

IEDA DE ALENCAR BARREIRA

**A ENFERMEIRA-ANANÉRI NO "PAÍS DO FUTURO":
A AVENTURA DA LUTA CONTRA A TUBERCULOSE**

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA À
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

AGOSTO DE 1992

FICHA CATALOGRÁFICA

Barreira, Ieda de Alencar.

A Enfermeira-Ananéri no "País do Futuro"; a aventura da luta contra a tuberculose. / Ieda de Alencar Barreira. - Rio de Janeiro, 1992.

355 p.

Dissertação (Doutorado em Enfermagem) UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1992.

1. Tuberculose - Práticas e Representações sociais - História. 2. Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) - Brasil - Enfermagem, 1947-1977. 3. Enfermagem e Sociedade - Identidade Profissional. 4. História Oral. 5. Tese.

I. Título

CDD 616.995.09
CDU 616.244 (09)

Esta tese contou com o apoio do CNPq, da CNCT/MS e da SR2/UFRJ.




Presidente - Bila Sorj (orientadora)
prof. adjunto, doutora - UFRJ



1ª examinadora: Maria Cecília Puntel de Almeida
prof. adjunto, doutora - USP / Ribeirão Preto



2ª examinadora: Terezinha Teixeira Vieira
prof. titular, doutora - UFBA



3ª examinadora: Marlene Alves de Oliveira Carvalho
prof. adjunto, doutora - UFRJ



4ª examinadora: Raimunda da Silva Becker
prof. titular, doutora - UFRJ

Orientadora Prof^a Dra. Bila Sorj

Ao Ricardo e Antônio, à Barbara e Victoria, eles entre passado e futuro, presentes que a vida me deu.

HOMENAGENS

À Alice, Ivanise, Stella, Cremilda, Mercedes, Haydée, Juvanira, Raquel, Sève, Dalva, Nair, Aparecida, Gildete, Antonieta, Dinalva, Izaura, Maria de Jesus, Walquíria, Adalgisa, Raimunda, Nalva, Eva, Raimundita, Euclídia, Maria Vieira, companheiras de Campanha, protagonistas desta história e colaboradoras deste trabalho.

Às colegas de academia, atuais companheiras de trabalho, que na luta por abrir espaços na universidade, elaboram uma reflexão sobre o significado de ser enfermeira em nossa sociedade e assim constróem um saber temperado na própria superação.

AGRADECIMENTOS (por ordem de entrada em cena):

À Campanha Nacional Contra a Tuberculose, onde encontrei a oportunidade de buscar meu quinhão de aventura

Às enfermeiras, médicos e funcionários da CNCT, atores sociais desta história e companheiros de uma luta sempre renovada e jamais terminada

À Laurênio Lima, que há tempos me ensinou o gosto e a seriedade da (a)ventura do ofício de escrever

À Mercedes Souza, pela confiança em me legar seus "alfarrábios", mapa que me guiou nessa travessia

Ao Centro de Referência Hélio Fraga, nas pessoas de Maria Alice Lima, José Antonio Miranda, Sônia Natal e Germano Gehardt, patrocinadores dessa expedição ao nosso passado comum

À colega Edna Macedo pelo apoio decidido nas delicadas missões para o registro das lembranças, recordações e memórias

Ao Miranda, Lourival, Aldo, Raphael, Gilmário, Sefton, Jaime, Gabriel, Alberto, Bichat e Fitipaldi, pela confiança em mim

Ao Blundi, Fé, Lafetá, Laurênio e Mourão, que partiram para onde o tempo não passa, mas nos deixaram seus depoimentos

Ao amigo Cardoso que dedicou horas de descanso ao trabalho de transcrever as fitas, com grande sensibilidade e empenho

Ao Departamento de Enfermagem Fundamental pelo apoio decisivo para que essa viagem não chegasse a ser interrompida

À Raimunda Becker, diretora da EEAN, pela paciência e respeito à minha prioridade pessoal de escrever esta tese

À Bila Sorj, professora do IFICS, pela acolhida a um pedido intempestivo de ajuda e pelas críticas ao meu trabalho

À Haydée Dourado, por manifestar publicamente sua solidariedade num momento crítico

À Suely Baptista, colega, amiga e interlocutora, cujas opiniões, força e carinho me encorajaram quando me encontrei em descaminhos

À Aline, Cecília e "Clovinho" pela aceitação de minha presença menor como filha, mãe e avó e pelos suprimentos de conforto material, emocional e espiritual

À Zezé Santos e às companheiras de trabalho corporal pela ajuda no processo de reequilíbrio vital, ultimamente tão afetado

À Suely, Marlene, Zezé Lima, Terezinha, Maria Luisa e Alice, leitoras preferenciais, que ao apontarem minhas falhas e excessos, não deixaram de ver o que pude produzir de bom

À Lizete De Martino, por mais uma vez me salvar de dificuldades relativas à bibliografia e catalogação

À Marlene Carvalho e ao Gilbert Huber pela elaboração, em regime de urgência, da versão do resumo para o francês e o inglês

Ao Clovis Barreira e Castro pelas aulas de digitação, assessoria permanente, diagramação e impressão da tese

Às amigas e amigos pela generosa expectativa enquanto aguardavam minha chegada ao porto de partida

Aos membros da banca examinadora, destinatários primeiros dessa tese, pela disposição de refazer o percurso de minhas reflexões

RESUMO

O objeto de estudo é a prática de um grupo de enfermeiras-supervisoras federais, cujo discurso permite analisar os conflitos e tensões advindos das exigências feitas por seus papéis sociais, femininos e profissionais, que resultam na ruptura com antigos estereótipos de gênero e de profissão e modificam sua identidade profissional. A evolução das representações sociais sobre a doença e respectivas manifestações artísticas são relacionadas às diferentes conjunturas econômicas e políticas e explicam os modos pelos quais a sociedade procura dar conta do problema da tuberculose, o que no Brasil, a partir da década de 40, se configura na Campanha Nacional Contra a Tuberculose. A abordagem da História Oral permite analisar a formação, desenvolvimento e crise desse grupo, que se explicam pela trajetória da instituição no interior do setor saúde, num contexto de medicalização da sociedade. A enfermagem da CNCT, atuando por 30 anos em âmbito nacional, vem a se constituir em uma das raízes da enfermagem brasileira.

ABSTRACT

The object of study is a group of Federal nurses/supervisors, whose discourse allows the analysis of the conflicts and tensions arising from the demands of their social roles, feminine and professional, and that result in breaking with old stereotypes of gender and profession and that modify their professional identity. The evolution of the social representation of tuberculosis and the respective artistic manifestations are related to the different economic and political moments and explain the way through which societies seek to handle the problem of this disease, which in Brazil, from the 40's on, constituted the National Campaign Against Tuberculosis NCAT/CNCT. The approach through Oral History permits the analysis of the constitution, the development, and the crises of this group, which are explained by the trajectory of the institution inside the health sector, in the context of society's medicalization. The NCAT/CNCT nursing, active for 30 years on a national scale has become one of the roots of Brazilian nursing.

RÉSUMÉ

L'objet de la recherche est la pratique professionnelle d'un groupe d'infirmières-superviseurs de la Campagne Nationale pour Combattre la Tuberculose (CNCT), initiative fédérale qui a eu lieu au Brésil à partir des années 40. L'analyse du discours des infirmières rend possible l'étude des conflits et tensions vécus dans leurs rôles sociaux, qui ont fini par provoquer la rupture d'anciens stéréotypes sexuels et professionnels, et le changement de leur identité professionnelle. L'évolution des représentations sociales et des manifestations artistiques concernant la tuberculose a des rapports avec les différents contextes économiques et politiques, et explique les manières par lesquelles la société essaye de résoudre le problème de la tuberculose. Au Brésil, le combat de la maladie a été fait grâce au concours de la CNCT. L'approche de l'Histoire Oral permet d'analyser la formation, le développement et la crise du groupe d'infirmières, qui sont expliqués par l'évolution de l'institution (CNCT) au sein de la Santé Nationale, dans un contexte où il existe une excessive interférence de la médecine dans tous les domaines de la vie humaine. Le groupe d'infirmières de la CNCT, qui travaillé au niveau national pendant 30 ans, représente une des racines de leur profession au Brésil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Escopo do estudo	1
Motivações para empreender o estudo	2
Enquadramento teórico-metodológico	4
O contexto operacional da pesquisa	13
Estrutura da tese	16
PRIMEIRA PARTE: DO MITO À LUTA CONTRA A TUBERCULOSE	18
1. MITOS, METÁFORAS E MENTALIDADES	19
Introdução	19
As origens européias	20
O mal romântico	23
O flagelo social	25
Novos tempos, novas imagens	26
O contágio da tuberculose e o bacilo de Koch	28
Tuberculose e psicanálise	30
Entrementes, do lado de cá do Atlântico	32
O romantismo na terra do pau brasil	33
A filantropia contra a tuberculose	35
2. DA CURA DE CLIMA À INTERVENÇÃO TECNOLÓGICA	38
Introdução	38
A atmosfera e o cenário dos romances	40
Os paradigmas da medicina e as representações da doença	42
O microcosmos sanatorial	43
O regime higieno-dietético e o tratamento médico-cirúrgico	45
A evolução da doença	47
O passar do tempo e o apelo da montanha	47
3. SANITARISTAS, TUBERCULOSE E ENFERMAGEM	50
Introdução	50
A proposta de Oswaldo Cruz	52
A reforma Carlos Chagas	53
Os sanitaristas brasileiros e as enfermeiras americanas	56
As enfermeiras de saúde pública no Brasil	58
A política de saúde no governo Vargas	61
A reforma Barros Barreto	62
SEGUNDA PARTE: A TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL DA CAMPANHA	66
1ª FASE: O PROJETO PAULA SOUZA E O FIM DA UTOPIA (1946-1953)	67
1. A CAMPANHA IDEALIZADA E A CAMPANHA POSSÍVEL	67
Introdução	67

A Campanha: bases legais e pressupostos	69
O projeto e as críticas	71
A luta pela hegemonia	74
A mudança e o balanço	75
A mística da Campanha	78
O discurso oficial do governo Vargas	79
O Ministério da Saúde e a CNCT	83
Evolução no período	84
2. A ENFERMAGEM NOS PRIMÓRDIOS DA CAMPANHA	86
Introdução	86
A enfermeira-ananéri na Campanha	88
O Setor de Cursos e as visitadoras	90
O berço da nova política e a ajuda às escolas	91
A Superintendência e as partidas para os estados	92
Novo estilo na Superintendência de Enfermagem	93
A enfermagem no sanatório de Curicica	96
Impacto do advento da Campanha na enfermagem brasileira	97
Evolução no período	99
2ª FASE: A COMISSÃO TÉCNICA DE HÉLIO FRAGA (1954-1971)	101
1. UM MODELO CONSTRUÍDO NA LUTA	101
Introdução	101
A gestão ministerial e a Campanha	101
A construção de um esquema terapêutico por ensaio e erro	106
O grupo de Pernambuco apresta suas armas para a luta	108
A atuação do órgão central de enfermagem	109
As enfermeiras da Campanha no Recife vão à luta	111
O dia-a-dia das enfermeiras	114
Término da experiência e ressonâncias	116
Evolução no período	117
2. REPRODUZINDO O MODELO E ABRINDO A REDE	119
Introdução	119
A Campanha, de Jânio a Jango	121
A escalada do regime: a saúde, de Castelo a Médici	125
A gestão de Hélio Fraga e Laurênio Lima	128
As diretrizes internacionais e a Campanha no Brasil	131
Evolução no período	134
3. UM NOVO ESTILO DE ENFERMAGEM	136
Introdução	136
A renovação de métodos em meio à instabilidade	137
As "enfermeiras de dispensário" em alta	141
A reorganização dos dispensários	143
A nova estratégia, a nova medida e o novo método	145
Treinamento e supervisão em equipe multiprofissional	147
Evolução no período	148

3ª FASE: OS PLANOS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO (1972-1979)	150
1. DA TUBERCULOSE À PNEUMOLOGIA SANITÁRIA	150
Introdução	150
A ruptura no programa de controle da tuberculose	153
A Tuberculose entra no 2º PND	157
A Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária	161
A previdência assume a tuberculose e a DNPS, as IRA	162
Os revezes da enfermagem e a perda da identidade	163
A enfermagem na DNPS: sobrevivendo fora do ninho	166
A enfermagem e as enfermeiras: ganhos e perdas	167
Evolução no período	168
2. A MIGRAÇÃO DA METÁFORA	169
Introdução	169
O esvaziamento da Tuberculose	172
A liquidação da DNPS e o ressurgimento da Campanha	173
O Câncer toma o espaço	177
Evolução no período	179
TERCEIRA PARTE: A IDENTIDADE DA SUPERVISORA	180
1º ESTÁGIO: A JOVEM SUPERVISORA	181
1. TORNAR-SE ENFERMEIRA, DA CAMPANHA	181
Introdução	181
Enfermagem, solução de vida	186
A prova de fogo	190
O processo pedagógico: o despertar da <i>vocação</i>	192
Os desafios da superação	194
A disciplina e as indisciplinas	195
As ameaças de exclusão e as recompensas	195
As portas de entrada da Campanha	197
O fascínio pelo Rio de Janeiro e a vontade de viajar	199
Conclusão	199
2. SOCIALIZAÇÃO DA SUPERVISORA: HIERARQUIA E DISCIPLINA	201
Introdução	201
A chegada no setor de enfermagem	206
Enfrentando a cidade grande	207
Vestindo a camisa do time	207
O controle no tempo e no espaço	210
A chefe, as supervisoras e a equipe itinerante	211
Curicica e o Rezende	213
O horror aos "de fora"	214
O órgão central de enfermagem e a periferia	216
A falta de garantias	217
O <i>seu</i> grupo e os revezes políticos	219
Conclusão	220

2º ESTÁGIO: DES(CONS)TRUINDO O MITO DA TUBERCULOSE	222
1. A SUPERVISORA: SABER E PODER	222
Introdução	222
A primazia do serviço de enfermagem	227
A preferência pela enfermeira	229
O respaldo institucional	231
Entre a rocha e o mar	233
Motivos e incentivos	235
Transgressões e sanções	238
Conclusão	240
2. A MÍSTICA DA ENFERMEIRA-SUPERVISORA	242
Introdução	242
Enfermagem, trabalho de mulher	247
O trabalho abnegado e as qualidades femininas	249
A casa e o trabalho	252
Mulher moderna ou menina <i>fácil</i> ?	254
Os arranjos locais	256
A difícil relação com o gênero fraco	257
A identificação com o gênero forte	259
Conclusão	261
3. A LUTA CONTRA O BACILO E A GUERRA DE NERVOS	263
Introdução	263
A enfermeira no sanatório e os doentes	270
A enfermeira dispensarial e o "consumo de saúde"	272
A supervisora <i>versus</i> o médico do dispensário	274
A supervisora e as autoridades locais	277
A seleção e o treinamento de pessoal	279
Conclusão	280
3º ESTÁGIO: O PERDIDO E O GANHADO	281
1. A AVENTURA DO TRABALHO	281
Introdução	281
A metáfora da guerra e a dor pelo sofrimento alheio	286
O <i>estranhamento</i> e as vicissitudes	288
As armadilhas e ciladas	290
O <i>stress</i> da tarefa	291
O medo e a valentia desmedida	293
Tentativas de sabotagem e estratégias	294
Os infortúnios e o desligamento	295
Ideologia defensiva e consciência crítica	296
O outro lado da dor: a satisfação do desejo	298
Conclusão	299
2. A INTERDIÇÃO E A RECONSIDERAÇÃO DO PASSADO	301
Introdução	301
Vivenciando a crise dos programas verticais	309

A expropriação do saber e a perda do poder	310
Quem pode e quem não pode	312
Deixando a casa ancestral: dissolução das equipes	314
Conclusão	316
3. O (DES)FECHO DA HISTÓRIA: A PERDA E A ELABORAÇÃO DO MITO	317
Introdução	317
Lidando com a perda: a depreciação do objeto	320
Lidando com a perda: a valorização do objeto	321
A ambigüidade: a Campanha valeu?	323
A elaboração do mito coletivo	325
O legado das pioneiras ou as "enfermeiras-baluartes"	327
O orgulho das origens	328
A mística do herói	329
"A semente que o Rafael plantou"	330
"Os ex-doentes trabalhando"	332
A familiaridade com a doença, do outro	333
O amor pela Tuberculose e o élan pelo trabalho	334
A aventura e a crise, o conto e a fábula	336
A saga da supervisora da Campanha	337
CONCLUSÕES	338
A Campanha no cenário nacional	338
O órgão central de enfermagem na Campanha	341
A identidade da enfermeira da Campanha	343
BIBLIOGRAFIA	347

INTRODUÇÃO

"A certa altura da vida, vai ficando possível dar balanço no passado sem cair em auto complacência, pois o nosso testemunho se torna registro da experiência de muitos, de todos que, pertencendo ao que se denomina uma geração, julgam-se a princípio diferentes uns dos outros e vão, aos poucos, ficando tão iguais, que acabam desaparecendo como indivíduos para se dissolverem nas características gerais da sua época. Então, registrar o passado não é falar de si; é falar dos que participaram de uma certa ordem de interesses e de visão do mundo, no momento particular do tempo que se deseja evocar."

