2003; Howe, 1982; Marinho, 1993.
- ³ A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMCSP) foi criada em 1912, pela Lei nº 1.357 assinada pelo presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves e pelo secretário do Interior Altino Arantes. Em 1925 passou a denominar-se Faculdade de Medicina de São Paulo (FMSP). Seu primeiro diretor foi Arnaldo Vieira de Carvalho – um dos fundadores da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Em 1934, a faculdade foi integrada à Universidade de São Paulo pelo Decreto nº 6.283 de 25 de janeiro. “25 anos de atividades – A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo festeja hoje o 25º aniversário de sua instalação”. Inventário Capanema, GC 38. 04. 02. Doc. 140, CPDOC. Ver também Marinho, 2001.
- ⁴ O Instituto de Higiene, criado em 1918, atuou como um instrumento importante na formação de profissionais na área de saúde pública. A qualidade do ensino e das pesquisas desenvolvidas na instituição foi fundamental para a institucionalização da disciplina de Higiene em São Paulo e para a produção de pesquisadores e técnicos que possibilitariam os estudos realizados na Faculdade de Medicina de São Paulo e em outros órgãos estaduais de saúde. Entre os anos de 1922 e 1951, a instituição foi dirigida por Geraldo Horácio de Paula Souza. Ver Campos, 2002; Faria, 1999, 2001, 2003; Vasconcellos, 1995.
- ⁵ Atualmente, há uma corrente que propõe uma nova interpretação do período de formação da ciência experimental no Brasil, principalmente na área da medicina. Os trabalhos de Sérgio Carrara (1996), Flavio Coelho Edler (1996) e Jaime Larry Benchimol (1999) vêm procurando mostrar que a tradição de pesquisa científica no país – expressa em contribuições efetivas para a comunidade internacional e na participação ativa nesta comunidade – é mais antiga do que sugerem os trabalhos de Schwartzman.
- ⁶ Paula Souza nasceu em 5 de julho de 1889, na cidade de Itu, São Paulo. Diplomou-se em 1908, pela Escola de Farmácia de São Paulo e, em 1913, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Iniciou sua carreira em 1914, como assistente da cadeira de química médica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Em 1918, partiu para os Estados Unidos com bolsa da Rockefeller. Na Universidade Johns

Hopkins, em Baltimore, recebeu o diploma de doutor em higiene e saúde pública. Paula Souza foi diretor do Instituto de Higiene de São Paulo (mais tarde Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo) no período de 1922 a 1951, com períodos curtos de afastamento, em missão no exterior. Sobre a trajetória profissional de Geraldo Horácio de Paula Souza ver: *Biography Files, Rockefeller Archive Center* (RAC), EUA; Campos, 2002; Faria, 2002; Lacaz, 1963; Melo, 1954.

⁷ Entre 1918 e 1920 Francisco Borges Vieira recebeu da Fundação Rockefeller uma bolsa de estudos na *School of Hygiene and Public Health*, da Universidade Johns Hopkins. Em 1921 tornou-se assistente da cadeira de higiene, ainda trabalhando com Paula Souza, e chefe do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Higiene. Em 1927 assumiu interinamente a direção do instituto de Higiene. Foi o braço direito de Paula Souza durante todo o período em que trabalharam juntos no Instituto. Em 1931 foi nomeado diretor do Departamento de Saúde Pública do Estado de São Paulo e, entre 1935 e 1937, diretor do serviço sanitário. Faleceu em 1950. Ver Melo, 1954 e Lacaz, 1963. Ver ainda Instituto de Higiene, Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, *Annual Report*, January 1st – December 31st, 1922. RAC, Series 305L, RG 1.1, Box 19, Folder 154, e Correio Paulistano, 16/8/1929, p. 9.

⁸ Carlos Pinheiro Chagas (parente mais jovem de Carlos Chagas, este já um cientista renomado e interlocutor da fundação desde a chegada ao Brasil) foi selecionado para um curso especial na Johns Hopkins, com vistas a seu retorno para Belo Horizonte, para chefiar o Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, o que veio a fazer em 1925. A Fundação Rockefeller apoiou a criação da cátedra de patologia naquela faculdade. Faleceu em julho de 1932, quando acabara de licenciar-se da faculdade para assumir uma secretaria no governo de Minas, nomeado por Olegário Maciel. Agradecemos a Rita de Cássia Marques as indicações sobre o cientista mineiro.

⁹ João de Barros Barreto foi bolsista da Rockefeller na Johns Hopkins e em Harvard, entre março de 1924 e março de 1925. Foi diretor do serviço sanitário paulista entre 6 de março e 26 de julho de 1931, quando era interventor João Alberto Lins de Barros (novembro de 1930 a julho de 1931). A Secretaria de Educação e Saúde Pública do Estado de São Paulo foi organizada durante a gestão de Barros Barreto. O decreto que criou a secretaria data da gestão anterior, de Francisco de Salles Gomes (Decreto nº 1.891, de 13 de fevereiro de 1931). Um “jovem turco” do movimento sanitário do Estado Novo, por duas vezes Barros Barreto assumiu a Direção-Geral do Departamento Nacional de Saúde (1935-39 e 1941-45), órgão máximo de saúde no Ministério da Educação e Saúde de Vargas. Concebeu e promoveu programas de centros de saúde para o país, defendendo uma organização de tipo distrital e atividades múltiplas. Consultar os dados sobre João de Barros Barreto em *Biography Files*, RAC (Ver também Campos, 2002, p. 56-57 e Castro Santos; Faria, 2003b).

¹⁰ Na conhecida aceção proposta por Marcos Cueto para o Peru (Cueto, 1989).

¹¹ A respeito do apoio da Rockefeller às campanhas sanitárias

na França, dizia o presidente da fundação, George Vincent, que a colaboração institucional não era “uma impertinência” na terra de Pasteur, “mais plutôt une démonstration de méthode et de travail d’équipe organisée” (grifos no original, apud Murard e Zylberman, 1985, p. 72).