Antônio Cândido

Escopo do estudo

A tese tem como objeto de estudo a formação, desenvolvimento e crise de uma categoria profissional no interior de um órgão da administração sanitária federal, entre dois períodos de redemocratização do país: após o Estado Novo de Vargas e após a ditadura militar. Essa categoria, eminentemente feminina, surgiu no Brasil na década de 20, quando as mulheres tinham poucas oportunidades de profissionalização e ascensão social independente. A formação da identidade da enfermeira ocorre em um contexto mundial onde a figura da mulher, enquanto construção de gênero, está carregada de representações e ideologias que restringem sua participação na sociedade.

Interessa-nos estudar como a identidade da enfermeira, tão marcada pela condição feminina, a qual influencia a organização mesma da profissão no interior desse órgão, aí se modifica, a partir de um novo tipo de prática, ocasionando a ruptura com antigos estereótipos de gênero e de profissão. Embora as expectativas de papel da enfermeira da Campanha Nacional Contra a Tuberculose coincidissem com o processo de socialização ocorrido em seus lares e reforçado durante sua formação profissional, no que se refere ao cumprimento de normas, o papel da supervisora não representava uma extensão do papel doméstico.

Devido ao seu alheamento do mundo público, durante toda sua formação familiar e profissional, essas enfermeiras, chamadas a atuar em tal dimensão, não possuíam um acervo de conhecimentos e experiências suficiente para respaldar seu desempenho ou para permitir-lhes compreender o que lhes acontecia, a cada fase da trajetória institucional. Meu olhar é interno ao grupo e procura explorar como este tenta dar conta dos conflitos e tensões advindos das exigências, por vezes incompatíveis, de seus papéis sociais, femininos e profissionais, e que

esforços foram feitos para fazer face ao desgaste e à perda de prestígio sobrevividos na última fase da enfermagem na Campanha.

A proposta de trabalho é, portanto, estudar os fatos e processos sociais ocorridos no corte espaço-temporal e institucional denominado "Enfermagem da Campanha Nacional Contra a Tuberculose/Brasil (1947-1977)", em suas variações de caráter e dimensões, mediante as seguintes operações: analisar as repercussões do contexto histórico na Campanha Nacional Contra a Tuberculose; relacionar a evolução das políticas de saúde e diretrizes correspondentes à situação epidemiológica da tuberculose e ao desenvolvimento da tecnologia para seu controle; avaliar a influência das transformações ocorridas na visão social da tuberculose e na enfermagem da CNCT; interpretar os comportamentos, opiniões, maneiras de ser e de pensar das enfermeiras-supervisoras ou sobre elas; e discutir as implicações internas e externas do espaço de atuação da enfermeira-supervisora da CNCT.

O estudo abrange assim, para além de um trabalho de reconstituição histórica mais geral, um quadro de reflexões específicas sobre o trabalho da enfermeira na Campanha, sua identidade e subjetividade. Minha expectativa é a de que esta tese possa representar uma contribuição para a história da enfermagem no Brasil, para a análise institucional da CNCT e para a história da doença mesma. Também se espera poder contribuir para o fortalecimento de uma linha de pesquisa que se vem delineando na Escola de Enfermagem Anna Nery, que poderia ser denominada *Raízes da identidade da enfermeira brasileira*.

Motivações para empreender o estudo

Na década de 70, em um congresso brasileiro de enfermagem, um assessor ministerial, estudioso dos aspectos sociológicos da saúde, ao considerar as dificuldades de reconhecimento social enfrentadas pelas enfermeiras, lançou a tese de que nossa profissão, de modo geral, careceria de apelo à novidade, ao imprevisto e ao risco: "A aventura foi apresentada como um signo que caracterizou o Renascimento e que levou às grandes descobertas ... Desde então a aventura tem um valor próprio, que se sobrepõe a outros valores culturais, entre os quais a rotina, os serviços sociais e as atividades que constituem o trivial na vida ... Na escolha das profissões, a oportunidade de aventura, ou as promessas de uma possível aventura parecem ter ... grande importância. **Isto explicaria boa parte do desinteresse pela profissão da enfermeira — ela não oferece perspectivas de aventura, a não ser nas UTI, nas salas de operação ...**" (Bastos, 1978, p.11). Se não me era possível concordar com essa colocação, ela não deixou de me impressionar. E essa perplexidade incorporou-se às minhas reflexões sobre a natureza da enfermagem e a identidade da enfermeira. O componente de aventura estaria na enfermagem restrito às situações de vida-ou-morte (do outro)? Seria a figura-tipo da enfermeira a de um ser avesso à aventura? Em tal caso, essa aversão estaria ligada à condição feminina? Como lembra um ensaísta, a mulher era considerada "a inimiga do perigo, da aventura, seja por instinto de prudência, seja porque pretendesse permanecer a única aventura do homem" e, ao mesmo tempo, ela era muito bem aceita quando "a serviço de uma religião ou da assistência humana"; lança ele

então uma tese oposta àquela primeira, ou seja: **"não se pode imaginar quantos véus de freiras ou gorros de enfermeiras esconderam espíritos aventureiros."** (Cardoso, 1987, p.28-29).

O desejo de aprofundar-me nessas questões, tomando por base a experiência compartilhada por um grupo restrito de enfermeiras, ao longo de décadas de trabalho, levou-me à decisão de empreender esta busca e narrar seus resultados. É fato que "os narradores gostam de começar sua história com uma descrição das circunstâncias em que foram informados dos fatos que vão contar a seguir, a menos que prefiram atribuir essa história a uma experiência autobiográfica. ... Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso ... seus vestígios estão presentes de muitas maneiras nas coisas narradas, seja na qualidade de quem as viveu, seja na qualidade de quem as relata." (Benjamin, 1985, p.205). No caso desta narrativa as duas situações se confundem. Entrei na Campanha Nacional Contra a Tuberculose em 1956, aos dezenove anos, recém-diplomada pela Escola Anna Nery, recrutada pelo setor de enfermagem para trabalhar no sanatório do Sancho, no Recife. Nesta cidade, participei da elaboração do modelo de ação dispensarial que logo seria aplicado na maioria das capitais brasileiras. De volta ao Rio, desenvolvi atividades de treinamento e supervisão das enfermeiras contratadas para expandir a rede dispensarial e, mais tarde, das pesquisas e programas relativos à infecção tuberculosa e à vacina intradérmica. Antes e depois da extinção do órgão de enfermagem, implantei coordenações ligadas ao desenvolvimento de recursos humanos. Após meu ingresso no corpo docente da Escola Anna Nery, em 1975, enquanto minha atuação na CNCT se fazia mais apagada, iniciei minha produção de pesquisadora junto ao CNPq com um projeto sobre a participação da enfermeira nessa instituição, semente deste trabalho.

Como supervisora da CNCT, certas ambigüidades, no meu desempenho de então e no de minhas colegas, causavam-me certas perplexidades. Como se dava, de fato, a inserção da enfermeira-supervisora no projeto institucional da Campanha? Em que se diferenciava ela dos demais profissionais da equipe? Por que as manifestações do poder disciplinar se revestiam de diferentes graus de autoridade/submissão, segundo determinados momentos e espaços? Que influência teria a situação da mulher na sociedade da época na definição da posição da enfermeira na Campanha? De que modo os avanços tecnológicos incorporados aos programas de trabalho modificavam sua participação? Como os acontecimentos políticos determinavam os fatos ocorridos no âmbito da instituição? E como se manifestaria a consciência desta realidade nas recordações dos atores nela envolvidos?

A decisão de realizar esse estudo colocou para mim desafios de várias naturezas: desvendar uma realidade na qual eu mesma fui uma das protagonistas, mediante o exercício da disciplina de observação através do tempo, mediante movimentos alternados de aproximação e afastamento da realidade estudada, tanto no tempo (passado/presente), quanto no foco de observação (inserção/distanciamento crítico); desenvolver um projeto sempre provisório e inacabado e cada vez mais exigente, em termos de disponibilidade de tempo, para o estudo, a introspecção e a reflexão; o de aventurar-me na busca de significados histórico-sociais para a realidade estudada, chegando a situar minhas descobertas em um contexto teórico mais amplo.

Por outro lado, a realização deste trabalho trouxe-me grande enriquecimento pessoal, como: resgatar uma parcela de minha vida, que de certo modo determinou a profissional e a pessoa que hoje sou, trazendo uma nova clareza à minha visão daquele mundo e do mundo em geral; avançar no conhecimento dessa realidade e nos próprios modos de avançar nesse conhecimento; ampliar meu descortino em relação à profissão no Brasil, pela compreensão da dinâmica interna das relações profissionais na CNCT; ajustar a percepção sobre minha imagem no corpo social da CNCT, e em contrapartida reconsiderar minha opinião sobre pessoas com as quais convivi no passado.

Enquadramento teórico-metodológico

O presente estudo configura-se como um estudo de caso. Como se aconteceu neste tipo de trabalho, seus questionamentos iniciais se alargaram e se estruturaram a partir do seu próprio desenrolar, dando-lhe o caráter de uma "pesquisa progressiva" (Queiroz, 1983, p.68). Deste modo, o período estudado inicialmente, ou seja, a série histórica de 30 anos, que medeia entre os primórdios da enfermagem na Campanha, a partir de 1947, e a reforma administrativa do Ministério da Saúde de 1977, que determinou a extinção da seção de enfermagem e a dispersão das enfermeiras-supervisoras, alargou-se pela exploração dos tempos que antecederam e sucederam o espaço de existência da figura da enfermeira-supervisora da Campanha, possibilitando esclarecer razões e determinações do seu trabalho cotidiano.

Acreditamos que o quadro teórico de uma pesquisa só pode ser plenamente compreendido e bem evidenciado ao longo da discussão do objeto da pesquisa, posto que não constitui algo preliminar e distinto daquilo a que se aplica. Ao contrário, "o conhecer, que é ação e portanto práxis, vai exigindo certas definições a respeito de seu objeto; e plenamente definido este, é possível então buscar a uma profundidade maior os delineamentos das linhas gerais que foram seguidas ao se desenvolver a ação de pensar, formulando-as em palavras e condensando-as em sínteses mais e mais abstratas." Assim, as bases teóricas de sustentação da crítica realizada neste trabalho foram sendo explicitadas no decorrer do estudo e à medida em que emergiam dos dados novos questionamentos, que se impunham à minha reflexão, do mesmo modo relatado por essa autora ao comentar o processo de elaboração de uma pesquisa, na qual "a reflexão teórica explícita ... teve por função conscientizar as pesquisadoras da teoria implícita, adormecida no interior de seu próprio saber, e que a execução do trabalho ... ia despertando." (Queiroz, 1983, p.62-63).

O atual estudo apresenta, como primeiro ponto de interseção e contraste, os condicionantes históricos e a mitologia criada pelo imaginário social, no qual ressalta a figura e o papel do herói. Um segundo ponto é o das possibilidades e limitações da memória, enquanto fenômeno individual e coletivo, fonte de dados que serve de matéria prima à História Oral. Em terceiro lugar, temos a considerar como condições de produção do discurso das enfermeiras-supervisoras da Campanha a ideologia própria à profissão e a mística da Campanha, sobre as quais se constrói o poder e o saber da supervisora.

Sobre o primeiro ponto, ou seja, os condicionantes históricos e o imaginário social, sobre a doença e sobre a Campanha, consideramos que "o simbólico e o estrutural não são mais que dois aspectos do mesmo fenômeno social total, o qual é também totalmente histórico", e que em assim sendo, os estudos sócio-estruturais e os estudos sócio-simbólicos representam as duas faces da mesma realidade, que muitas vezes devem ser consideradas simultaneamente (Bertaux, 1980, p.204).

A transformação de um real histórico em uma imagem natural deste real é função específica do mito, mediante a elaboração de uma fala despolitizada: "o mito não nega as coisas, sua função é falar delas; ele simplesmente purifica-as, inocenta-as, fundamenta-as em natureza e em eternidade, dá-lhes uma clareza, não de explicação, mas de constatação. Passando da história à natureza, o mito faz uma economia: abole a complexidade dos atos humanos, confere-lhes a simplicidade das essências, suprime toda e qualquer dialética, qualquer elevação para lá do visível imediato, organiza um mundo sem contradições, porque sem profundezas, um mundo plano que se ostenta em sua evidência, cria uma clareza feliz: as coisas parecem significar sozinhas, por elas próprias." (Barthes, 1989, p.150 e 163-164). O herói mitológico, justificado racionalmente, serve à ideologia dominante, pois o culto do herói evita mudanças. No entanto, a aceitação do fato de que o indivíduo somente pode atuar dentro das condições determinadas pela organização econômica da sociedade e pelo poder político não elimina o fascínio exercido por certas personalidades. Como diz Madel Luz, ao analisar as origens do Instituto Oswaldo Cruz, o difícil é encontrar esta encruzilhada entre as condições históricas, determinantes, e a ação dos homens, coletiva e individual. Do ponto de vista individual, recorta-se sobre o fundo das ações coletivas, a figura dos intelectuais, face às classes, face ao Estado e ao saber que dominam" (Luz, 1982, p.192) ou seja "reconhecer que, à luz de uma historiografia moderna, deve prevalecer o componente sócio-econômico na explicação dos acontecimentos, não significa necessariamente eliminar aquele espaço reservado às opções do indivíduo. A margem de imprevisibilidade decorrente dos voluntarismos no momento da ação confere à cientificidade da história uma inequívoca singularidade." (Lopez, 1984, p.38). Assim, da história da Campanha ressaltam figuras que, por sua atuação, se constituíram em marcos referenciais para todos os que uniram sua trajetória profissional à trajetória dessa instituição.

E até porque "o herói revelado pela história não precisa ter qualidades heróicas; originalmente, isto é, em Homero, a palavra "herói" era apenas um modo de designar qualquer homem livre que houvesse participado da aventura troiana e do qual se podia contar uma história. A conotação de coragem, que hoje reputamos qualidade indispensável a um herói, já está, de fato, presente na mera disposição de agir e de falar, de inserir-se no mundo e começar uma história própria. E esta coragem não está necessariamente, nem principalmente, associada à disposição de arcar com as conseqüências; o próprio ato do homem que abandona seu esconderijo para mostrar quem é, para revelar e exibir sua individualidade, já denota coragem e até mesmo ousadia. ... A história real, em que nos engajamos durante toda a vida, não tem criador visível nem invisível, porque não é criada. O único "alguém" que ela revela é o seu herói; e ela é o único meio pelo qual a manifestação originalmente intangível de um "quem" singularmente diferente pode tornar-se tangível *ex post facto* através da ação e do discurso. Só podemos saber

quem um homem foi se conhecermos a história da qual ele é o herói — em outras palavras, sua biografia; tudo o mais que sabemos a seu respeito, inclusive a obra que ele possa ter produzido e deixado atrás de si, diz-nos apenas **o que** ele é ou foi. ... (Arendt, 1987, p.198).

Um segundo ponto de discussão é o da estratégia que permitiu essa dupla abordagem, qual seja, a utilização de depoimentos pessoais como matéria prima da pesquisa, numa perspectiva do que se convencionou chamar de História Oral, o que coloca a questão das possibilidades e limitações da memória, enquanto fenômeno individual e coletivo, como fonte de dados, uma vez que "não se pode pensar em história oral sem pensar em biografia e memória." (Alberti, 1989, p.6). Sendo esse um campo interdisciplinar, interessa à história, à sociologia, à antropologia, à ciência política e mesmo ao jornalismo. (Haguette, 1987, p.83). Sua emergência e institucionalização acadêmica ocorrem nas duas últimas décadas, estando vinculadas ao desenvolvimento de recursos tecnológicos para a tomada do depoimento e para o tratamento da entrevista. (Meihy, 1990, p.28). Na história oral, a abordagem qualitativa desloca o objeto documentado (a entrevista) de uma visão do passado "tal como efetivamente ocorreu" para a experiência e a versão do entrevistado; assim, "não é mais negativo o fato do depoente poder *distorcer* a realidade, ter *falhas* de memória ou *errar* em seu relato; o que importa agora é incluir tais ocorrências em uma reflexão mais ampla ...". (Alberti, 1989, p.2-3). Deste modo, privilegia-se "a recuperação do vivido conforme concebido por quem o viveu" e não o ineditismo da informação, nem o preenchimento de lacunas dos arquivos de documentos escritos ou iconográficos (idem, p.5-6). Por isto, na história oral, "os depoimentos não são considerados ilustrações e sim fontes de captação não só da memória de um determinado grupo recortado, como o de articulação à própria história da sociedade ..." A experiência de vida de pessoas empresta à história uma nova e dinâmica qualidade, ao dar espaço à vida das pessoas comuns; ainda mais, "democratiza-se o meio acadêmico através da interdisciplinariedade, do contato humano com os atores que participam do conflito que move o processo histórico, e propicia-se a entrada na historiografia de todos os que têm na experiência comum do trabalho o liame que os torna integrantes do viver sócio-coletivo." (Cardoso, 1989, p.19e41).

No presente caso, a tomada dos depoimentos teve o duplo objetivo de reunir discursos autobiográficos, nos quais o sujeito conta sua história, e o de reunir informações sobre uma realidade social, na qual o indivíduo é testemunha de seu tempo, de seu ambiente, de sua inserção social. (Poirier & Clapier-Valladon, 1980, p.352). A história coletiva das enfermeiras supervisoras foi construída sobre a trajetória institucional da CNCT e sua inserção no panorama econômico e político nacional. Suas histórias de vida profissional permitiram essa dupla abordagem, ou seja a trajetória do grupo na instituição, em uma perspectiva histórica, e também sua vivência cotidiana de *ser supervisora da CNCT*.

As histórias de vida, matéria prima da história oral, colocam-se como "ponto de articulação entre os seres humanos e os lugares sociais, a cultura e a práxis, as relações sócio-estruturais e a dinâmica histórica" (Bertaux, 1980, p.197). Assim, as histórias de vida podem ser utilizadas tanto para pesquisar aspectos sócio-estruturais, como as estruturas de produção, a formação das classes sociais, os modos de vida de certos meios sociais, as formas particulares da

vida material, produção e reprodução, trabalho e consumo, quanto para apreender os fenômenos simbólicos, como os complexos de valores e de representações coletivos, em continuidade à tradição sociológica e antropológica que vai do estudo das religiões e dos mitos à ideologia moderna.

As críticas à história oral referem-se à validade dos dados: os depoimentos pessoais são avaliados como parciais, deturpados e enganosos, visto que se baseiam na memória, que é falha e seletiva, e também por força das ideologias em jogo. Se estas críticas são pertinentes, essas limitações não são privilégio da história oral, que no caso apresenta sobre o documento escrito a vantagem de apresentar "um fator dinâmico na interação entre passado e presente, fugindo ao aspecto estático do documento escrito, que permanece o mesmo através do tempo. (Haguette, 1987, p.81-82). O fato de que os depoimentos representam apenas um ponto de vista sobre o passado, visto sob o prisma do presente, não o invalidam, pois como argumenta Ecléa Bosi, o que os livros de história registram são também um ponto de vista, uma versão do acontecido, não raro desmentido por outros livros, com outros pontos de vista. Tanto assim que, ao descrever o processo de elaboração de sua obra *Memória e Sociedade* registrou: "a veracidade do narrador não nos preocupou: com certeza seus erros e lapsos são menos graves em suas conseqüências que as omissões da história oficial." (Bosi, 1987, p.24). Paul Thompson, autor do clássico *The Voice of the Past: Oral History* (1978), primeiro livro dedicado ao tema, enfatiza a flexibilidade do método, pois as histórias de vida se baseiam em uma combinação de exploração e questionamento, num contexto de diálogo, o que significa que o pesquisador está preparado para se deparar com o inesperado, e ainda mais, que as informações dadas são determinadas pelo ponto de vista do informante sobre sua própria vida e não pelo quadro de referência do pesquisador. (Thompson, 1980, p.294). Como reforça Aspásia Camargo, esta preferência pela vivência dos atores e suas representações deve-se à necessidade de "romper a opacidade dos fatos", captando o sentido mais profundo da ação social, coletiva, pois "o discurso individual é mais rico, confiável e pródigo quando se refere àquilo que quem o produz melhor conhece: a sua experiência, a sua práxis, no contexto de sua própria vida." (Camargo, 1981, p.13 e 21).

A história de vida profissional dos integrantes da CNCT mostrou-se o meio adequado aos nossos propósitos porque a história de vida tem a possibilidade de apresentar, em síntese, "o estado em que se encontra um grupo, uma camada ou mesmo uma sociedade, facilitando por um lado a abordagem de seus diversos aspectos — estruturais, de dinâmica, de sincronia, etc — e por outro lado, a apreensão dos aspectos psico-sociais — atitudes, opiniões, aspirações — dos indivíduos que os experimentam." A história de vida possibilita ademais que o preconceito, enquanto fato social, seja estudado em função do membro do grupo, de dentro da comunidade, levando-se em conta o grupo de indivíduos "vivendo, sentindo, agindo, dentro da armadura das instituições, à qual o viver, sentir e agir afrouxa, dá elasticidade, modifica." (Queiroz, 1983, p.60).

O tema da "reconstrução do passado" foi desenvolvido na década de 20, na teoria psicossocial de Maurice Halbwachs (1877 - 1945), mediante o conceito de *quadros sociais da memória* que são "os instrumentos dos quais a memória coletiva se serve pra recompor uma imagem do passado, que se concilie com os pensamentos dominantes da sociedade, em cada

época." Deste modo, não haveria a possibilidade de uma memória "fora dos quadros dos quais os homens que vivem em sociedade se servem para fixar e reencontrar as lembranças." Os diversos grupos sociais são capazes, a cada momento, de reconstruir seu passado, mas geralmente, "ao mesmo tempo em que o reconstruem, o deformam", pois "as idéias de hoje são capazes de se opor às lembranças, de prevalecer sobre elas, e de transformá-las, porque elas correspondem a uma experiência coletiva muito mais ampla, comum não apenas aos membros do grupo considerado, mas também aos membros de outros grupos contemporâneos ..." (Halbwachs, 1975, p.XVIII, 79, 289 e 291). Neste sentido, comenta Ecléa Bosi, no mencionado livro: Halbwachs "amarra a memória da pessoa à memória do grupo; e esta última à esfera maior da tradição, que é a memória coletiva de cada sociedade." No caso de pessoas, como as enfermeiras da Campanha, que trabalharam e conviveram intensamente, por décadas, o grupo tende a de criar *universos de discurso* ou *universos de significado*, isto é, "esquemas coerentes de narração e de interpretação dos fatos", ou seja uma *versão* consagrada dos acontecimentos, mediante a qual o grupo "procura fixar a sua imagem para a História", imagem esta carregada de ideologia, com seus estereótipos e mitos. (Bosi, 1987, p.27-28).

Quando, como no caso em questão, trata-se de funcionários assalariados, "sua inserção na vida pública faz-se principalmente mediante o trabalho" que ocupa a maior parte de suas vidas, com implicações tanto à dimensão subjetiva, relacionada ao processo de adestramento e à vivência do tempo na prática cotidiana, quanto à dimensão social, na qual o trabalho é também um emprego, ou seja não constitui apenas uma fonte de remuneração salarial, mas indica "o lugar obrigatório de cada qual na hierarquia de uma sociedade feita de classes e de grupos de *status*." (Bosi, 1987, p.371-372 e 390). Por isto, as narrações das enfermeiras-supervisoras da Campanha correspondem a muito mais do que a soma de seus depoimentos pessoais, pois representam um ponto de vista de um grupo específico, que tem um passado e uma experiência comuns e diferenciados dos demais integrantes da instituição e das demais enfermeiras suas contemporâneas. No que se refere à memória política, a lembrança dos fatos públicos muitas vezes molda um discurso "valorativo, convencional, *ideológico*, cada vez mais parecido com a crônica oficial, geralmente celebrativa, até chegar ao *estereótipo* mítico (Bosi, 1987, p.376-377), o que de fato chegou a acontecer ao término da história profissional desse grupo de enfermeiras.

Neste estudo, o uso da história oral teve, além do propósito de preencher lacunas, providência esta indispensável, devido à destruição da maior parte dos arquivos da seção de enfermagem da DNT e da dispersão das informações sobre a atuação das enfermeiras-supervisoras, o propósito de "dar a palavra" às enfermeiras, cuja atuação tem sido esquecida nas análises institucionais e mesmo nos programas de história oral no campo da saúde, sob a alegação de "pouca visibilidade". Foi sobretudo um meio de transpor explicações simplistas sobre sua inserção na Campanha, o modo como se deu sua trajetória e as razões de sua crise no interior da instituição. Considerando que, na maior parte das vezes, "lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e idéias de hoje, as experiências do passado", daí decorre que "a memória não é sonho, é trabalho". (Bosi, 1987, p.17). E se considerarmos que na mitologia do esquecimento e da recordação, a perda da memória corresponde à perda da consciência do *self* e sua recuperação (*anamnesis*), à tomada de consciência de sua identidade

(Eliade, 1991, p.105), apesar de concordar com a posição de que a história oral não é, pela própria força do método, uma prática transformadora ou inerentemente democrática, não me restam dúvidas de que para essas enfermeiras o fato de serem chamadas a dar seus depoimentos se constituiu em uma oportunidade de "reflexão sobre o que lhes aconteceu" (Debert, 1986, p.151), trabalho este que produziu resultados. Temos que considerar que também no discurso das enfermeiras-supervisoras da Campanha, o objeto de interesse não é "a vida como totalidade concreta", mas a *significação* que ela tem no contexto da pesquisa. Mesmo por que, essa totalidade é "fragmentada e dividida pelo jogo das circunstâncias, por forças sociais incontrolláveis, acontecimentos coletivos que invadem a vida ...". De outro modo, é importante saber que cada qual "se esforça por contar a história de uma série de contingências como a de um desenvolvimento unitário e por descrever uma linha partida por forças exteriores como um itinerário voluntário e escolhido do interior". (Bertaux, 1980, p.213).

Sobre a questão da relação do pesquisador com o grupo que pretende estudar, Maria Isaura Pereira de Queiroz avalia que quanto maior sua familiaridade com este grupo, maior facilidade para a formulação da questão, "que ganha em sutileza e agudez"; porém, se o pesquisador conhece o grupo do interior, ele terá opiniões e atitudes a seu respeito, mesmo que delas não tenha muita consciência. Assim, adverte que o pesquisador deve tomar consciência de sua atitude pessoal frente às questões da pesquisa, de modo a estar atento a essas tendências. (Queiroz, 1983, p.164-165). Em uma tese de mestrado em História, Cardoso registra sua emoção no contato com as fontes orais: "a sensação era a de que éramos os outros a quem ouvíamos, de que aquilo que diziam possuía uma enorme familiaridade conosco pois referia-se a tempos que havíamos também vivido ou que se fazia cronologicamente muito próximos. Nosso passado recente ou aquele vivenciado por nossos antecessores era revisitado, propiciando-nos o confronto de nossas reminiscências pessoais com aquelas de outros seres diferentes de nós." (Cardoso, 1989, p.2). No meu caso, tal impacto foi aumentado pelo fato de que eu havia pertencido ao grupo pesquisado e portanto conhecia, de longa data, todas as pessoas entrevistadas. Essa condição pareceu-me favorável à realização do trabalho: pela grande confiança com que quase todos os informantes me deram seus depoimentos, pelo meu conhecimento geral de suas trajetórias profissionais e de parte de suas vidas particulares e pela facilidade que senti para discriminar, nas situações narradas, o usual ou habitual do casual ou eventual. De outro lado, estou consciente de que seria até certo ponto inevitável que, nas questões por mim colocadas na entrevista e, posteriormente, na minha apreciação das narrativas estivessem presentes meus preconceitos, vieses, juízos de valor e prioridades, talvez estabelecidos na época em que trabalhei na Campanha.

Mas a tomada desses depoimentos operou resultados também na consciência da pesquisadora, pois no processo de constituição de uma fonte oral, "pesquisadores e entrevistados entrelaçam suas histórias, reconstruindo o passado e analisando o presente, baixo a perspectivas diferenciadas, tendo o entrevistador a função de, para além de captar uma biografia oral, relacionar as práticas e a visão de mundo de seus entrevistados ao processo histórico que lhes foi dado viver. O fato de o pesquisador ser também seu artífice [do testemunho gravado], isto é, ingerir nele e dele ser parte, é o que permite uma aproximação mais direta, sensível e crítica

dos elementos simbólicos, imaginários e ideológicos." Graças ao privilégio que tem, "de poder enlaçar sua narrativa acadêmica à dos depoentes, o entrevistador abre mais facilmente as sendas da memória, trazendo à tona não só a lembrança dos acontecimentos, mas a elaboração de consciências sócio-individuais, e faz falar as *vozes de Clio*, na medida em que entrecruza as histórias pessoais à história maior que vai se construindo." (Cardoso, 1989, p.16). Mesmo porque se o esquecimento equivale ao sono, mas também à perda de si mesmo, à desorientação, à cegueira ou à venda da ilusão, a sabedoria, ao contrário, ao dilacerar o véu ou suprimir a ignorância, torna possível a libertação, que pode ser comparada a um despertar ou à tomada de consciência de uma situação que existia desde o princípio, mas que não fora percebida. (Eliade, 1991, p.106-107).

É importante tentar compreender como os seres humanos fazem para construir um certo sentido, do qual sua vida real foi desprovida. O pesquisador sabe que "através dos olhos do narrador, não é a ele que queremos ver, mas o mundo, ou melhor *seu mundo*." Este trabalho subterrâneo do pesquisador, que muitas vezes se encontra dissimulado pela espontaneidade aparente do texto, é o que confere valor à pesquisa." (Bertaux, 1980, p.217-218). Nesse trabalho subterrâneo, no caso extremo, quem escreve pode ocultar sua narração: "A palavra dos depoentes configura uma narrativa explícita, que esconde uma outra, nossa voz silenciosa. Desenvolve-se paralelamente à deles a nossa forma de contar. Não verbalizamos nossa narrativa. Construimo-la como artífices, como quem tece. Desentranhamo-la dos testemunhos, conferindo-lhes, de fora, uma lógica ordenadora, que na verdade, foi por eles mesmos insinuada, mas de maneira dispersa, difusa, imprecisa, nebulosa. Transformamos o que foi criado de forma dialógica em monólogos, para reuni-los numa nova e artificial seqüência, à qual emprestamos um fio condutor. O corte, a montagem, e o encadeamento dos extratos dos depoimentos seguiram-se à descoberta de um sentido latente, que a nós coube tornar manifesto. Demos inteligibilidade a um enredo que estes documentos (e não outros) nos mostravam, mas é certo que o enredo estava lá, vivo, palpitante, pronto a ser desvendado." (Lima, 1986, p.19-20). No caso da presente pesquisa, ao tempo em que me empenhei no trabalho de elaborar um discurso sobre o conjunto de depoimentos, ao mesmo tempo, me preocupei em deixar espaço à fala dos depoentes, e principalmente a das enfermeiras que, com sua práxis, participaram diretamente da construção da história da enfermagem na CNCT. Enfim, neste estudo, a tarefa do narrador-ator e a do narrador-pesquisador se distinguem e se explicam do seguinte modo: "aquilo que o contador de histórias pretende narrar deve necessariamente permanecer oculto para o ator, pelo menos enquanto este último estiver empenhado no ato ou em suas conseqüências, pois para o ator o sentido do ato não está na história que dele decorre. Muito embora as histórias sejam resultado inevitável da ação, não é o ator e sim o narrador que percebe e "faz" a história." (Arendt, 1987, p.205).