¹² Diretor do Conselho Sanitário Internacional, desempenhou papel de destaque na condução das atividades da Rockefeller não só nos Estados Unidos, mas, também, no Brasil. Quase todo o trabalho da Rockefeller no país até 1930 esteve sob sua direção. Castro Santos e Faria, 2003a e b; Collier e Horowitz, 1976; Howe, 1982; Marinho, 1993.

¹³ RAC, *Annual Report*, 1916.

¹⁴ “Princípios fundamentais de orientação da Fundação Rockefeller em relação a escolas de saúde pública, segundo a interpretação do dr. Chope, representante local da Fundação Rockefeller em São Paulo – 1916”. RAC, Series 305L, RG 1.1, Box 19, Folder 154.

¹⁵ Empregamos o termo “enfermeira” porque nessa época a profissão – que se institucionalizava – era absolutamente feminina. Não cabe aqui discutir a explicação para esse perfil, que coloca questões relativas a uma prática profissional que supunha uma subordinação a uma carreira predominantemente masculina – a profissão médica. Maria Lúcia Mott revela, em estudo sobre a enfermagem em São Paulo, que entre as razões para a escolha de mulheres, na virada do século 20, estava a “docilidade”, a abnegação “natural” do sexo feminino, a dedicação ao “chamado”, ao espírito de missão etc. (Mott, 1999); esta tem sido, de modo geral, a tônica dos estudos sobre o gênero e a história da enfermagem no Brasil. A nós nos parece que outro fator deve também ser considerado: as necessidades da sociedade urbana em formação – que demandava sobretudo mão-de-obra masculina para a indústria nascente – deve ter estimulado a busca de mulheres para a enfermagem. A Rockefeller, nesse sentido, ao sublinhar o caráter “feminino” da profissão, tanto nos Estados Unidos como no exterior, seguia também as tendências do mercado urbano-industrial. Isto quanto ao aspecto de gênero. Do ponto de vista da “raça”, a documentação que compulsamos sugere que a fundação agiu tendo em vista propiciar a mobilidade e a ascensão profissional de negros, mas apenas depois dos primeiros tempos de formação dos quadros dirigentes. Esta é, sem dúvida, uma questão que deve ser investigada a fundo.

¹⁶ George Rosen deixou-nos uma explicação minuciosa sobre esse ponto. Ver Rosen (1974, p. 62), especialmente sua discussão do pensamento de Rudolf Virchow, em meados do século 19 na Alemanha: “A medicina é uma ciência social, e a política, nada mais do que a medicina em grande escala”, dizia o reformador social alemão.

¹⁷ Ver o capítulo da obra de Florestan, “A ciência aplicada e a educação como fatores de mudança cultural provocada” (Fernandes, 1971).

¹⁸ Ver Collier e Horowitz (1976).

¹⁹ Louis Wirth, sociólogo socialista e professor da Universidade de Chicago, exemplificou o interesse pelas questões sociais e pela saúde. Ao mesmo tempo em que lutava contra a discriminação nos guetos “raciais” e “nacionais”, propugnava a difusão da ciência social pelas profissões (ver, por exemplo, seus

textos sobre os temas da “sociologia clínica” e da “sociologia para a enfermagem”, publicados entre 1929 e 1931).

²⁰ Confronte-se o depoimento de Samuel Pessoa, aluno dos primeiros pesquisadores da Rockefeller no recém-criado Instituto de Higiene, em São Paulo. Em entrevista concedida em 1955, ao jornal *O Bisturi*, Pessoa cita as influências mais decisivas para sua formação em parasitologia. O primeiro nome lembrado é o de seu antigo professor no Instituto de Higiene, o pesquisador Wilson Smillie, que a Fundação Rockefeller trouxe para dirigir a nova instituição: “Ao professor Smillie devo, em grande parte, o gosto que toda a vida mantive por estudos epidemiológicos de campo, das nossas endemias rurais. Os meus primeiros trabalhos foram publicados em colaboração com este pesquisador americano. Não se pejava o mestre em enviar a conhecidas revistas médicas americanas artigos em conjunto, colocando ao lado do seu nome já afamado, o do modesto estudante de medicina. Não preciso sublinhar o quanto de estímulo tal fato representa para quem inicia sua carreira científica” (apud Paiva, 2004, p. 182).

²¹ Na área da educação também se delinearão, com contornos weberianos, novas identidades profissionais. Quando Jorge Nagle, em trabalho inspirado, chamou a atenção para esse processo no campo educacional, não se deu conta de que processo idêntico se verificava no campo da saúde (Nagle, 2001; primeira edição, 1971). Isto é, sua análise foi de tal maneira inspirada que nos deu a chave para explicar o que se passava não somente na educação, mas na saúde pública! Não se trata, e isso é trivial, de uma leitura que despolitiza o movimento educacional ou (em nossos termos) o movimento sanitário: trata-se, no entanto, da *política* vivida pelos atores de modo diverso, em que tanto se pode “explodir” ou extravasar do campo profissional (lembrando o perfil de um Samuel Pessoa) ou a conduta pode ser balizada pelos interesses mais próprios ao mundo profissional e institucional (lembrando um Geraldo Horácio de Paula Souza). Insistimos, Nagle não propõe uma leitura despolitizada. Trata-se, aqui, da necessária distinção entre uma época em que as carreiras profissionais ainda não estavam sedimentadas por critérios universalistas e por inserções institucionais diversificadas, e épocas posteriores a 1920, em que o mundo da ciência profissional vai demarcando seus espaços ou territórios. (Para uma interpretação brilhante, ainda que a nosso ver em muitos pontos equivocada, desses processos na área educacional, ver o trabalho de Marta Maria Chagas de Carvalho, 1998).

²² Anos depois o plano de Paula Souza se materializaria. Em 1925, o Conselho Diretor do IHB aprovou a quantia de 5.300 contos de réis para a construção dos institutos de anatomia, fisiologia, química, patologia e higiene. Deste total, 1.500 foram direcionados para a construção do novo prédio do Instituto de Higiene, que ao contrário dos outros institutos seria uma unidade autônoma da Faculdade de Medicina de São Paulo. “São Paulo negotiations – Higiene/R. A. Lambert to R. M. Pearce July 14, 1925”. RAC, Series 305, RG 1.1, Box 18, Folder 153, 7/8/1925. Ver Candeias, 1984.