O terceiro ponto de discussão, no presente estudo, é o de que, ao tempo em que se busca a reconstrução histórica do mundo da Campanha, nele procura-se discernir as figuras que lhe deram vida, e compreender seus modos de ser e de atuar, considerando que o discurso das enfermeiras-supervisoras da Campanha se apresenta impregnado pela ideologia própria à profissão, à qual se sobrepõe a mística da Campanha, elementos que servem de fundamento à sua prática.

A criação de uma escola de enfermeiras na capital federal, trouxe a necessidade, como interpreta Rossi (1992), de se oferecer à mulher brasileira um mito, à semelhança do mito inglês de Florence Nightingale. Anna Nery, contemporânea de Florence, também ela enfermeira voluntária de guerra, se havia tornado a heroína nacional ao ter seus méritos reconhecidos pelo imperador D. Pedro II. A Escola Anna Nery serviu de modelo para todas as escolas de enfermagem criadas daí por diante, sendo nomeada "escola-padrão", para efeito de equiparação das demais escolas, o que garantiu uma uniformidade na formação de enfermeiras, genericamente denominadas "de alto padrão" ou "padrão Ana Néri". As enfermeiras diplomadas passaram a ser conhecidas como "enfermeiras-ananéri", passando o nome dessa escola brasileira a adjetivar a profissão, como indicativo de qualidade. Ao mesmo tempo, surge o "ananerismo", registrado por Rossi como "um produto cultural, um modo de estar no mundo, uma forma de *pertencimento* a um grupo diferenciado dos outros, que pressiona também no sentido da criação de um ethos grupal, criando as condições de possibilidade de uma identidade profissional".

Elementos ideológicos comuns a todas as profissões como a idéia de vocação, de "serviço universal", de necessidade de um período preparatório ao seu exercício, de culto à excelência, de responsabilidade moral, de lealdade às instituições, de coesão associativa, estão presentes na assim chamada "mística da enfermagem", aos quais se somando valores como a ordem, a disciplina, a harmonia, as lealdades pessoais e o sentimento de *pertença* ao grupo, resultam em um sentimento afim ao religioso, "a consagração ao serviço", ou seja, um compromisso vitalício com a profissão (Benitez et al., 1985, p.37e166). Como a este se acrescenta o "caráter cativo" da profissão ao mercado de trabalho do sistema oficial de saúde (p.160), resulta que a enfermagem se configure como provedora de mão de obra "barata, eficiente e disciplinada" e que a enfermeira adote "um papel institucional e uma atitude instrumental" (p.172-173), em relação ao seu trabalho.

O discurso dominante na enfermagem brasileira sobre o que é enfermagem, sua finalidade e seu objeto de trabalho, bem como o modo como se dá sua inserção na sociedade, manteve-se inalterado durante o período de existência da enfermeira-supervisora da Campanha, pelo menos no que se refere à visão idealizada da profissão, que é apresentada como uma totalidade homogênea, abstrata, invariável no tempo e no espaço e isenta de contradições. Nas definições de enfermagem toma-se como eixo desta prática os aspectos assistenciais; embora nos serviços de saúde as funções administrativas e de supervisão fossem as peculiares às enfermeiras, estas eram consideradas como um afastamento de seu objeto de trabalho, não sendo portanto reconhecidas como específicas da área. Nota-se também um forte apelo a uma suposta neutralidade científica e política, segundo a qual à enfermagem cabe implementar as políticas de saúde oficiais, devendo ela tratar de adequar-se perfeitamente aos programas de saúde governamentais. (Silva, 1986, p.114esegs). Nesse solo se nutre a "mística da Campanha", crença arraigada no valor e no mérito do discurso oficial emanado dessa instituição governamental, acompanhada por um sentimento de devotamento a essa causa. A mística, enquanto construção ideológica, necessita de uma atitude diligente para a conquista de adeptos. Essa adesão se opera em duas instâncias da consciência: o intelecto e o sentimento. A mística é personificada por uma ou mais figuras que se encarregam de sua difusão e amplificação para o consumo coletivo. Sua

permanência no tempo exige a reinvenção do mito original. Assim, ao tempo em que se cultua a figura do *Pai Fundador*, que deve permanecer na memória coletiva e ter seu carisma permanentemente reforçado, surgem outras figuras míticas que atualizam a proposta original, sem no entanto perder de vista o passado glorioso da instituição, patrimônio legado a todos os que comungam da sua mística.

A produção de representações mentais, de ordem teórica e prática, é imprescindível à demonstração da normalidade e da necessidade das estruturas de poder vigentes, representadas no conceito de ideologia, ou seja, um "sistema teórico-prático de justificação política das posições sociais". A ideologia é falsa consciência, no sentido de que tende a escamotear aspectos essenciais da realidade e impedir as mudanças históricas, mas é também instrumento de coesão, à medida em que elabora idéias-força que fundamentam uma crença comum em determinados valores, um compromisso mútuo e o entusiasmo por um movimento. Neste sentido, "a ideologia pode ser o *charme* de determinada teoria ..." (Demo, 1987, p.68-70). Mas a adesão a um discurso ideológico acarreta um certo grau de alienação, que ocorre em várias instâncias da personalidade, e é decorrente de fenômenos de identificação com a instituição e de adesão total ao papel que lhe é por ela indicado, resultando em aceitação da dominação institucional. Essa alienação implica na presença da violência, que em sua forma perfeita é "a identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária, que a dominam". A relação de violência "visa a manter a relação, mantendo as partes presentes *uma para a outra*, porém uma delas anulada em sua diferença e submetida à vontade e à ação da outra". Isto se dá mediante a interiorização da vontade e da ação alheias, pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronomia, substituto imaginário e ideológico da autonomia, que não se percebe como tal." (Chauí, 1984, p.35). As mulheres em geral (entre as quais as enfermeiras), o que são, o são pelos outros (que definiram seus atributos) e para os outros (aos quais seus atributos são endereçados). E porque são definidas como *seres para os outros* e não *seres com os outros*, acreditam que são o que fazem para os outros e que para existir dependem de que esses outros as reconheçam como *seres dos quais os outros dependem*, o que lhes dá o sentimento de um domínio sobre eles." Quando tal domínio é reconhecido, é possível reverter contra os outros a dependência que lhes foi imputada, o que leva a um sentimento ilusório da liberdade. (p.47-48 e 50-51).

Esse cruzamento de ideologias emprestava ao comportamento da supervisora certas características como o hábito de ouvir sem contestar e de obedecer sem questionar, aliado à autoridade que imprimia às suas ações; o forte compromisso com o trabalho, aliado à uma fraca consciência política; o forte espírito de grupo e o caráter individualista de seu desempenho; o caráter burocrático da instituição e o caráter afetivo das relações com seus superiores.

Apesar de a CNCT representar o racionalismo científico em luta contra a doença e a ignorância, contribuindo para a expansão do consumo de serviços de saúde, em sua mística estavam presentes heranças do Romantismo, como a valorização da nacionalidade, o patriotismo, o heroísmo, os ideais humanitários. Elementos fundamentais para sua conservação foram suas

figuras míticas: o fundador e idealizador, os demais ex-tuberculosos que trabalharam na CNCT, bem como todos os que se dedicaram à luta contra a tuberculose, muito além do que lhes foi concretamente exigido.

As contradições existentes no seio da instituição, bem como a violência simbólica e a conseqüente alienação das supervisoras, emprestam um certo grau de ambigüidade ao seu discurso. No entanto é necessário notar: "as interpretações ambíguas, paradoxais, contraditórias, que coexistem no mesmo sujeito, criando a aparência de incoerência, na verdade exprimem um *processo de conhecimento*, a criação de uma cultura ou de um saber, a partir de ambigüidades que não estão na consciência dessa população, mas na realidade em que vivem". Essa consciência, "que opera com paradoxos, porque o real é tecido de paradoxos, e que opera paradoxalmente, porque tecida de saber e não-saber simultâneos, marca profunda da dominação ... se manifesta sob a forma da *consciência trágica* [que] em seu sentido orginário, tal como revelada pela tragédia grega, não é aquela que se debate com um destino inelutável, mas, ao contrário, aquela que descobre a diferença entre o que é e o que poderia ser e que por isso mesmo transgride a ordem estabelecida, mas não chega a constituir uma outra existência social, aprisionada nas malhas do instituído. Diz sim e não ao mesmo tempo, adere e resiste ao que pesa com a força da lei, do uso e do costume e que parece, por seu peso, ter a força de um destino." (Chauí, 1987, p.158 e 177-178).

O contexto operacional da pesquisa

A recuperação da atmosfera social e das mentalidades sobre a tuberculose e o tuberculoso foi realizada mediante a análise da historiografia disponível e também da literatura de ficção, que oferece um expressivo testemunho da realidade social de cada época. O trabalho de reconstrução da trajetória institucional da CNCT, sua inserção no panorama econômico e político nacional, influenciada e influenciando a evolução da sociedade brasileira, e a interpretação das interrelações em questão, foi realizado a partir da literatura existente, de fontes primárias escritas, bem como de informações adicionais prestadas pelos depoentes. Essa base se constituiu em fonte de informações e de dados específicos necessários à elucidação das questões da pesquisa, relativas à inserção da enfermagem na Campanha, e dos desdobramentos ocorridos no seu próprio desenrolar, de onde surgiram novas temáticas.

Os depoimentos começaram a ser tomados a partir de 1986, sendo entrevistados os seguintes atores: enfermeiras-supervisoras da CNCT (superintendência, depois setor, mais tarde seção de enfermagem), chefes da seção, mais tarde serviço, de organização e controle (SOC), diretores da CNCT (quando serviço, depois divisão nacional de tuberculose (SNT/DNT), e mais tarde divisão nacional de pneumologia sanitária (DNPS)). Foram considerados informantes privilegiados as enfermeiras supervisoras da sede nacional, por esta função, mas também por suas experiências anteriores, nos sanatórios e dispensários de tuberculose, bem como os diretores e chefes da SOC, devido à linha direta de autoridade sobre o órgão de enfermagem e também à responsabilidade pela aplicação das diretrizes centrais da instituição.

Nas entrevistas, foram abordados os seguintes assuntos: razão de escolha da carreira, formação profissional, entrada na CNCT, atitudes frente à tuberculose na época, organização e funcionamento da Campanha, trajetória profissional, fatos marcantes, experiências profissionais, oportunidades de desenvolvimento, avaliação pessoal do papel de cada elemento da equipe de saúde na CNCT e do impacto causado pela CNCT sobre a doença e sobre as instituições, e opinião sobre a evolução do setor saúde. Para cada depoimento foi preenchida uma folha de anotações, da qual constam dados pessoais do informante e as condições em que foi feita a entrevista.

A técnica usada colocou-se entre a técnica de entrevista com roteiro tentativo e a "técnica da liberdade" (Queiroz, 1983, p.50). Nesta "o informante tem certa autonomia em relação ao pesquisador, no que diz respeito à abordagem do tema e ao fornecimento de informações; ele mesmo governa a escolha do que vai dizer, o seu ritmo, a ordenação dos assuntos, com o mínimo possível de influência exterior visível sobre o que diz e o que faz saber". (Queiroz, 1983, p.68). O grau de intervenção do pesquisador esteve na razão inversa da fluência verbal do informante, da pertinência do seu discurso e do clima de descontração da entrevista.

Na fase final de cada depoimento, tentou-se uma "troca de idéias entre o ator e o pesquisador"; assim procurei não me eximir de "abordar temas mais delicados e sensíveis" sempre que senti haver condições de colaboração e confiança, que me dessem a "oportunidade real de penetrar, sem riscos, no "perigoso mundo dos tabus e dos estigmas". Essa avaliação foi feita mediante sinais não verbais de comunicação, emitidos ou apresentados pelo informante. As questões colocadas ao informante derivaram do conhecimento da história de sua vida profissional, sua inserção na rede de relações sociais da CNCT e sua situação em relação à própria história da Campanha. Assim, por vezes passou-se do monólogo, isto é, da narração espontânea do informante, ao diálogo, isto é, à interação entre pesquisador e informante. Ocorria então uma influência recíproca, durante a qual a entrevista adquiria novo significado, qual seja, o de esquadrihar certa passagem ou aspecto do problema. (Camargo, 1981, p.13).

De modo geral, realizei as entrevistas com grande satisfação, raramente me cansando de ouvir atentamente relatos que me causaram emoção e encantamento. Pouquíssimas vezes ansiei pelo término do depoimento, mesmo depois de várias horas de gravação. Inclusive, e não sem grande surpresa para mim, as questões de simpatia/antipatia, que eu porventura trouxesse do passado, praticamente não me molestaram durante as entrevistas. De parte dos informantes percebi muita gratificação. Mostraram-se ansiosos por contar suas experiências e pareciam sentir-se valorizados e reconhecidos por terem tal oportunidade. Em raríssimas vezes, pude notar uma intenção de autopromoção ou uma atitude defensiva.

A gravação de depoimentos (histórias da vida profissional dos atores sociais) em fitas cassete tornou-se possível graças à colaboração de uma enfermeira-supervisora da Campanha, que nos apoiou durante as gravações das entrevistas: foram tomados os depoimentos de 42 pessoas: 23 enfermeiras supervisoras e/ou chefes, 15 médicos chefes e/ou diretores, duas enfermeiras e um médico de nível estadual, que vieram a ter trajetórias profissionais particular-

mente interessantes, por sua atuação continuada nos programas de tuberculose, na vida associativa ou em consultoria internacional em tuberculose, e uma funcionária da sede, que ocupou vários cargos administrativos na Campanha. Deixaram de ser tomados os depoimentos de cinco enfermeiras supervisoras e/ou chefes, devido à dificuldade de marcar a entrevista, por recusa ou relutância das informantes; uma delas enviou-me correspondência, declarando-se sem condições de falar sobre o passado. Cinco outras enfermeiras e quatro médicos não foram contactados. Seis enfermeiras e seis médicos já haviam falecido à época da tomada dos depoimentos.

As 138 horas de fitas gravadas foram submetidas à transcrição, literal e cabal, por um estenodatilógrafo. Esse documento sofreu uma primeira conferência com a gravação original, feita pela mesma colega da CNCT que acompanhou as entrevistas e procedeu às correções necessárias. Quando houve necessidade, voltamos aos informantes para receber esclarecimentos ou orientações. Para efeito de documentação foram guardadas as fitas cassete gravadas, as transcrições integrais, datilografadas e corrigidas, em versão original e em xerocópia, bem como toda a documentação fornecida pelos entrevistados, como currículos, portarias, fotos, etc.

O tratamento preliminar dos depoimentos dos atores da história da CNCT foi iniciado durante a fase de realização das entrevistas e consistiu da apreciação das xerocópias e sinalização, com vistas a um primeiro processo analítico sintético, das seguintes ocorrências: digressões, repetições e desarticulações mais evidentes; nomes ou trechos que não deveriam ser divulgados *ipsis litteris*; informações que necessitavam confirmação ou esclarecimento; trechos que deveriam ser aproximados, segundo critérios cronológicos ou psicológicos, para uma melhor exposição do ponto de vista do informante. Sempre que necessário voltou-se à leitura e audição simultâneas, texto/fita, para reavaliação da correspondência depoimento/texto.

Na fase final da tomada de depoimentos passou a ocorrer a repetição dos acontecimentos evocados e das questões abordadas, indicando a saturação do discurso coletivo. Assim, a dúvida inicial de como se faria o registro de meu próprio depoimento e como poderia ser tratada essa dupla posição de depoente/pesquisadora resolveu-se por si mesma, no decorrer da coleta de dados, pois ao final, todos os pontos que, na minha lembrança, me pareciam essenciais tinham sido abordados em um ou mais depoimentos. Na redação do relatório da pesquisa estive sempre atenta ao compromisso ético do sigilo, que foi resguardado pela numeração aleatória dos depoimentos. Os trechos nos quais o entrevistado em sua fala revela sua identidade como figura pública, em função do cargo que ocupava, receberam uma outra numeração, em algarismos romanos, de modo a não invalidar o sigilo conferido pela numeração anterior, em algarismos arábicos.

Na análise de conteúdo dos depoimentos, a leitura diacrônica do relato dos acontecimentos evidenciou continuidades e descontinuidades, em relação aos períodos estudados, enquanto que uma leitura temática e simbólica conduziu à apreciação das vivências dos narradores e do imaginário coletivo do grupo. A classificação temática inicial foi referida às questões do projeto de pesquisa, bem como às questões levantadas pelas recordações dos informantes, das

observações e comentários recorrentes em seus depoimentos e dos tipos de narrativas. Procedeu-se à análise comparativa do conjunto de depoimentos para a identificação de tendências e padrões relevantes para a análise e para a verificação de semelhanças e diferenças nas representações dos informantes e estabelecimento de conexões e relações. Especial atenção foi dada aos significados atribuídos pelos informantes aos acontecimentos de sua vida profissional, às suas impressões, sensações e intuições.

Um segundo processo analítico-sintético incluiu operações de análise das categorias, segundo critérios de homogeneidade interna e de heterogeneidade externa; revisão da categorização, mediante combinações, separações ou reorganizações temáticas, que perdurou até à fase final da elaboração do estudo. A teorização sobre os dados se constituiu assim em um esforço de abstração, mediante interpretações, percepções e conjecturas, chegando-se a um conjunto de proposições interrelacionadas, nas quais "o pesquisador propõe suas próprias explicações, baseadas no que sabia antes do estudo, mas sobretudo, no que aprendeu ao realizá-lo, e levanta novos questionamentos". (Lüdke & André, 1986, p.49). A validação dos resultados foi feita em diferentes momentos e de várias maneiras: pela acareação entre fontes secundárias, e com fontes documentais escritas; pela acareação entre os depoimentos orais, e com as fontes escritas; pela discussão com atores/assessores, com experiências diversificadas quanto à sua posição na CNCT e época em que nela desempenharam seu papel, das interpretações, segundo critérios de aceitabilidade/plausibilidade e credibilidade; pela leitura crítica de pessoas empenhadas no debate e no encaminhamento das questões tratadas nesta tese, ligadas ou não à Academia.

Estrutura da tese

A primeira parte da tese trata dos tempos que antecederam a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, as representações sociais sobre a tuberculose, as formas como a sociedade procurava dar conta do doente tuberculoso como presença mais ou menos aceita, tolerada ou rejeitada, de acordo com o progresso da ciência e o avanço da tecnologia para a descoberta e tratamento dos doentes, a influência européia e norte-americana na difusão das idéias e iniciativas particulares ou governamentais de combate à moléstia, bem como as circunstâncias em que se deu o advento da enfermagem moderna no Brasil, intimamente relacionado ao problema da tuberculose.

A segunda parte da tese apresenta a evolução da Campanha Nacional Contra a Tuberculose: o seu projeto inicial, as injunções políticas a que teve que se acomodar, a construção de modelos operatórios para a implantação e o funcionamento de um sistema vertical de combate (ou de controle) da tuberculose, os altos e baixos de sua trajetória, a superação de seu modelo organizacional e de seus propósitos no conjunto da máquina administrativa federal, as estratégias adotadas para o desmonte dessa instituição, bem como o modo como a enfermagem acompanhou todo esse processo e o caráter de sua participação. Tais descrições e comentários têm por finalidade orientar o leitor no tempo e no espaço, deixá-lo perceber o

clima político e institucional a cada época, bem como familiarizá-lo com as personagens envolvidas nessa história, suas tarefas e modo de ser.

A demarcação das fases da CNCT obedeceu às características da política de trabalho adotada a cada época, o que dependia da tecnologia então disponível para o combate à tuberculose, das diretrizes emanadas das agências internacionais de saúde e de combate à tuberculose, e da influência exercida por algumas figuras que, representando grupos de opiniões e interesses, marcaram época na vida institucional, sendo por isto constantemente mencionados pelos depoentes como marcos de referência da vida institucional e de seu trabalho cotidiano:

- **o projeto Paula Souza e o fim da utopia (1946-1953):** criação da Campanha, construção de sanatórios, enfermagem hospitalar, enfermeira gerente de unidade de internação;
- **a vigência da Comissão Técnica de Hélio Fraga (1954-1971):** desenvolvimento de normas técnicas, fase dispensário/sanatório; ênfase na ação dispensarial, enfermeira implantando esquema de tratamento padronizado em serviços especializados;
- **os Planos Nacionais de Desenvolvimento (1972-1979):** desconstrução da Campanha, trabalho de massa, enfermeira treinando pessoal de enfermagem em PPD e BCG e participando do treinamento para a implantação de uma rede horizontal de serviços, prestígio da instituição no ministério da Saúde.

A terceira parte da tese é subdividida em três estágios, que em seu conjunto traçam a identidade da enfermeira supervisora da Campanha: primeiro, o processo de socialização na escola de enfermagem e na própria Campanha; depois, as características do saber construído por seu trabalho, as ideologias que informam sua ação e o papel estratégico que lhe é destinado na sustentação da Campanha; e ainda uma reconsideração sobre essa vida de trabalhos, sofrimentos e prazeres, que se superpõem e se interpenetram. Ao final dessa parte, uma reflexão sobre como pôde ocorrer, parece quase de repente, a perda de uma posição onde a supervisora parecia tão solidamente instalada e que ela defendia vigorosa e permanentemente, suas representações sobre tal "catástrofe" e os recursos individuais e coletivos que são mobilizados para a ela fazer face.

O fecho do trabalho consiste na exposição de como, desse desenrolar da história e da convivência de quase toda uma vida, surge no imaginário do grupo um passado reconstruído, onde os personagens adquirem o status de heróis, onde os acontecimentos mais prosaicos de sua história são olvidados, onde a Campanha ressurgue com todo seu apelo dramático, como marca perene de seu trabalho e como lembrança imortal de suas mesmas existências.

PRIMEIRA PARTE: DO MITO À LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

- 1. Mitos, metáforas e mentalidades**
- 2. Da cura de clima à intervenção tecnológica**
- 3. Sanitaristas, tuberculose e enfermagem**

"Pergunto-me se a história não acabará por ser uma mistura entre as Ciências Humanas, por um lado, e a literatura, o romance, as belas artes o cinema, o teatro e a ópera por outro."

Emmanuel Le Roy Ladurie

1. MITOS, METÁFORAS E MENTALIDADES

Introdução

Este capítulo descreve como a tuberculose, após ser introduzida no Brasil nos primórdios da colonização, disseminou-se, nos séculos seguintes, em todo o território colonizado, recebendo, no entanto representações sociais opostas, conforme se tratou da tuberculose do colonizador branco ou do colonizado, principalmente índios, negros e mestiços, formadores de grupos populacionais mais vulneráveis à doença. Mostra também: a situação da tuberculose na primeira metade do século 19, na Europa e no Brasil, e as condições dessas sociedades, que levam esta doença a servir de metáfora à época; a encarnação do ideal romântico, pelo doente tuberculoso e a institucionalização da cura do clima sob diferentes formas, de acordo com a sociedade e a classe social a que se destina. Evidencia ainda a conversão da tuberculose em uma doença estigmatizante e a atribuição da responsabilidade pela doença e pela cura ao próprio doente. Finalmente, apresenta como o advento do modelo biomédico e a concepção militarizada da polícia sanitária preparam as bases da luta contra a tuberculose, que até o início do século 20 fica entregue à filantropia.

Não se tem notícia de que houvesse tuberculose entre os índios. Ao contrário, o que se sabe é que esta foi aqui introduzida nos primórdios da colonização, pelos portugueses e em especial pelos missionários jesuítas. A catequese indígena, iniciada em 1549, foi o instrumento inicial de propagação da doença, conforme demonstra cabalmente Santos Neves (1984). Antes dele, Lourival Ribeiro havia registrado que "muitos membros da Companhia de Jesus chegaram ao Brasil sofrendo de tuberculose, vindo a difundir o germe que, em pouco dizimaria as populações indígenas, virgens ainda dessa praga que a civilização conduz a toda a parte." (Ribeiro, 1956, p.21-22). Comenta este que os africanos, como os índios, eram igualmente virgens do bacilo da tuberculose e portanto sem imunidade, e além disso, aqui chegando extenuados pela longa travessia, desnutridos e depois com uma carga de trabalho excessiva e habitação insalubre, ao entrarem em contato com o europeu e com o bacilo da tuberculose, eram também por ele dizimados sob a forma de epidemias.

Esta relação factual entre catequese e doença foi desde logo notada, tanto pelos índios, como pelos próprios jesuítas. No entanto, as explicações dadas ao fenômeno, eram consentâneas à cultura a que pertencia cada qual. Para os *pagés*, os jesuítas, não enquanto doentes, mas enquanto representantes de uma outra ordem de crenças, com seus rituais de caráter maligno, eram os causadores das doenças. Para os jesuítas, as doenças que acometiam os índios e os negros eram interpretadas como castigo divino, enquanto que as doenças que acometiam a eles mesmos eram consideradas como enviadas por Deus como meio de purificação. Tais visões religiosas, de castigo ou de prova do amor divino, embora tenham perdido grande parte de sua força, a partir do final do século 18, e apesar do surgimento de novas mentalidades, persistiram ao longo dos tempos, e encontram-se presentes ainda durante todo o século 20. Esta concepção

religiosa da tuberculose exprime uma representação dualista da doença — a tuberculose do colonizador e a tuberculose do colonizado — que reaparece, sob outras modalidades, com a evolução das mentalidades.

A doença não recebeu maiores atenções dos governantes durante o período colonial. A vinda de D. João VI para o Rio de Janeiro, ao tempo em que imprimiu um novo desenvolvimento à cidade e ao país, acentuou suas deficiências, frente ao crescimento demográfico, ao aceleramento da economia e ao choque cultural decorrente das diferenças entre os hábitos da Corte e os da sociedade local. A principal entidade encarregada da prestação de assistência médica às classes populares, até os primeiros anos da República, foi a Santa Casa de Misericórdia, fundada no século 16, segundo o modelo institucional de sua congênere de Lisboa, o chamado "sistema filantrópico". Neste, as classes abastadas, por meio de doações, e com o apoio do Estado, assumem a responsabilidade pelo atendimento às necessidades mais prementes de pessoas desprovidas de recursos. A filantropia assume assim múltiplas funções: o exercício da caridade, a legitimação dos privilégios de classe e o alívio das tensões sociais, sem no entanto alterar as condições sócio-econômicas favorecedoras de lucros. (Coimbra, 1986, p.42).

As origens européias

O teólogo e antropólogo Hubert Lepargneur esclarece que "em cada época, em cada cultura, existe uma doença que mais assusta, por ser ela a mais letal, a mais perigosa, a mais feia, por sua vinculação a qualquer outro fator negativo de ordem biológica ou cultural, juntando um desafio objetivo a uma interpretação mais subjetiva, mas socialmente aceita. Aquela doença particular passa então a ser "a doença" por excelência, a representante do mal, que ataca e ameaça a vida sadia e alegre: ela é a "doença por metáfora." O mesmo autor cita as doenças eleitas, pelo historiador alemão Karl Sudhof, para caracterizar o contexto cultural de cada época: a lepra foi associada à noção de fado, de destino cego e irrevogável, prevalente na Antigüidade; a peste, ao sentimento de medo, prevalente na Idade Média, à tragédia do castigo coletivo imposto por um Deus justiceiro; a sífilis, à punição individual determinada pela cólera divina à permissividade, que caracterizou o Renascimento; a tuberculose, o mal específico e espetacular do século 19, "com seus corações românticos e o corpo oprimido de seus operários da primeira industrialização ...". Em meados do século 20, a tuberculose é substituída pelo câncer, como evidência de nossa ignorância dos mecanismos fundamentais da vida. A partir dos anos 80, a Aids atinge uma geração que Lepargneur qualifica de secularizada, isto é, cuja rebeldia às grandes religiões tem o consentimento da sociedade. (Lepargneur, 1987, p.133, 185esegs). No entanto, se a cada época existe uma doença que lhe serve de metáfora, esta não lhe é exclusiva. A explicação bíblica da doença como castigo de Deus e da cura, como perdão divino, era válida para todas as doenças (e ainda não deixou de ser), embora tenha perdido, no século 19, grande parte de sua força, devido ao surgimento de outras explicações mais apropriadas e convenientes à sociedade de então. Do mesmo modo, as representações sociais da tuberculose surgidas no século 19, embora tenham perdido grande parte de sua carga dramática com o advento do tratamento específico, em meados do século 20, continuam a figurar no imaginário coletivo,

mesmo com a substituição da tuberculose pelo câncer e depois pela Aids, como doenças metafóricas.

A tuberculose, enquanto metáfora do século 19, apresenta todas as ambiguidades e contradições dessa época: a emergência do capitalismo industrial e as representações do tuberculoso burguês e do tuberculoso pobre; à uma visão romântica da vida e da doença, contrapõe-se uma percepção realista do mundo, do homem como sujeito de sua história, capaz de intervir sobre a natureza e a sociedade. Passa-se assim da medicina clínica à experimental, e a explicação *biologisante* da tuberculose contrasta com a abordagem psicanalítica da causação das doenças; ao mesmo tempo, deixando-se de lado o exacerbado individualismo do início do século, chega-se a uma visão coletiva das doenças como problemas sociais.

O século 19 nasceu sob o signo de duas grandes revoluções: uma delas, essencialmente econômica, a chamada Revolução Industrial; a outra, fundamentalmente política, a chamada Revolução Francesa. (Andery, 1966, p.255). Assim, as representações sociais da tuberculose, que serviram como metáfora explicativa do homem e da sociedade do século 19, apresentam significativamente uma dualidade: a doença é, ao mesmo tempo, "mal romântico" e "flagelo social". A Revolução Industrial, "um conjunto-chave de transformações sociais, com repercussões mundiais em todos os níveis de vida ... constitui um marco divisório fundamental na História do mundo contemporâneo." A substituição crescente do homem pela máquina, em grandes setores de atividade, criou o que se chama de mundo moderno, em oposição ao mundo pré-industrial. (Leite, 1980, p.7-8 e 107). A Revolução Francesa, iniciada em 1789, "assinala o momento culminante da grande transformação político-social da Europa", tornando-se um exemplo vivo e estimulante para todos os outros povos. No entanto, a revolução que consagrou a igualdade de todos os cidadãos perante a lei, não considerou sequer, o problema das desigualdades econômicas entre os homens. Feita por burgueses, para a satisfação dos seus próprios interesses, amparou todas as diferenças de classe, que passaram a ter por fundamento, não mais o nascimento, mas a posse de quantidades maiores ou menores de capital. (Zamora, 1938, p.247esegs). Além disso, a igualdade deteve-se nas fronteiras do sexo, pois "se a maioria dos homens buscava se livrar do patriarcado político, eles queriam, a qualquer preço, manter o patriarcado familiar". De outro modo, ao matar o rei, que o era por direito divino, os revolucionários "deram um golpe decisivo no poder de Deus e do pai". (Badinter, 1986, p.168esegs). Esta subversão ideológica teve como consequência que a explicação bíblica das doenças como castigo de Deus não mais poderia ser válida. Também o progresso sem precedentes das ciências físicas durante esse século abalou a ideologia das vantagens de passar a vida sofrendo: "o indivíduo não mais se satisfazia com a crença de que o sofrimento humano seria recompensado pela felicidade celeste e além-túmulo, mas solicitava remédios terrenos e imediatos." Assim, "a pobreza do pobre - e também, de alguma forma, a sujeição das mulheres - não eram mais considerados como estados naturais irremediáveis, mas como o resultado de instituições sociais pelas quais o homem, e não Deus, era responsável". (Klein, *in* Souza, 1987, p.219-220)

Essas profundas mudanças sociais levaram intelectuais e artistas, desiludidos com as consequências antilibertárias dos acontecimentos revolucionários, a buscar novos modos de

expressão que os pudessem aproximar do povo. Assim o espírito da época manifestou-se sob o signo do Romantismo, que criou uma atmosfera propícia à idealização da tuberculose. O romantismo tem origens de diversas ordens: "esteticamente, é a resposta ao Classicismo, a revolta da natureza contra a *arte*; intelectualmente, é a resposta dos sentimentos contra o racionalismo ilustrado, a revolta da tradição contra o progresso das Luzes, do sobrenatural e do maravilhoso contra o *desencantamento do mundo*; politicamente, é a reação contra o império napoleônico, a afirmação da identidade nacional contra o invasor estrangeiro." (Chaui, 1987, p.19).