²³ Basta uma consulta à literatura sobre ciências sociais e saúde das décadas de 70 e 80, em toda a América Latina, para constatarmos que todas as frentes de atuação da Fundação

Rockefeller cabiam dentro de um rótulo simplista de “atuação imperialista”. Ver, particularmente, os trabalhos de Juan C. Garcia (1984), que tiveram ampla difusão no Brasil. Para Garcia – cuja contribuição à literatura, não obstante, é inestimável e pioneira – a atuação da Fundação Rockefeller nos países da América Latina, em campanhas de controle das doenças como a malária, a ancilostomíase e a febre amarela seria pautada pela necessidade da expansão do capitalismo americano. Em trabalho recente, discutimos essas concepções e formulamos uma visão alternativa, em que a atuação mundial da recém-criada Fundação Rockefeller se revela, sobretudo, como um elemento de difusão do “ideal sanitário” que brotou, nos Estados Unidos, desde a Guerra de Secessão (Castro Santos; Faria, 2003a e b).

²⁴ Para um exame das interpretações sobre a institucionalização da saúde pública no Brasil da Primeira República e do papel desempenhado pelo Estado nessa área, ver Castro Santos (1989), Merhy (1992), Hochman (1998) e Castro Santos e Faria (2003a e b). Os autores tratam não apenas das políticas de saúde implementadas, mas focalizam de perto o papel do Estado neste processo, das ideologias nacionalistas, das relações entre as oligarquias e os governos e das tradições médicas do país.

²⁵ Nos tempos atuais, o campanhismo vem assumindo caráter tipicamente democrático, ao envolver as comunidades locais, por meio de conselhos de saúde e das equipes de Saúde da Família, e permitir, destarte, a aproximação entre as populações e os centros decisórios no Ministério da Saúde.

²⁶ Há quem diga que os dias nacionais de vacinação, nos dias atuais, também são “belicistas”, pelo uso de unidades do Exército em locais de difícil acesso, pelo uso de termos “bélicos” como “quartel-general”, “populações-alvo”, etc. A sociologia da burocracia weberiana teria uma visão inteiramente distinta. As grandes campanhas de combate à esquistossomose na República Popular da China, particularmente nos anos imediatamente anteriores à Revolução Cultural, constituem outro exemplo de mobilização de massa: igualmente, os termos “guerra aos moluscos”, “batalhas de aniquilação”, “exército de voluntários”, etc., são utilizados (Horn, 1969). Haveria aqui, como nas campanhas contra a ancilostomíase no Brasil décadas atrás, algum caráter belicista? O uso de metáforas é erradio, quando substitui a análise histórica pelo cenário do Armagedon.

²⁷ A nosso ver, o papel das instituições estatais e estrangeiras nas campanhas foi politicamente integrador, mas não subjugador, como sugere boa parte da literatura sobre o tema.

²⁸ A dissertação de Maria Gabriela Marinho foi publicada recentemente (Marinho, 2003), e orientamos os leitores para essa versão editorial. Mantemos, no entanto, as páginas citadas da dissertação, por ter sido nossa primeira referência.

²⁹ Referimo-nos aqui também à distinção mertoniana entre o reconhecimento da atividade científica como honorífica, contrastando-a com a instrumental, e a avaliação da excelência como “qualidade” *versus* excelência como “desempenho” (Merton, 1973, esp. p. 419-438).

³⁰ Manguinhos e o Butantã, sem dúvida, já trilhavam os padrões de trabalho científico propostos pela Rockefeller muito antes da chegada desta última (Benchimol; Teixeira,

- 1993). A contribuição marcante do *International Health Board*, nesse sentido, deve-se ao fato de que, em São Paulo, atuou no sentido de integrar o território da pesquisa em saúde pública ao ensino médico – integração que Manguinhos não chegou a atingir –, à adoção do *numerus clausus* na composição do corpo discente, além de atuar na dimensão da organização sanitária, estimulando a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e em São Paulo.
- ³¹ Pearce foi professor da Universidade da Pensilvânia e diretor da Divisão de Ensino Médico da Fundação Rockefeller. Intermediou os contatos entre a Rockefeller e os diretores de faculdades de medicina em vários países. Integrou a segunda missão médica da Rockefeller enviada ao Brasil, em 1916, com o objetivo de estudar as condições da educação médica. Ver Marinho, 1993.
- ³² Aprovado em legislação pela Lei nº 2.016 de 26 de dezembro de 1924 e pelo Decreto nº 3.874, de 11 de julho de 1925. Coleções de Leis e Decretos do Estado de São Paulo. Atos do Poder Legislativo. Tomo XXXIV, 2ª edição, 1924.
- ³³ “Recomendações à Faculdade de Medicina de São Paulo no tocante aos meios de melhorar a educação médica”. RAC, 305, 1922. Ver também Marinho, 1993.
- ³⁴ Na área da Medicina e das Ciências Naturais foram concedidas cerca de trezentas bolsas de estudos para cientistas brasileiros. Ver *The Rockefeller Directory of Fellowship Awards*. “Roster of Fellows and Scholars”, 1917-1950, RAC, 1950. O programa de bolsas também contemplou pesquisadores de outros países na América Latina (Argentina, Chile, Colômbia, Paraguai, Peru, Venezuela), Europa (sobretudo França, Bélgica, Espanha, Itália, Portugal e Romênia), Ásia e África. Ver também *Rockefeller Archive Center*, “Súmula do Presidente, extraída do relatório anual da Fundação Rockefeller 1954/1955”, 1956. A fundação não estabelecia uma regra rígida de destinação dos recursos apenas para instituições norte-americanas. No plano mundial, a Fundação Rockefeller teve uma atuação pioneira na concessão de bolsas de estudos para a ciência médica e a saúde pública. O estímulo às ciências biomédicas e às profissões de saúde ganharia novo impulso com a Organização Mundial da Saúde a partir do segundo pós-guerra, justamente quando as atividades da Rockefeller se direcionam para outros campos da chamada filantropia científica.
- ³⁵ *Rockefeller Archive Center*, “Súmula do Presidente, extraída do relatório anual da Fundação Rockefeller 1954/1955”, 1956.
- ³⁶ Carta de L. W. Hackett a Clifford W. Wells. RAC, 305, 5/1/1921.
- ³⁷ RAC, 305, 6/5/1921.
- ³⁸ “Súmula do Presidente extraída do relatório anual da Fundação Rockefeller 1954/1955”, 1956.
- ³⁹ E sintonizada, em segundo plano (assim se esperava), com as atividades e necessidades da Faculdade de Medicina da capital federal. A década de 40, diante de novo cenário político e da expansão da burocracia civil federal, deu um recorte mais hospitalar à formação das novas turmas de enfermagem na capital do país. Diferentemente do que sugerem alguns estudos, essa inflexão de rumos não representou, todavia, o fim da saúde pública na enfermagem. Adiante retomaremos esse ponto.
- ⁴⁰ Carta de Wickliffe Rose a Ethel Parsons. RAC, 305, 6/1/1921.
- ⁴¹ Parsons, Ethel (1997) “A enfermagem moderna no Brasil”. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, ano 1, número especial de lançamento. Texto extraído da publicação *Arquivos de Hygiene: Exposições e Relatórios, 1927*.
- ⁴² *The development of a service of nursing in Brasil*. RAC, 305, 1926, p. 2.
- ⁴³ Não será demais sugerir que nada há de “imperial” na conduta da Missão Parsons, em referência a afirmações que já ouvimos de historiadores e historiadoras da profissão no Brasil. O conceito de imperialismo tem sentido preciso na economia política e nada tem a ver com a difusão da enfermagem de saúde pública, como prática cultural. Na verdade, estamos diante de modelos de difusão cultural que, se fossem marcados por “estratégias de dominação estrangeira”, seriam então forçosamente reproduzidos internamente: a Escola Anna Nery teria então uma “missão imperialista” no resto do país, o mesmo ocorrendo mais tarde com a Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo etc.
- ⁴⁴ A partir de 1930, como sugere Buhler-Wilkerson, a enfermagem de saúde pública perderia terreno, como de resto, o próprio movimento de saúde pública nos Estados Unidos, de modo geral (Buhler-Wilkerson, 1983; Starr, 1982).
- ⁴⁵ Confronte-se a análise de Celia Davies: “There is a further contrast in that social differences were emphasized in British nursing organizations. [...] American nurses [...] saw fit to give reassurances about an inclusive membership organization that would be run on democratic lines” (Davies, 1983, p. 57).
- ⁴⁶ Cf. Ethel Parsons (1997), texto original de 1927. Na Inglaterra, apesar da legislação federal, os serviços de enfermagem tinham caráter tipicamente local, vinculado às comunidades.
- ⁴⁷ Silva Júnior traça com esmero a história do Hospital-Escola São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro. Apenas nos parece que a interpretação do panorama institucional da Primeira República como “tecnoburocrático” e “autoritário corporativista” (Silva Júnior, 2000, p. 74, 78) está fora de lugar, pois esses conceitos, a rigor, podem apenas ser aplicados a décadas posteriores – notadamente a partir dos anos 50 – quando então se pode falar, sociologicamente, de uma elite médica de tipo corporativo (justamente a fragilidade do “espírito” associativista naquela época é que abria espaço para a voz de sanitaristas e enfermeiras de saúde pública) e de um aparelho institucional de saúde mais complexo (com um perfil próximo ao de uma tecnoburocracia, mas, ainda assim, longe do tipo racional-legal dos aparelhos de um Ministério da Fazenda, por exemplo). Consultar, a respeito, o excelente estudo de Carlos Henrique de Paiva (Paiva, 2004).
- ⁴⁸ Um texto importante sobre a enfermagem de saúde pública (Rizzotto, 1999) desconsidera, lamentavelmente, esse ponto. Para a autora, o elo com a saúde pública, anunciado pelos fundadores da Escola Anna Nery, seria apenas uma *fausse note*, para encobrir o verdadeiro desígnio de servir à medicina hospitalar. Na contracapa do livro, Djair Daniel Nakamae aceita, igualmente, a existência de “desígnios ocultos”, apontando a intenção de se formar “uma elite de enfermeiras

orientadas para o atendimento das necessidades de uma parcela restrita e privilegiada da população”. Não há dúvidas de que estava em mira a formação de uma elite profissional, como já indicamos – tratava-se de uma proposta de formação técnica de excelência. Mas, ao contrário do que sugere Nakamae, a Missão Parsons e nossos dirigentes da saúde pública tinham em mente a extensão do trabalho a parcelas mais amplas da população, a exemplo do que já se fazia nos postos de saúde da profilaxia rural desde 1918. Ademais, campanhas de interiorização de ações de saúde, como a Campanha Nacional contra a Tuberculose, iniciada em meados da década de 1940, não teriam como operar sem o concurso da enfermagem de saúde pública. Sem prejuízo das qualidades na obra de Maria Lucia Rizzotto – frise-se o cuidado com a “metodologia em ato” e sua preocupação em derrubar mitos e estabelecer o debate –, não há como deixar de reconhecer, no texto, alguns dos problemas sérios de que padece a literatura sobre a história da enfermagem no Brasil. Com efeito, ao longo do trabalho há inúmeros problemas não resolvidos, como a ligação (historicamente problemática) entre liberalismo, positivismo e medicina hospitalar. Em plena ascensão do capitalismo norte-americano, sanitarismo rural e liberalismo econômico caminharam lado a lado, como atestava a própria experiência de combate à ancilostomíase nos estados sulistas, financiada pela *Rockefeller Sanitary Commission* na primeira década do século passado. Aqui, a enfermagem de saúde pública teve papel marcante. Não nos parece cabível simplificar os processos históricos bastante complexos que, em inúmeros países, deram lugar aos movimentos sanitaristas e à medicina hospitalar – este, um fator estreitamente ligado à expansão da população urbana. Como o próprio caso inglês sugere, estão em jogo tipos de capitalismo, da mesma forma que, historicamente, modelos socialistas distintos tiveram uma relação bastante diversificada com a saúde pública – a ênfase sanitarista foi mais forte, por exemplo, na China maoísta do que na União Soviética, onde as tecnologias médico-hospitalares prevaleciam. Isto, para tocar brevemente num campo em que a literatura internacional sugere cautela para o estabelecimento de relações causais de natureza determinista. Veja-se, a propósito, o artigo excelente de Ronald Frankenberg e Joyce Leeson (1974, p. 255-278).