O individualismo que caracteriza o romantismo é resultado da convergência de vários fatores: a demolição, na consciência individual, dos antigos princípios religiosos, morais e estéticos; o apelo às energias e iniciativas individuais, apregoado pelas instituições burguesas; e as decepções que as novas formas de vida social já traziam a certos temperamentos. (Lopes & Martins, 1966 p.146). Esteticamente, o romantismo apresenta como características básicas o sentimentalismo, a clara predominância da emoção, do subjetivismo, do idealismo, do nacionalismo e uma aproximação entre o erudito e o popular. Foi na literatura, prosa e verso, que a produção romântica melhor se manifestou. (Azevedo, 1990, p.347-348). A adaptação da literatura ao novo público das classes médias se dá pela escolha de temas e de símbolos que não exigissem uma preparação classicista e por uma idealização da vida social. Os novos escritores franceses, embora de início fossem contra-revolucionários, procuravam adaptar-se ao seu novo público, "mais largo e menos requintado ou amaneirado que o do *Ancien Régime* absolutista" e às novas exigências do jornalismo, da política e da venda de livros. (Lopes & Martins, 1966, p.10 e 149-150). O romantismo valoriza a sensibilidade por novos conteúdos, aos quais a mentalidade anterior não prestara nenhuma atenção: o individualismo, o subjetivismo, a imaginação, a inspiração, a sensibilidade, o sonho de transformar o mundo que, acompanhados por sentimentos de frustração e tédio, levam ao sentimentalismo, à evasão e ao escapismo: o álcool, o ópio, os prostíbulo, a idealização da sociedade, do amor, da mulher, "e da maior de todas as fugas românticas: a morte. (Nicola, 1988, p.56-57).

O termo romântico refere-se inicialmente aos romances medievais de aventuras. Assim, na Europa, o romantismo é uma volta à Idade Média. Daí o culto ao passado, a valorização das coisas da terra, dos seus heróis, dos seus feitos, da natureza, da religião. (Dantas, 1974, p.152esegs). A cultura popular ou o popular na cultura torna-se alicerce dos nacionalismos emergentes. Na Europa o povo são os camponeses, que vivendo próximos com a natureza e sem contato com estranhos, preservaram os costumes primitivos em sua pureza original. (Chaui, 1987, p.19-20). A literatura de maior repercussão junto ao público foi o romance histórico. O aristocrata escocês Walter Scott (1771-1812) traça as figuras de Ricardo Coração de Leão, Ivanhoe e Robin Hood como heróis com características de humanidade e historicidade, que não são perfeitos, não participam de aventuras maravilhosas e nem contam com a ajuda divina para realizar suas ações. (Feijó, 1984, p.76-77).

Tendo como pano de fundo o liberalismo econômico, a França desempenha um importante papel na divulgação do romantismo para o resto do mundo, inclusive para o Brasil. (Nicola, 1988, p.54-55). Aquela atitude geral de descontentamento, característica do romantismo,

com o passar do tempo vai aos poucos tomando a feição de crítica social e de protesto. Insiste-se nos temas humanitários como a necessidade da extinção da escravatura, da pena de morte, das penas corpóreas, da mendicidade, bem como da difusão do ensino. (Lopes & Martins, 1966, p.150-151).

O mal romântico

A tísica denominava-se "doença consumptiva" ou consunção, pelo extremo emagrecimento que provocava: o corpo era progressivamente "consumido", tanto pela queima de energias (a febre, a tosse, a insônia), como pela perda de substâncias (escarro, sangue, suores). Assim, no imaginário coletivo, a tuberculose está associada a idéias de desintegração, dissolução, desmaterialização do corpo. Outra noção importante é a da tuberculose como "doença do peito", parte superior do corpo, mais espiritualizada, com as nobres funções de abrigar os sentimentos e as emoções, e respirar, dar alento. (Sontag, 1987, p.16 e segs). Por isto atribuía-se, e ainda se atribui, a eclosão da doença aos desgostos, às paixões, às renúncias, à saudade, à tristeza. Enfim, a tuberculose era considerada uma doença não só do corpo mas, e às vezes principalmente, da alma.

O curso da doença no tempo era feito de crises e remissões, segundo as horas do dia e da noite, as semanas e as estações do ano, o que se traduzia em episódios de excitação e prostração, euforia e melancolia, rubor e palidez. A doença seria mais longa em certos casos hereditários e mais rápida nos indivíduos sem predisposição. Mas a forma "galopante" (tísica aguda) evoluía em dois ou três meses e a forma "granúlica" em apenas algumas semanas. Acreditava-se ser a tuberculose uma doença de predisposição familiar, que acometia as pessoas de constituição frágil, temperamento sensível e imaginação exacerbada. Haveria assim um "terreno propício" à doença, cujos sinais eram "reconhecíveis pela brancura da pele, pelas maçãs do rosto rosadas, pela estreiteza do peito, pela cor arruivada dos cabelos ou da barba, etc." (Grave & Coelho Netto, s.d., p.1280). Tal crença se apoiava na observação do fato de que famílias inteiras, no decorrer dos anos, foram dizimadas pela doença. Os adoecimentos por tuberculose eram também atribuídos a exigências excessivas feitas ao corpo em situações como gravidez e aleitamento, esforços continuados, privações, ambientes insalubres, desregramentos sexuais, intemperança. Célebre é a família do pastor Patric Brontë, que em 1820 se instalou, com mulher e filhos no Yorkshire, Irlanda, onde depois de pouco tempo morreram todos, uns após os outros. (Zalamea, 1979). Anne, e principalmente Emily (*O morro dos ventos uivantes*) e Charlotte (*Jane Eyre*), notáveis romancistas, tiveram suas vidas, e seu mito, imortalizados por vários biógrafos. Hollywood produziu o filme *The Brontë* e ao final do anos 70 o cinema francês produziu a película *As irmãs Brontë*, sendo assim resgatado para sucessivas gerações o drama desta estranha família, bem como a tragédia da tuberculose no século passado.

O movimento romântico postula que a intimidade com a idéia da morte provoca uma expansão da consciência individual, criando uma nova mentalidade em relação ao corpo, ou seja, a de que a doença evidencia os traços singulares da personalidade. A melancolia, tida como

condição para contrair a tuberculose, passa a ser sinal de refinamento e de sensibilidade, e a languidez que a acompanha, marca de distinção aristocrática. A incorporação dos sintomas da fase inicial da doença à imagem ideal da época, frágil e vulnerável, cria o que se poderia chamar de uma estética da tuberculose, a beleza héctica: moças e rapazes magérrimos, pálidos e astênicos, com uma sensibilidade à flor da pele. (Sontag, 1987, p.40-41). Uma encarnação do mito romântico da tuberculose é Frederic Chopin. Durante a onda revolucionária que em 1830 varreu a Europa, às vésperas do fracassado levante patriótico da Polônia, Chopin refugia-se em Paris e torna-se um dos mais famosos representantes do romantismo na música. Sua sensibilidade, considerada feminina, era tida como exemplo de "alma histérica", devido "à anemia, à pele transparente da mão, ao nervosismo dos requintados que morrem cedo, à sensibilidade patologicamente irritada, à angústias de agonia" (Carpeaux, 1967, p.169). Em meados do século atual, o cinema americano divulgou e popularizou o mito romântico de Chopin para todo o ocidente, no filme a cores intitulado *À noite sonhamos*.

À doença consistiria em uma certa "umidade dos pulmões", constatada por certos sons e ruídos à percussão e à auscultação. Por isto, aos pulmões há que "secá-los", ao ar das montanhas ou dos desertos. Desde o início do século 19, começa a peregrinação dos tísicos em busca de um clima que lhes proporcione a cura, ou pelo menos uma boa estada, e assim lhes prolongue a vida. (Sontag, 1987, p.22e44). É concebido o tratamento climático, sendo criadas na Europa as estações de cura, os "sanatórios internacionais", cujo modelo foi rapidamente difundido. Pode-se imaginar que o novo estilo de vida adotado pelo tuberculoso burguês, apesar dos seus inconvenientes e sofrimentos, traz a grande vantagem de liberá-lo de seus deveres sociais de classe: aos homens, de estudar, trabalhar, empreender, constituir família, contribuir para o progresso, defender a pátria; às mulheres, de casar, engravidar seguidamente, criar os filhos, servir ao marido, controlar as despesas domésticas, tomar conta dos criados. A doença proporciona-lhes então uma liberdade de escolha impossível em outra situação. Assim é que a tuberculose, ao alijar seus doentes do sistema estabelecido, com frequência liberou-os para uma devoção às artes, para as lutas políticas e favoreceu sua dedicação às atividades intelectuais. Daí o mito de que a tuberculose acelera, ilumina e espiritualiza a vida. A crença de que a doença exacerbava a criatividade e a sexualidade pode talvez ser explicada pelo sentimento de urgência e descompromisso com as convenções sociais experimentado por pessoas condenadas a morrer jovens.

Ao contrário de outras doenças infecciosas, que se manifestavam por epidemias fulminantes, como a peste bubônica, ou "peste negra", a tuberculose, ou "peste branca", embora forte e permanentemente presente nas comunidades, acometendo a ricos e pobres, em geral evoluía lentamente. Tal fato, além de individualizar o doente, individualizava a própria doença, criando a imagem do tuberculoso na sociedade, com uma aparência peculiar, um temperamento próprio e um estilo de vida específico. (Sontag, 1987, p.49-50 e Pierret, 1984, p.56). A morte por tuberculose era concebida como "uma boa morte", permitindo certos refinamentos e até um certo lirismo, o corpo agonizante podendo parecer puro e etéreo. No caso de crianças, aplica-se "uma psicologia angelical", nos casos de devassidão a agonia torna-se edificante, regeneradora e redentora. (Sontag, 1987, p.35e54). A religião, se já não vê a doença como "castigo de Deus",

interpreta-a como uma prova ou provação, que o crente deve suportar com paciência e resignação, fazendo da experiência da doença uma oportunidade de crescimento e aperfeiçoamento espiritual. Neste sentido, o caso exemplar é o de Tereza do Menino Jesus (ou Santa Terezinha), falecida aos vinte e quatro anos de idade, no Carmelo de Lisieux. Descrita como temperamental e hipersensível, Teresa desejava ser guerreiro, padre, apóstolo, mártir, por considerar que sua vocação era o amor, que encerra todas as vocações, abraça todos os tempos e todos os lugares, e é eterno. Comenta seu biógrafo que "estas palavras adocicadas poderiam soar como romantismo", não fossem corroboradas pela vida da santa, à qual, a partir de 1896, a tuberculose levou a "praticar silenciosamente e sem alarde uma heróica paciência ..." (Silveira, 1980, p.133-134).

Percebemos o poder e a permanência do mito da tuberculose durante a segunda metade do século 19, no repertório da ópera, uma das mais populares expressões da arte romântica. Em duas dessas obras, que até hoje permanecem como peças favoritas do público, heroínas tísicas morrem em cena, de modo extremamente tocante. O tempo que as separa é de quase cinquenta anos: a primeira é de 1853, *La traviata*, de Verdi, e a segunda é de 1896, *La bohème*, de Puccini. (Baptista Filho, 1987). As histórias dessas obras italianas se passam em Paris, e apresentam duas versões distintas do mito da tuberculose. Violetta Valéry, a "transviada", é a mesma Marguerite Gauthier do folhetim de Alexandre Dumas Filho, que nele retratou Alphonsine Plessis, célebre mundana parisiense, de vida faustosa, cortejada por homens da alta sociedade. Sua vida airada, e a renúncia ao verdadeiro amor de sua vida, levam-na a morrer de tuberculose, aos 23 anos. Ao contrário, Mimi (Lucia) é uma florista ingênua e meiga que leva uma vida cheia de privações, cuja tuberculose se agrava após a renúncia ao amor de seu poeta. Mimi morre tão placidamente que parece apenas ter adormecido. Contudo, a "dama das camélias" parece traduzir com maior força o mito da tuberculose, pois aparece eternizada em todas as formas de arte: na ópera, Violetta foi imortalizada pelas maiores sopranos de todos os tempos; no teatro, Eleonora Duse emocionou o próprio Verdi; Greta Garbo transformou-a num dos clássicos do cinema e Franco Zeffirelli recriou-a na década de 80, apresentando sua morte em uma cena realista, com uma demorada e sofrida agonia. Margot Fonteyn protagonizou o balé *Marguerite e Armand*.

O flagelo social

A expansão e o progresso associados à ciência moderna no século 18, dos quais decorre o desenvolvimento industrial, acarreta a urbanização acelerada e a exploração do trabalho pelo capital, eliminando o conceito de família como unidade produtiva e a integração de atividades domésticas e comerciais. (Miles, 1989, p.216). Agora, homens, mulheres e crianças saíam de casa para trabalhar em diferentes fábricas, sendo obrigados a cadenciar seu trabalho pelo ritmo da máquina, submetendo-se a jornadas de catorze horas e ao trabalho noturno. Os piores salários eram os das mulheres e das crianças. (Leite, 1980, p.112). Os trabalhadores industriais tinham forte tendência a ficarem "fracos do pulmão". A tuberculose pulmonar, "sempre à espreita" era inimiga particular das trabalhadoras de renda, que desde meninas tinham de usar ripas de madeira em seus espartilhos para evitar "que as costas entrassem em colapso durante as longas

horas curvadas sobre o trabalho", o que acabava por lhes deformar o tórax. (Miles, 1989, p.219). A proletarização dos camponeses e artesãos, a inclusão no mercado de trabalho de mulheres e crianças e o aumento demográfico aumentaram a disponibilidade de mão de obra, levando à queda dos salários e à formação de bandos de desocupados. (Larizza, 1986, p.909-910). O aparecimento dessas massas humanas assustava, por não terem um vínculo regular com o trabalho, por não poderem ser classificados como "pobres trabalhadores respeitáveis" e por não serem nítidos, na prática, os limites entre o trabalhador e o *resíduo social*, pois certas pessoas, que ganhavam a vida trabalhando, tinham ocupações de má-fama. (Bresciani, 1989 p.40). O chamado resíduo social reunia vagabundos e mendigos, soldados desmobilizados, batedores de carteira, rufiões e prostitutas, ladrões e receptadores. O proletariado ou subproletariado era motivo de grandes preocupações: a promiscuidade, o alcoolismo, a imoralidade e o crime arruinavam o espírito de dedicação ao trabalho; essa decadência moral elevava o custo econômico da miséria e essa turba descontente representava uma ameaça política. E a doença do pobre nunca pareceu bela nem nobre. As discussões sobre a transmissibilidade das doenças e seu contágio criavam a imagem do "proletário - sementeiro de bacilos." (Pierret, 1984, p.51).

Novos tempos, novas imagens

Na segunda metade do século, o avanço científico e tecnológico possibilita a utilização, em escala industrial, do aço, do petróleo e da eletricidade. Ao mesmo tempo, o capitalismo se estrutura sob a forma de grandes complexos industriais. Por outro lado, a classe operária avoluma-se, mas continua a ser marginalizada. Esta nova sociedade exige novas interpretações da realidade, gerando teorias de variadas posturas ideológicas. Em seqüência surgem o Positivismo de Augusto Comte (1798-1857), "preocupado com o real-sensível, o fato, defendendo o cientificismo no pensamento filosófico e a conciliação da *ordem e progresso*"; o Socialismo Científico de Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895), "definindo o materialismo histórico e a luta de classes"; o Evolucionismo de Charles Darwin (1809-1882), explicando a "evolução das espécies pelo processo de seleção natural, negando portanto sua origem divina ...". Com o avanço da Revolução Industrial e as marcas deixadas pela primeira grande guerra na Europa, a aventura passa a ser interpretada como *escapismo*, pois essa noção tornara-se de todo inconveniente. Outras são as palavras de ordem — *utilidade, poupança, progresso* ... (Cardoso, 1987, p.63). O ideal do homem romântico é substituído pelo mito do "homem de ação" (industrial, herói de guerra, explorador). A esse momento histórico estão intimamente ligadas as características do Realismo. "Assim é que o *objetivismo* aparece como negação do subjetivismo romântico e nos mostra o homem voltado para aquilo que está diante e fora dele, o *não-eu*; o personalismo cede terreno para o *universalismo*. O *materialismo* leva à negação do sentimentalismo e da metafísica. O nacionalismo e a volta ao passado histórico são deixados de lado; o Realismo só se preocupa com o *presente*, o *contemporâneo*. (Nicola, 1988, p.95-97). O ideário realista apoia-se no pragmatismo burguês e seu cientificismo, tendo como alvos constantes de sua crítica as instituições sociais, o clero e as monarquias e como temas preferidos os problemas existenciais da época, descritos impessoal e detalhisticamente. (Azevedo, 1990,

p.333e347). A tuberculose passa a representar então o que há de negativo no indivíduo, revelando um comportamento anti-social.

Adotando uma concepção positivista da ciência, o fisiologista Claude Bernard, em 1865, estabelece as regras da medicina experimental, com base na unidade do método para todas as ciências. (Japiassu & Marcondes, 1989, p.37e167). Do desenvolvimento da ciência experimental no estudo das doenças surgem novas disciplinas, como a bacteriologia. Com a identificação de microorganismos específicos causadores de doenças, surge o modelo explicativo do adoecimento correspondente à "metáfora da guerra", na qual a entidade maligna (a doença, o micróbio), externa ao homem, pode invadir seu organismo, nele se instalar e destruí-lo. Para impedir a penetração e interiorização do inimigo, o corpo trava sucessivas batalhas. E a medicina é a grande aliada do homem nesta guerra sem fim. (Luz, 1988, p.86-87). Observa-se então a transposição para o campo da saúde pública da concepção geometrizada do campo militar. No discurso médico que acompanha as ações sanitárias internacionais, os termos como campanha, luta, estratégia, armas, combate, aniquilação e batalha não são empregados como simples analogia ... implicam uma concepção de espaço social ... [com a] valorização do espaço interior e conquista ou aniquilação do "de fora". (Garcia, 1989, p.195).

Na Alemanha de Bismarck (1815-1898) - o Chanceler de Ferro - é desenvolvido o conceito de polícia médica, logo difundido para outros países da Europa e para os Estados Unidos, tendo como pressuposto que ao Estado cabe assegurar o bem-estar e a segurança do povo, mesmo contrariando interesses individuais, justificando-se assim a coerção como meio de defesa dos interesses da Nação. Na França, os projetos de criação de uma medicina social estiveram unidos à concepção de um estado democrático, contrário às injustiças do poder aristocrático absoluto. Entre os valores que compunham o ideário da revolução médico-democrática figurava a noção de indivíduo austero, contido, que deveria aprender a moderar seus excessos, desde aqueles dos instintos até os do vestuário, em contraste com o desperdício e a opulência aristocráticos. O discurso higienista utilizava-se tanto de argumentos persuasivos, prometendo à família higiênica a prosperidade e o poder, como de elementos de dissuasão, ameaçando cada indivíduo renitente com a ruína, a decadência, a doença, a morte, a loucura e até o suicídio. Neste repertório terrorista figura, sempre e com destaque, a tuberculose. Até a década de 1880, "o prestígio médico precede a sua eficácia", mas "em meio às lacunas da terapêutica" desenvolve-se um projeto higiênico refinado, que abrange todos os aspectos da vida da família. Entram em voga as curas de ar, o termalismo e mais tarde o turismo marítimo; "sob o agulhão da tísica, elabora-se no seio da burguesia uma "arte do repouso", bem como técnicas de isolamento, destinadas "não tanto a evitar o contágio, no qual ainda não se acredita, mas a esconder o tuberculoso ou o alienado que depõe contra o capital genético da família." Numa perspectiva institucional, o hospital, até então órgão de assistência ao pobre e de preparação para a morte, torna-se local privilegiado do exercício da medicina, tanto do ponto de vista da cura como do ensino; nele a saúde substitui a salvação ou seja, "a função beneficente cede terreno em face da missão terapêutica ... o pobre não aparece mais ... em busca de uma morte confortável na cama ... agora, o doente entra no hospital animado pela esperança de cura." (Perrot, 1990, p.598 e 602).

O contágio da tuberculose e o bacilo de Koch

A disputa sobre o contágio eclodira no início do século 19, antes do aperfeiçoamento do microscópio. Nesse debate, os dados da observação empírica eram refutados por argumentos ideológicos. O meio científico conservador tentava preservar reputações, defendendo teorias como a da *geração espontânea* e a dos *miasmas*; pensadores e políticos defendiam a liberdade individual contra a ampliação do poder do Estado. (Lepargneur, 1987, p.172e segs). Desconfiava-se da transmissibilidade das doenças epidêmicas, e também da tísica, "o mal invisível". As autoridades médicas julgaram conveniente ocultar o risco do contágio, "por temor de que as famílias fossem tentadas a se desembaraçar de seus doentes." (Perrot, 1990, p.600). Como a evolução da doença provoca o característico aspecto de "consumição" que se faz acompanhar de sintomas dramáticos, dos quais o mais denunciador é a tosse, até mesmo as pessoas da "sociedade" poderiam sofrer restrições, como registra um romance de Balzac (1799-1850), no qual um acesso de tosse provoca manifestações hostis: interjeições e comentários sobre a impropriedade de uma pessoa com uma doença supostamente contagiosa insistir em frequentar a sociedade, o que afinal lhe deveria ser proibido. Em que pesem os estudos de Villemin, em Paris, sobre a transmissibilidade da tuberculose, entre 1865 e 1868 (e mencionadas por Koch, em sua comunicação de 1882), esta só foi declarada contagiosa na França em 1889, embora já o tivesse sido muito antes na Itália e na Espanha. (Pierret, 1984, p.113-114 e 140).

Até a primeira metade do século 19, a tísica indicava qualquer doença do pulmão acompanhada pela caquexia. (Fiocruz, 1983, p.2). A especificidade da tuberculose como entidade nosológica é definida por um médico alemão da província, Robert Koch que, em 1882, descobre o bacilo da tuberculose. Além de descobrir o agente causador dessa doença, ele estabeleceu, através de sucessivas experimentações, os postulados da "teoria microbiana da doença". Na comunicação que faz ele sobre sua descoberta, é evidenciada a magnitude do problema para a saúde coletiva: "as estatísticas mostram que uma sétima parte dos homens morrem de tuberculose e que, se considerarmos apenas as idades produtivas, a tuberculose alcança um terço deles, e muitas vezes mais, como causa da mortalidade". A originalidade de suas descobertas e também dos métodos por ele empregados é claramente estabelecida: "os métodos de coloração para demonstração de microorganismos patogênicos sempre falharam e, até agora, os ensaios destinados a isolar e cultivar o "vírus tuberculoso" têm fracassado ... esta demonstração mostrou-se positiva, devido a um certo processo de coloração que revelou, em todos os órgãos, uma bactéria até então desconhecida." Além disso, Koch elucidou também questões referentes ao modo de transmissão: "a grande maioria dos casos de tuberculose inicia-se no trato respiratório e o material infeccioso deixa sua marca primeiro nos pulmões ou nos gânglios linfáticos brônquicos; é assim bastante provável que os bacilos tuberculosos sejam aspirados com o ar, ligados a partículas de pó; não pode haver dúvida sobre a maneira pela qual eles passaram ao ar exterior, considerando o número excessivo de bacilos tuberculosos presentes nas cavidades, que são expectorados pelos tísicos e espalhados por toda parte". (Fiocruz, 1983, p.13e19). Sobre as implicações da descoberta, no sentido de permitir a "tecnificação" do problema, Robert Koch tinha perfeita clareza: "meus estudos foram feitos tendo em vista o

interesse da saúde pública ... a tuberculose era considerada ... como uma das manifestações da miséria social e aguardava-se a melhoria dessas condições para a redução da doença ... no futuro, a luta contra esta terrível praga da humanidade não se dirigirá mais contra uma coisa vaga, indeterminada, mas contra um parasito tangível, cujas condições de vida são, em sua maior parte, conhecidas ...". E enfatiza ainda outra vez a relevância de sua contribuição: "Quando a convicção de que a tuberculose é uma doença infecciosa singular estiver firmemente estabelecida entre os médicos, a questão de uma campanha adequada contra ela será naturalmente suscitada e se desenvolverá por si mesma." (Fiocruz, 1983, p.13e19-20). Sua afirmação de que a sociedade se mobilizaria para fazer uma campanha contra a tuberculose revelou-se profética, mas seu otimismo até certo ponto foi infundado.

O triunfo da noção de contágio e das teorias pasteurianas, no decorrer da década de 1880, transforma as imagens, modifica as atitudes, desorganiza os costumes, altera a natureza das relações entre o médico e sua clientela. As novas teorias sobre o contágio através o bacilo provocam uma ação sanitária e social, com a adoção de novas táticas de vigilância: "a necessidade de prevenção, a obrigação de arrancar os contagiados de sua família e de supervisionar a aplicação de medidas profiláticas, estimulam uma interferência que tende a confundir as fronteiras entre o público e o privado ...". Na Europa aparecem as figuras da enfermeira e da assistente social: "a tradicional visita ao pobre, empreendida pela dama caridosa, cede lugar aos poucos para uma prática mais metódica. As moças da alta burguesia, impacientes por se emancipar, desejosas em certos casos de escapar ao casamento, afirmarão sua personalidade no exercício de novas responsabilidades. A luta contra a tuberculose favorece esse movimento. O dr.Calmette (ao qual a vacina BCG deve a letra C de sua sigla), é o primeiro a ter a idéia de enviar "monitores de higiene" às famílias, rapidamente secundados pelas "visitantes da higiene social". (Perrot, 1990, p.601).

Com a descoberta do bacilo de Koch, "a evidência do contágio, somada à modesta eficácia do tratamento, torna mais trágica a sorte do tuberculoso no interior da família. O doente passa a constituir um perigo do qual freqüentemente se deseja descartar. Ninguém mais se agarra às falsas esperanças encorajadas pelos períodos de melhoria. Enfim, a enfermidade perdeu a aura que possuía quando imperava a sensibilidade romântica. As descobertas de Koch, assinala Pierre Guillaume, não puseram fim ao debate sobre o peso do contágio e o da hereditariedade. Tal como a sífilis e a neurose, o terrível mal é uma tara que se procura esconder, na medida em que pode impedir o casamento dos irmãos e irmãs." (Perrot, 1991, p.600). A estigmatização do doente de tuberculose ocorre justamente no momento epidemiológico em que sua força de propagação entrava em declínio. No entanto, os mitos que cercavam a tuberculose e o tuberculoso, representando-os como "mal romântico" ou como "semeador de bacilos", resistiram aos descobrimentos da bacteriologia e às explicações epidemiológicas e sociais sobre a causação da doença.

Apesar do avanço dos conhecimentos sobre a tuberculose, até princípios do século 20 ainda dava-se à doença o nome de "consumição" ou de tísica, termos carregados de horror, que

melhor correspondiam às representações coletivas do que à denominação, mais "científica", de tuberculose.

O isolamento do bacilo da tuberculose e o desenvolvimento de técnicas bacteriológicas já permitem a visualização do agente causador da doença nos materiais colhidos do corpo do tuberculoso, instituindo-se então um "diagnóstico de certeza". Por outro lado, os Raios X, descobertos por Roentgen, em 1895, permitem a visualização das lesões do tecido pulmonar, sob a forma de "sombrias", "manchas" ou "cavernas". As radiografias oferecem um "retrato interior", enquanto que a radioscopia, permite a visão dos órgãos em movimento. O diagnóstico e o acompanhamento da evolução da doença já não dependem mais da avaliação dos sintomas e da arte da exploração clínica. Mesmo assim, na falta de meios mais eficazes, continuou a prevalecer o tratamento higieno-dietético, fundamentado "numa concepção dinâmica, que supõe um equilíbrio ou harmonia das forças vitais no homem ... sendo a doença considerada a expressão sintomática do desequilíbrio da vida e não de uma entidade mórbida" (Luz, 1988, p.96-97), pois só o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas viria possibilitar uma intervenção direta no corpo do doente de tuberculose. O sanatório, além de dispor desses recursos tecnológicos, constituía-se em local de reclusão do tuberculoso, no qual as regras de convivência, apesar de bastante codificadas, são especiais.

Mas logo depois surge uma nova explicação sobre a causa das doenças, de natureza fundamentalmente diversa, derivada da teoria freudiana da psicanálise, que teve grande efeito sobre os tuberculosos cultos, alguns dos quais inclusive se encarregaram de divulgá-la.

Tuberculose e psicanálise

Em 1900, Freud (1856-1939) publica sua primeira obra verdadeiramente psicanalítica, seguida por uma série considerável de trabalhos, que incluem pesquisas clínicas e análises de casos, reflexões teóricas e a construção, muitas vezes retomada, de uma doutrina, que procura englobar numa explicação coerente, todas as manifestações psicológicas do homem, e também as regras e técnicas de interpretação necessárias à prática da cura analítica. (Florence, 1984, p.415). Alguns aspectos do sistema freudiano são essenciais à compreensão da importância do psiquismo no processo de adoecimento e cura de doenças orgânicas. O conceito de inconsciente dinâmico supõe a existência "de idéias eficazes e não conscientes, que se podem tornar condutas, à revelia de seu autor", havendo uma intencionalidade em todas as ações humanas, sempre carregadas de *motivações e significações*. Essas podem ser compreendidas de modo superficial através da lógica comum e de modo profundo através da lógica simbólica", a qual permite a interpretação de "fenômenos como os sonhos, os lapsos de memória e a gênese de muitos sintomas corporais até então obscuros." (Seminário, 1987, p.1009-10 e Mello Filho, 1978, p.22-24). Por outro lado, problemas surgidos durante o processo de maturação afetivo-instintiva do ser humano geram "pontos de fixação", aos quais, no futuro, o indivíduo "regredir", ao enfrentar dificuldades. Este fenômeno acompanha o "estar doente" e explica o comportamento infantil de muitos pacientes e seu apego à enfermidade, em função das concepções ou *fantasias*, conscientes

ou inconscientes. A explicação freudiana para as doenças orgânicas pode ser comparada com a primitiva acumulação capitalista, em termos de reservas e dispêndios de dinheiro, ou de energias, disponíveis em quantidades limitadas. A doença representaria o esgotamento das energias orgânicas, a falência do corpo, que começaria então a consumir-se a si mesmo, do mesmo modo que um país, ao exaurir suas riquezas, levaria à falência sua economia e à decadência seu corpo social. Afirma-se ainda haver implícita uma promessa de triunfo temporário sobre a morte, ou pelo menos sobre a doença, no pensamento de Freud, Jung e de outros teóricos mais recentes da psicologia: "é o próprio homem enfermo que cria sua enfermidade ... só morrerá aquele que deseja morrer, aquele para quem a vida é intolerável." (Sontag, 1984, p.32 e 80-81). Tais concepções, seja por intuição verdadeira, seja por impregnação de propostas teóricas em voga, freqüentemente é aceita e corroborada pelos próprios doentes de tuberculose. Aos 34 anos o escritor Franz Kafka teve sua primeira hemoptise, no ano de 1917. Durante os sete anos de sua doença, alternou temporadas em sanatório com trabalhos burocráticos. Em seu diário ou em cartas, registrou suas impressões sobre o próprio adoecimento: "minha cabeça e meus pulmões chegaram a um acordo, sem o meu conhecimento ... a infecção nos pulmões é apenas um símbolo ... um sinal de minha bancarrota geral ... a doença está falando por mim ... estou mentalmente enfermo, a doença dos pulmões nada mais é que um transbordamento de minha doença mental." (in Sontag, 1984, p.52esegs). Do mesmo modo, Katherine Mansfield, que morreu de tuberculose em 1924, escreveu em seu diário vários registros sobre a doença, que demonstram convicção semelhante: "um mau dia ... dores horríveis e tudo mais, e fraqueza ... a fraqueza não é só física; tenho que curar meu eu antes de ficar boa ... tenho de fazer isso sozinha e já; esse é o motivo profundo por que não melhora: minha mente não está sob controle." A teoria de que as doenças são causadas por estados mentais e a de que o poder da vontade pode curar as doenças sobrevivem nos dias atuais. A doença é interpretada como "um acontecimento psicológico e as pessoas são levadas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade, e que podem escolher entre morrer e não morrer da doença." Assim, as teorias psicológicas da doença "são um meio poderoso de pôr a culpa no doente", uma vez que, sendo os pacientes instruídos que, mesmo "involuntariamente, causaram sua própria doença, também estão sendo levados a sentir que eles a mereceram." (Sontag, 1984, p.62,71esegs).