⁴⁹ Para uma discussão cuidadosa do estudo sobre *Nursing and Nursing Education in the United States*, que viria a ser conhecido como o Relatório Goldmark, consulte-se o trabalho de Silva Júnior, 2003.

⁵⁰ “Departamento Nacional de Saúde Pública. Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, anexa ao Hospital Geral de Assistência. Prospecto de Informações”. Rio de Janeiro, 1926. Arquivo Carlos Chagas. Série Trajetória Profissional, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

⁵¹ Entre as primeiras bolsistas nos Estados Unidos, para cada turma havia um pequeno número de moças de “famílias tradicionais”: por exemplo, Iracema dos Guarany Mello, Sylvia Arcoverde de Albuquerque Maranhão, Maria Julieta Calmon Villas-Boas, Yolanda Sanson, Alaíde Duffles Teixeira Lott, entre outras (*Biography Files, Rockefeller Archive Center*).

⁵² “Departamento Nacional de Saúde Pública. A enfermeira moderna. Apelo às moças brasileiras”. Rio de Janeiro, 1921. Arquivo Carlos Chagas. Série Trajetória Profissional, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

⁵³ Carlos Chagas, prefácio a “A enfermeira moderna. Apelo às moças brasileiras”. Rio de Janeiro, 1921. Departamento Nacional de Saúde Pública. Arquivo Carlos Chagas. Série Trajetória Profissional, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

⁵⁴ Maria Lucia Frizon Rizzotto (1999) traz, em vários quadros, a lista completa das disciplinas ministradas em diversos anos, cotejando-as com as disciplinas dadas em cursos de enfermagem nos Estados Unidos, em 1917, com base em trabalho de Amália C. de Carvalho.

⁵⁵ Fundação Rockefeller, *annual report for 1927* [Fred Soper], “General Review: fellowships”, p. 15. Rockefeller Archive Center RG 5 IHB/D, Series 3, Reports, Box 109.

⁵⁶ Nos primeiros anos de atuação da Rockefeller no Brasil, a correspondência trocada entre Wickliffe Rose e médicos do *International Health Board* já indicava a preocupação com o saneamento básico: em 1918, o governador do estado do Rio de Janeiro, Agnelo G. Collet, havia solicitado cooperação para manutenção de um posto para tratamento da ancilostomíase na cidade de São Fidélis. Hackett menciona a recente instalação, na cidade, de um sistema de esgotos. O governo do estado providenciaria a contratação de enfermeiras. Hackett considerava este trabalho muito importante, por enfatizar a relação entre a saúde pública e os sistemas de esgotos locais e estimular outras cidades a seguir o exemplo de São Fidélis (Hackett a Rose, 1/10/1918, RAC, 305, 1.1). A mesma preocupação se revela em relação ao Equador, na mesma época (RAC, 317 – Connor – 5/1.2/63/915). Anos depois, Fred Soper, diretor regional da *International Health Division* no Rio de Janeiro, escreve a seus superiores sobre a necessidade de implantação de um bom sistema de abastecimento de água no estado da Bahia e em todo o Nordeste. Até 1929, dizia ele, pouco se poderia esperar da colaboração de recursos federais para o Nordeste; entretanto, a ajuda financeira do governo federal na questão da água tornou-se possível desde o Congresso de Higiene realizado em Salvador, em janeiro de 1928, com a participação do governador da Bahia, Góes Calmon. Falando ao congresso, dr. Clementino Fraga conseguiu a adesão do governador para a necessidade de melhorar o abastecimento. A carta reproduz trecho de artigo do dr. Antônio Luís Barros Barreto, chefe da profilaxia rural da Bahia, no *O Jornal* de 7 de fevereiro de 1929, sobre a assinatura de contrato com o engenheiro Saturnino de Brito para instalação de um “serviço modelo” de água e esgoto, inicialmente na capital (Soper a Russell, 19/2/1929; RAC, 305, 1.1/20/160). Saturnino de Brito publicara, em 1928, sua obra *O saneamento da Bahia*. Os documentos, resumidos em português, podem ser consultados nos volumes da Série *Estudos em Saúde Coletiva* (IMS/UERJ), nºs 114, 143, 207 e 208, organização de Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Rodrigues de Faria.

⁵⁷ Em seu importante estudo (Rocha, 2003), Heloísa Helena Pimenta Rocha não contempla a possibilidade de que, apesar do reducionismo biológico, a preocupação com a

educação cívica, de par com a difusão dos preceitos da “higiene social”, pudesse construir um elenco de direitos sociais. Tal foi, a nosso ver, um dos legados dos cursos de educadoras sanitárias, que deixam de ser, nessa mesma medida, simples agentes de higienização de costumes ou instrumentos de uma estratégia montada no Instituto de Higiene para o “controle das populações pobres”, como defende Marta Maria Chagas de Carvalho, em apresentação ao texto citado (Rocha, 2003).

⁵⁸ Confronte-se a educação pública no espaço rural norte-americano como o elemento fundamental de “nation-building” nos Estados Unidos, antes de 1930 (Meyer et al., 1979). Desta forma, o movimento paulista de educação sanitária assumia, de fato, um caráter simbólico (isto é, de “idéia-força”) de construção nacional que não encontrava sucedâneo em outros países.

⁵⁹ O Centro de Saúde Modelo do Instituto de Higiene foi o primeiro centro criado no Brasil, durante a gestão de Paula Souza no serviço sanitário, voltado para a profilaxia das doenças infecciosas pela “orientação educativa” (Ribeiro, 1993, p. 256).

⁶⁰ Ver *The Rockefeller directory of fellowship awards*, “Roster of fellows and scholars”, 1917-1950, RAC, 1950.

⁶¹ Pelo Decreto nº 13.040 de 31 de outubro.

⁶² Ver, por exemplo, a avaliação feita por Gertrude E. Hodgman, diretora da Divisão de Enfermagem do Sesp, em 25 de abril de 1945: “Comments on Miss Waterbury’s memo concerning the work and education of ‘educadoras’ in the Centro de Saúde in São Paulo, in relation to the education in public health for nurses in this center”. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

⁶³ O Curso de Educadoras Sanitárias durou até 1961. Em 1967 foi organizado na Faculdade de Saúde Pública o primeiro Curso de Educação em Saúde Pública. A missão de transformar o Curso de Educação Sanitária, de nível médio, em um curso de pós-graduação de educação em saúde pública, coube a Ruth Sandoval Marcondes – professora catedrática de educação sanitária da Faculdade de Saúde Pública da USP e a Lucy Morgan – professora titular de educação sanitária, na Escola de Saúde Pública da Universidade de Carolina do Norte, Estados Unidos. Entrevista concedida a Lina Faria pela dra. Ruth Sandoval Marcondes, realizada na Faculdade de Saúde Pública da USP no dia 27 de julho de 2004.

⁶⁴ A sigla IIAA, em inglês, correspondia ao *Institute of Inter-American Affairs* do governo dos Estados Unidos, que possuía uma divisão voltada para a saúde e saneamento, *Health and Sanitation Division*.

⁶⁵ Pelo Decreto-Lei nº 13.040, de 31 de outubro de 1942, foi criada a Escola de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina da USP. Fonte: “Completion agreement NT-SPA-14. Escola de Enfermagem de São Paulo. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 1942”. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Ver “Attachment 4”, p. 28-29, relatório submetido por Ella Hasenjaeger, “Consultant Nurse, IIAA & Sesp, Cooperative Public Health Program between the

Government of Brazil and the United States”, s. d.

⁶⁶ Ver, ainda, a carta de Fred Soper, diretor da Comissão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, endereçada ao então ministro Gustavo Capanema em 4 de março de 1942. Nessa carta, Soper lamenta “o rebaixamento de nível cultural” exigido para a admissão à Escola Anna Nery e a “simplificação dos cursos”, “inteiramente insuficientes”. Soper sugere ao ministro a criação de um “Departamento de Enfermagem” no Ministério da Educação e Saúde (Inventário Capanema, GC 40.01.04, CPDOC – filme 55, fotograma 9.227). A crise da saúde pública nos anos 40 não significou sua ruína ou desmantelamento – como atesta a própria criação do Sesp –, mas uma mudança de prioridades por parte das políticas públicas do Estado Novo, para o qual a industrialização e o desenvolvimento econômico ocupariam papel central. A saúde perdeu espaço mesmo diante da educação, como tema de reformas (ver Paiva, 2004).

⁶⁷ Ver *Biography Files, Rockefeller Archive Center*, “Mrs. Laís Moura Netto dos Reys”. Dona Laís estava entre as primeiras cinco bolsistas da Rockefeller nos Estados Unidos. Uma antiga companheira de dona Laís nos Estados Unidos, a enfermeira Zulema Castro, afirmava, em entrevista a uma representante da Rockefeller em 1942, que “os padrões da Anna Nery estavam declinando e que, enquanto dona Laís fosse a diretora, não seria possível manter um alto nível” (ibid., ficha n. 3, verso, extraído do diário de Mary Elizabeth Tennant, 10/2/1942).

⁶⁸ Nos primeiros anos (1942 e 1943), o Sesp foi quase integralmente financiado pelo Instituto de Assuntos Interamericanos. Com o fim da guerra mundial, a contribuição do governo brasileiro cresce até praticamente assumir, a partir de 1959, a totalidade dos custos do serviço. Em 1960 o acordo com o governo dos Estados Unidos não foi renovado e a instituição perderia de vez sua autonomia diante do Ministério da Saúde, passando a integrá-la como uma de suas fundações, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, extinta em 1991 (Campos, 2000, p. 215-216).

⁶⁹ Falamos, aqui, de aspectos gerais do processo de modernização urbano-industrial no Brasil, na acepção utilizada por Juarez Rubens Brandão Lopes em conhecido estudo (Lopes, 1971). Não se trata, portanto, de afirmar que a criação da Escola de Enfermagem atendia “a interesses capitalistas”, nem se imagina que os interesses capitalistas, naquela época, pudessem deixar de lado as relações de capital/trabalho para formar profissionais de enfermagem. O que queremos sugerir é que a modernização capitalista, em termos amplos, criou um ambiente favorável para a expansão de estamentos burocráticos e profissionais (ibid., cap. VI). Para tanto, tampouco nos parecem sugestivas a metáfora da “fábrica” (cf. Carvalho, 1998), ou a noção foucaultiana dos espaços e dispositivos disciplinares para a higiene. A nosso ver, estava em jogo muito menos a gestação de corpos e mentes “disciplinados” do que incipientes conquistas de democratização e direitos sociais, com a expansão de profissões como a da enfermagem e do serviço social no país.

⁷⁰ A Escola de Enfermagem em Toronto, Canadá, foi criada com recursos da Fundação Rockefeller, bem como o *Teacher’s College*, na Universidade de Colúmbia, em Nova York.

- ⁷¹ Como veremos mais adiante, Edith Fraenkel e Glete de Alcântara estiveram entre as bolsistas da Rockefeller, na década de 1940.
- ⁷² O centro de saúde em Araraquara começou a operar em setembro de 1948, quando era Secretário de Saúde o médico Paulo Antunes. Veja-se NT-SPA-12. Relatório da Divisão de Enfermagem [Sesp]. “Auxílio ao Serviço de Enfermagem da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo”. Maria Rosa Sousa Pinheiro, diretora, Divisão de Enfermagem, Rio de Janeiro, 1^a de abril de 1952. Fundo Sesp, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Veja-se, também, o “Attachment 4” ao “Completion agreement NT-SPA-14”, p. 8-9, relatório submetido por Ella Hasenjaeger, “Consultant Nurse, IIAA & Sesp, Cooperative Public Health Program between the Government of Brazil and the United States”.
- ⁷³ Afirmava ainda a consultora não conhecer, nos Estados Unidos, nenhuma escola de enfermagem em que saúde pública urbana e rural fosse ministrada a todos os graduandos. “The writer knows of no school in the United States where both rural and urban experience is given to students. For example, at Yale University all students had three months of urban experience in New Haven. In Nashville all students had three months of rural experience”. Ver “Attachment 4, Conclusion Agreement, NT-SPA-14, Aid to the School of Nursing of the University of São Paulo”. Ella Hasenjaeger, “Consultant Nurse, IIAA & Sesp, Cooperative Public Health Program between the Government of Brazil and the United States”, s. d., p. 4, 42.
- ⁷⁴ Projeto SU-BRA 20, “Curso de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo”, 7/10/1951. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- ⁷⁵ “Interim Report, May 12, 1947 to February 25, 1950. Regulamento para estágio no Serviço de Enfermagem da Saúde Pública da Faculdade de Higiene e Saúde Pública”. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- ⁷⁶ Em 1945 o Instituto de Higiene passou a constituir uma das unidades autônomas de ensino superior da Universidade de São Paulo sob a denominação de Faculdade de Higiene e Saúde Pública, pelo Decreto nº 14.857 de 10/7/1945. Ver Faria, 1999; 2001.
- ⁷⁷ Cf. Mabel Johnson, “Report for the month of September, 1948, São Paulo, Brazil – Nurse Training Division of SESP”. NT-SPA-12 – *Public Health Nursing in the Faculdade de Higiene e Saúde Pública of the Universidade de São Paulo*. Fundo Sesp, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Ver p. 2. Ver também Mabel Johnson, “Interim Report, May 12, 1947 to February 25, 1950”, idem, ibidem, p. 3. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- ⁷⁸ As perguntas do questionário diziam respeito aos motivos da visita, a informações sobre a família, ao emprego das “técnicas de enfermagem” adaptadas às condições do domicílio, às instruções transmitidas aos familiares, a impressões sobre a receptividade ao trabalho da educadora ou enfermeira, à consideração de problemas da família indiretamente ligados à saúde, à avaliação da contribuição da enfermeira “para tornar a família mais capaz de enfrentar e resolver seus problemas”. “Interim Report, May 12, 1947 to February 25, 1950”. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- ⁷⁹ Completion agreement NT-SPA-14. “Brazilian Field Party of the Institute of Inter-American Affairs and the Serviço Especial de Saúde Pública”, June, 1944, p. 1. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- ⁸⁰ Essas informações e as que se seguem foram colhidas no material de divulgação “Escola de Enfermagem de São Paulo”. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Attachment, Completion Agreement NT-SPA-14, p. 1-2. Fundo Sesp, Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- ⁸¹ Idem, ver nota anterior.
- ⁸² As informações sobre a carreira de Edith Fraenkel estão contidas em suas fichas curriculares, em *Biography Files, Rockefeller Archive Center*, EUA. Ieda de Alencar Barreira revela o quadro político-institucional desfavorável para a enfermagem no Distrito Federal: em 1941, uma reforma administrativa da Prefeitura do Distrito Federal rebaixou o serviço de enfermeiras, tornando-o predominantemente normativo e retirando-lhe “toda a autoridade e prestígio de que um dia gozara” (Castro, 1975, p. 77). Nessa altura, Fraenkel realizava estágio no exterior e completava sua transferência do Rio de Janeiro para São Paulo.
- ⁸³ Edith Fraenkel, “Second Fellowship”, card n. 2. *Biography Files, Rockefeller Archive Center*, EUA.
- ⁸⁴ Glete de Alcântara, *Biography Files, Rockefeller Archive Center*, EUA.

Referências

- ARMENY, Susan. Organized nurses, women philanthropists, and the intellectual bases for cooperation among women, 1898-1920. In: LAGEMANN, Ellen C. (Ed.). *Nursing history: New perspectives, new possibilities*. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center; New York: Teachers College Press, 1983.
- ARNOVE, Robert F. *Philanthropy and imperialism: The foundations at home and abroad*. 2. ed. Bloomington: Indiana University Press, 1982.
- BARREIRA, Ieda de Alencar. *A “enfermeira-ananéri” no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. 1992. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.
- BENCHIMOL, Jaime L. *Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ed. UFRJ, 1999.
- BENCHIMOL, Jaime L.; TEIXEIRA, Luiz A. *Cobras, lagartos & outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantã*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1993.
- BUHLER-WILKERSON, Karen. *False dawn: The rise*

- and decline of public health nursing in America, 1900-1930. In: LAGEMANN, Ellen C. (Ed.). *Nursing history: New perspectives, new possibilities*. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center; New York: Teachers College Press, 1983.
- CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, A. de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.
- CAMPOS, Cristina de. *São Paulo pela lente da higiene*. As propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Carlos: RiMa, 2002.
- CANDEIAS, Nelly M. Ferreira. Evolução histórica da educação em saúde pública como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1925-1967). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 347-365, 1984.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CARVALHO, Marta Maria Chagas de. *Molde nacional e forma cívica: higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)*. Bragança Paulista: EDUSF, 1998.
- CASTRO, Ieda Barreira e. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, n. 28, p. 76-94, 1975.
- CASTRO SANTOS, Luiz A. de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade, *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-209, 1985.
- _____. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil). *Revista Brasileira de Estudos da População*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-110, jan./jun. 1989.
- CASTRO SANTOS, Luiz A. de; FARIA, Lina R. de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. São Paulo: EDUSF, 2003a.
- _____. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, Departamento de Ciências Sociais da UFSCar, São Carlos, n. 40, p. 137-182, jan./jul. 2003b.
- COLLIER, Peter; HOROWITZ, David. *The Rockefellers: An American dynasty*. Broadway, New York: New American Library, 1976. p. 61-65.
- CUETO, Marcus. *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: Grade; Concytec, 1989.
- CUETO, Marcus. *Missionaries of science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington; Indianapolis: Indiana University Press, 1994.
- DAVIES, Celia. Professionalizing strategies as time-and-culture-bound: American and British nursing, circa 1893. In: LAGEMANN, Ellen C. (Ed.). *Nursing history: New perspectives, new possibilities*. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center; New York: Teachers College Press, 1983.
- EDLER, Flavio Coelho. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 3, n. 2, p. 284-299, jul./out. 1996.
- FARIA, Lina R. de. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915/1920). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 109-129, 1995.
- _____. O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração em saúde em São Paulo. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 175-208, 1999.
- _____. Scientific traditions in Brazil: The history of the Instituto de Higiene in São Paulo. *Rockefeller Archive Center Research Reports Online*, n. 1, p. 1-6, abr. 2001.
- _____. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 9, n. 3, p. 561-590, set./dez. 2002.
- _____. *Ciência, ensino e administração em saúde: a Fundação Rockefeller e a criação do Instituto de Higiene de São Paulo*. 2003. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- FERNANDES, Florestan. *Ensaio de sociologia geral e aplicada*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1971.
- FLEMING, Donald. *William H. Welch and the rise of modern medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987.
- FRANCO SANTOS, Tânia Cristina; BARREIRA, Ieda de Alencar. A Escola Anna Nery como centro difusor de tradições nativas. *Revista de Enfermagem*, Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 18-33, 1999.
- FRANKENBERG, Ronald; LEESON, J. The Sociology of health dilemmas in the Post-colonial World: Intermediate technology and medical care in Zambia, Zaire, and China. In: DE KADT, Emanuel; WILLIAMS, Gavin (Ed.). *Sociology and development*. Londres: Tavistock Publications, 1974.

- GARCIA, Juan C. Estado e políticas de saúde na América Latina. In: *Textos de Apoio, Ciências Sociais 2*. Rio de Janeiro: PEC; Ensp; Abrasco, 1984.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998.
- HORN, Joshua S. *Away with all pests: An English surgeon in People's China: 1954-1969*. Nova York: Monthly Review, 1969.
- HOWE, Barbara. The emergence of scientific philanthropy, 1900-1920: Origins, issues and outcomes. In: ARNOVE, Robert F. *Philanthropy and cultural imperialism: The foundations at home and abroad*. 2. ed. Bloomington: Indiana University Press, 1982.
- LACAZ, Carlos da Silva. *Vultos da medicina brasileira*. São Paulo: Helicon, 1963.
- LINK, William A. Social reform in the progressive South – 1880-1930. Research Report. *Newsletter*. North Tarrytown, NY: Rockefeller Archive Center, 1988.
- LOPES, Juarez Rubens Brandão. *Desenvolvimento e mudança social: formação da sociedade urbano-industrial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1971.
- MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. 1993. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Política Científica e Tecnológica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.
- _____. *Norte-americanos no Brasil. Uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas, SP: Autores Associados; Bragança Paulista: EDUSF, 2001.
- _____. *Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.
- MARKS, Shula. What is colonial about colonial medicine? And what has happened to Imperialism and Health? *Social History of Medicine*, v. 10, n. 2, p. 205-219, Aug. 1997.
- MELO, Luís Correia de. *Dicionário de autores paulistas*. São Paulo: Comissão do IV Centenário da Cidade de São Paulo, 1954.
- MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política. Um estudo de formadores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERTON, Robert K. *The sociology of science: Theoretical and empirical investigations*. Chicago; Londres: The University of Chicago Press, 1973.
- MEYER, John W.; TYACK, David; NAGEL, Joane; GORDON, Audri. Public education as nation-building in America: Enrollments and bureaucratization in the American States, 1870-1930. *American Journal of Sociology*, v. 85, n. 3, p. 591-613, 1979.
- MOTT, Maria Lúcia. Revendo a história da enfermagem em São Paulo: (1890-1920). *Cadernos Pagu*, n. 13, p. 327-325, 1999.
- MURARD, Lion; ZYLBERMAN, Patrick. La raison de l'expert, ou l'hygiène comme science sociale appliquée. *Archives Européennes de Sociologie*, v. 26, p. 58-89, 1985.
- NAGLE, Jorge. *Educação e sociedade na Primeira República*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. [1. ed.: 1971].
- PAIVA, Carlos Henrique de Assunção. *A utopia burocrática: um estudo histórico comparativo das políticas públicas de saúde, Rio de Janeiro e São Paulo (1930-1960)*. 2004. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- PARSONS, Ethel. A enfermagem moderna no Brasil. *Revista de Enfermagem*, Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, ano 1. Número especial de lançamento. [Texto extraído da publicação *Arquivos de Higiene: Exposições e Relatórios*, 1927, p. 201/215, 1997].
- PAULA SOUZA, Geraldo Horácio; BORGES VIEIRA, Francisco. Centros de saúde. “Eixo” da organização sanitária. *Boletim do Instituto de Higiene*, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, n. 59, p. 1-50. 1944.
- _____. Formação de técnicos para os serviços de saúde pública. *Revista de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, ano 6, n. 1, p. 30-38, 1948.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... Inventário da saúde pública. São Paulo 1880-1930*. São Paulo: Ed. Unesp, 1993.
- RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB, 1999.
- ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas, SP: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 2003.
- ROSEN, George. *From medical police to social medicine: Essays on the history of health care*. New York: Science History Publications, 1974.
- SCHWARTZMAN, Simon. *Formação da comunidade científica no Brasil*. São Paulo: Ed. Nacional; Rio de Janeiro: Financiadora de Estudos e Projetos, 1979.

SILVA JÚNIOR, Osni Claudiano da. *Do Asylo da Mendicidade ao Hospital-Escola São Francisco de Assis: a mansão dos pobres*. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000.

_____. *A profissionalização da enfermagem nos Estados Unidos da América do Norte: a proposta educativa do Relatório Goldmark, 1923*. 2003. Relatório de Pesquisa (Pós-Doutorado) – Instituto de Medicina Social,

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STARR, Paul. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books, 1982.

VASCONCELLOS, Maria da Penha C. (Org.). *Memórias da saúde pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

Sobre os autores:

Luiz Antonio de Castro Santos é sociólogo, professor adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Lina Rodrigues de Faria é historiadora, pesquisadora de pós-doutorado com bolsa da Fapesp e membro do Departamento de Política Científica e Tecnológica da Unicamp.