Com o tempo, o modelo biomédico passa a deter a hegemonia do saber médico, no que se refere ao diagnóstico e tratamento das doenças orgânicas. E não só produz o discurso que ordena e conduz o pensamento e as ações das pessoas em relação à tuberculose, mas também tenta demolir todas as demais concepções sobre a doença, desqualificando seu *status* de cientificidade. As dimensões psicológica e social são reduzidas à função de *condicionantes*, *moduladoras* ou até de *contaminantes*. Assim é que, cada diagnóstico é elaborado mediante uma redução do fenômeno ao nível simplesmente biológico. Esse *biologismo* permite estabelecer relações adequadas entre o agente do trabalho médico, e seu objeto, o homem doente. Este é o fundamento da estruturação social da prática médica, ou seja: "sua capacidade de individualizar o doente, rompendo legitimamente as relações que mantém consigo mesmo e com os outros homens"; assim, o homem doente é reduzido a ele só, e despido de todas as conexões que dão significado a sua vida. A epidemiologia conserva o enfoque biologicista da clínica, ao reduzir o

social ao coletivo, entendido como conjunto de indivíduos, e como conjunto de efeitos sobre os indivíduos, mediado ou não pelo ambiente, e produzido e reproduzido em sua prática coletiva. (Gonçalves, 1985, p.46e segs/62e segs).

A psicanálise atribui ao tuberculoso uma parcela da responsabilidade não só por seu adoecimento, mas também por sua cura, pelo menos em nível de *permissão*, pois que em ambos os fenômenos haveria um componente psíquico fundamental. Ao contrário, a eugenia vê o tuberculoso como um exemplo vivo de degeneração da raça. Se não culpa o próprio doente, acusa seus ancestrais e, principalmente, sua mãe. Mesmo inocente, o doente é considerado um indesejável, que deve ser cuidado apenas por um dever de humanidade, mas que mesmo quando curado teria a obrigação moral de não procriar para não perpetuar sua *tara*. Para a autoridade sanitária, o tuberculoso representa uma ameaça à coletividade e portanto deve ser segregado em hospitais de *isolamento* ou, pelo menos, as crianças devem ser retiradas de seu convívio e levadas para os *preventórios*. Caso não cumpra os preceitos higiênicos, será considerado *ignorante, mal-educado, não-colaborador, rebelde* ou *antissocial*. Para o capitalista, o tuberculoso, além de força de trabalho empitada, um peso inútil para a sociedade, representa o risco de disseminar a doença entre os demais trabalhadores. Por isto deve ser afastado do local de trabalho. Deveria ser tratado, e se recuperado, reintroduzido no sistema de produção. A essa visão se contrapõe a visão socialista, na qual o tuberculoso é a vítima inocente do capitalismo. Os trabalhadores devem se organizar para reivindicar do Estado seu direito à saúde e ao bem-estar.

Entrementes, do lado de cá do Atlântico

Um inquérito oficial, do início do século 19, calcula que, no Brasil, a terça parte do povo morre de tuberculose. Em 1835, um médico ilustre calculava que "a quinta parte dos enfermos hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia sofriam de tuberculose." Os tísicos eram hospitalizados nas mesmas enfermarias que outros enfermos, uma vez que a questão do contágio não estava ainda esclarecida. A proporção de mortes por tuberculose no Rio de Janeiro, entre 1855 e 1858 foi de 14,4% (5344 : 37.728). A população negra é considerada como reservatório da tuberculose, mas não por motivos relacionados à cadeia de transmissão da doença. Em tese de medicina de 1856, atribui-se ao "escandaloso tráfico de africanos ... o grande incremento da afecção tuberculosa ... *os africanos transmitem a seus descendentes o germem de sua moléstia, e desta maneira agravam sua predisposição hereditária.*" As mães e as amas de leite são responsabilizadas de forma particular pela continuidade da doença nas novas gerações, não exatamente pela transmissão do bacilo, que só seria demonstrada ao final do século, mas por uma tara hereditária ou por um leite degenerado. (Ribeiro, 1956, p.38,41e49).

Na metade do século, o 2º Império entra na fase de apogeu, durante o primeiro ciclo do café, do romantismo e do parlamentarismo. Começa a gestação das idéias que mais tarde serviriam de base à luta contra a tuberculose, primeiro no âmbito da sociedade civil, onde a filantropia assume o caráter de ligas contra a tuberculose; depois sob a forma de intervenção pública, na vaga do projeto higienista, importado da Europa, trata-se do ordenamento das

cidades. (Coimbra, 1986, p.42). A metáfora da cidade como um organismo e a concepção da família como célula da sociedade levam ao entendimento da desordem civil como doença social. Assim, a ordenação urbana, como preceito higiênico, serve de ideologia ao controle das famílias e das pessoas pelo Estado. Os higienistas aproveitam o individualismo exacerbado pelo Romantismo, não só para combater as doenças, mas ainda ampliar seu próprio escopo, levando as pessoas a uma verdadeira "obsessão do corpo, do sexo e do psiquismo". O novo Estado nacional adota a higienização das cidades como estratégia de modernização da sociedade, tendo como objeto principal as famílias. Mas não todas as famílias e sim as que podiam multiplicar o número de indivíduos brancos; as que podiam educar seus filhos e torná-los politicamente adeptos da ideologia nacionalista; as que podiam aliar-se aos seus propósitos, em troca de novas perspectivas político-econômicas; as famílias de elite, "ciosas de seus predicados de raça e estrato social dominantes". A higienização da família "burguesa" citadina, mediante a modificação de sua conduta física, intelectual, moral, sexual e social de cada um de seus membros, visava à sua adaptação ao novo sistema econômico e político. Ao contrário, a camada dos sem-família, como os escravos, mendigos, loucos, vagabundos, ciganos e capoeiras, continua entregue à polícia, ao recrutamento militar, às prisões e aos asilos. A tarefa dos higienistas era a de converter os sujeitos à nova ordem urbana. Nesse mister, a mulher é alvo de especial atenção dos higienistas, que elaboram numerosas teses acadêmicas sobre seus hábitos de vida, os quais, caso não estivessem de acordo com os preceitos higiênicos, levariam, a si e à sua descendência, à doença e à ruína, sendo a tuberculose um dos maiores perigos a evitar. Nesse escrutínio, temas vistos como relacionados à tuberculose eram tão diversificados como as alcovas, a escrava doméstica, a masturbação, a transmissão hereditária de doenças, a vida mundana, a libertinagem e o homossexualismo, e as paixões (UFRJ, 1985). Entre as paixões causadoras da tísica estava o amor, romântico e individual, conforme aos valores da burguesia européia: "amar como os heróis e heroínas da literatura ou sub-literatura francesas era sinônimo de bom gosto e civilidade de costumes; a higiene tirou partido destas inclinações sociais, manipulando-as em seu benefício." (Costa, 1983, p.30esegs, 146 e 232).

O romantismo na terra do pau brasil

Em meados do século 19, quando o movimento romântico chega ao Brasil, a tuberculose já estava disseminada em todas as classes sociais. Para a intelectualidade de então, pertencente à aristocracia dominante, que dava as normas e traçava os rumos, havia uma zona em que a literatura confinava com a política. Sob a égide do romantismo, vive-se o triunfo do indivíduo, da liberdade, do lirismo e da melancolia, do protesto do sentimento contra a supremacia da razão. (Ribeiro Jr, 1982, p.57e60). As famílias abastadas mandavam seus filhos à França e à Inglaterra, onde a formação social se apresenta sob a forma do binômio burguesia/proletariado, enquanto que no Brasil havia ainda uma aristocracia apoiada na escravatura. Portanto o "ser burguês" entre nós era muito mais um estado de espírito, uma forma de comportamento, do que uma posição econômica e social. O nosso herói medieval foi o índio, pois quando nascemos para o mundo já não havia Idade Média. (Nicola, 1988, p.53 e 56-57). O romance histórico é representado no Brasil por José de Alencar, cujos heróis são o índio, o sertanejo, o gaúcho, o

bandeirante, sob a forma de figuras idealizadas. (Feijó, 1984, p.76-77). Comenta-se a importante contribuição desse escritor, jornalista e político cearense, "mirrado, magro e tísico", para a "invenção do Brasil, de sua história, mitologia, e mesmo uma língua brasileira." (Bentes, 1992, p.8).

Sob essa influência européia direta, surge entre nós a poesia romântica, por volta de 1836 e perdura por quase meio século, renovando-se através das gerações, na temática, sentimento e tom. (Bandeira, 1963, p.92). A segunda geração de poetas românticos, vários deles tuberculosos, imortalizou o drama de sua doença e a certeza da morte na extrema juventude, de um modo que continua a emocionar e permite avaliar o impacto social da tuberculose nas mentalidades de então como nas de hoje. Manoel Bandeira, outro tuberculoso ilustre, inaugurador da poesia moderna no Brasil, aponta Álvarez de Azevedo como a figura mais forte e original da chamada segunda geração romântica. Este poeta faleceu em 1852, aos 21 anos. O poema "Se eu morresse amanhã" (in Bandeira, 1963, p.146-147) mostra a frustração de um destino que lhe é negado:

Mas essa dor da vida que devora
A ânsia de glória, o dolorido afã ...
A dor no peito emudecera ao menos
Se eu morresse amanhã!

Casimiro de Abreu, no dizer de Manuel Bandeira (1964, p.69), o mais ingênuo de nossos líricos, também morreu aos 21 anos, no ano de 1860. O poema "Meu lar" (in Bandeira, 1964, p.242), escrito em Lisboa, mostra o desejo de adiar a própria morte:

Se eu tenho de morrer na flor dos anos
Meu Deus! não seja já;
Eu quero ouvir na laranjeira, à tarde,
Cantar o sabiá!;

Na última fase do romantismo brasileiro, a partir de 1860, a poesia reflete as grandes agitações da sociedade na segunda metade do reinado de Pedro II: a luta abolicionista, a guerra do Paraguai e o ideal da República. (Nicola, 1988, p.57) É a poesia social e libertária, criada por jovens românticos que adotam como símbolo o condor. Castro Alves é o principal representante da "escola condoreira", de forte inspiração social. (Bandeira, 1964, p.81). Na sua temática também está presente a morte. Castro Alves morreu em 1871, aos 24 anos. No poema "Mocidade e morte" (in Bandeira, 1963, p.176), expressa a mesma agonia:

Eu sinto em mim o borbulhar do gênio.
Vejo além um futuro radiante
.....
E eu sei que vou morrer ... dentro em meu peito
Um mal terrível me devora a vida
.....
E eu morro, ó Deus! na aurora da existência,
Quando a sede e o desejo em nós palpita ...

Entre nós esse poeta pode ser tomado como o protótipo do tísico romântico. Segundo Ribeiro (1949, p.20-21), ele apresentava caracteres físicos e psíquicos do *terreno tuberculoso*, o

que condiz com o fato de que sua mãe morreu tísica aos 33 anos. Um seu amigo o descreve aos 14 anos de idade:

... Parecia uma palmeira do oriente pela sua flexibilidade. Uma leve inclinação da espinha podia fazer supor uma predisposição para as moléstias do peito. A cabeça parecia pesar-lhe tanto que caía sobre o peito fraco e deprimido; mas a beleza dos olhos, a dourada palidez das faces, o negrume intenso dos cabelos e sobretudo o sorriso angélico daquela fisionomia corrigia talvez a excessiva magreza daquele corpo."

Lourival Ribeiro considera que, embora obcecado pela doença e pela morte desde a adolescência, o poeta só adoeceu efetivamente de tuberculose aos 21 anos de idade, no auge da fama, após o rompimento com a atriz portuguesa Eugénia Câmara, com quem vivera apaixonado romance, e após o processo infeccioso que terminou por levar à amputação do seu pé esquerdo, por ele mesmo ferido durante uma caçada. Procurando a cura de clima, esteve em Teresópolis, e depois foi para o sertão da Bahia, onde o levava "esperança de porto e salvamento". Meses antes de morrer, na cidade da Bahia, descreve numa "Página de Escola Realista" as manifestações da sua doença: os suores frios, a palidez, a hemoptise, os desmaios. (Ribeiro, 1949, p.129).

Por volta de 1870, frente a um novo sistema político-institucional, "esse ideal romântico de vida começa a se romper". As camadas intelectuais, "desencantadas com as quimeras liberais da monarquia voltam-se novamente para a Europa, em busca de novas teorias e hipóteses". Mas, enquanto na Europa o positivismo "servia para justificar as novas atitudes da burguesia em sua fé no progresso retilíneo da humanidade", nas Américas, esta escola de pensamento traz um acentuado carácter político, apresentando-se como "um instrumento para a renovação do sistema, dando esteio aos intelectuais para construírem a ideologia da República." (Ribeiro Jr, 1982, p.55 e 73).

A filantropia contra a tuberculose

Até a proclamação da República, não foi executado programa algum de combate à tuberculose: as providências para combater a doença se resumiam aos relatórios oficiais, à literatura médica e ao noticiário dos jornais. Após a proclamação da República, com as idéias positivistas de ordenamento da sociedade, e do entendimento de que, para manter o *status quo*, as classes privilegiadas devem socorrer os despossuídos, a filantropia mobiliza-se para combater a doença. Grupos de especialistas fundam as Ligas Contra a Tuberculose, sob a mística de "guerra santa", de "cruzada". Este movimento foi influenciado pelo desenvolvimento dos sanatórios na Europa e nos Estados Unidos, bem como pela criação do primeiro dispensário de tuberculose, em Edimburgo, Grã-Bretanha, por Sir Robert Philip. A luta foi iniciada em São Paulo, em 1899, com a Associação Paulista de Sanatórios Populares, mais tarde denominada Liga Paulista Contra a Tuberculose. Seu programa de ação evidencia a ideologia que a informa, tanto na forma quanto no conteúdo. A concepção da tuberculose é a de uma entidade animada por uma vontade própria, que conta com "auxiliares poderosos da disseminação do *mal*", contra o qual há que se lutar. A terminologia é a militar: fala-se em *defesa*, em *armas*, em *combate*. Os objetivos de corrigir a *insalubridade das habitações* e o *superpovoamento dos domicílios*, de promover o *domiciliamento das classes proletárias* e a *regulamentação higiênica do trabalho*, e de

combater o *alcoolismo* são claramente higienistas e mostram a preocupação com a recuperação da força de trabalho, representada pelo nascente proletariado paulista. No ano seguinte, 1900, um grupo de médicos do Rio de Janeiro fundou a Liga Brasileira Contra a Tuberculose. A comissão que redigiu as bases da Liga apresentou, em estilo grandiloquente, as justificativas para sua razão de ser, que mais parecem patrióticos do que propriamente higiênicos, uma espécie de brio da inteligência nacional, decorrente da constatação da gravidade da situação da tuberculose no Brasil e da desfavorável *comparação entre os meios e medidas* tomadas, aqui e no exterior. Assim que a finalidade da Liga era justamente a de implantar no Brasil os recursos da *ciência moderna* para combater esse *flagelo*, segundo a *grande corrente científica e civilizadora da época*. A base da luta seria a mesma em ambas as "ligas" — os sanatórios — a serem construídos e mantidos no mesmo sistema de financiamento das Santas Casas, ou seja, a filantropia subsidiada pelos poderes públicos. Apesar de que tanto a Liga Paulista como a Liga Brasileira colocassem o sanatório como a base do programa de combate à tuberculose, o que primeiro se concretizou foi a criação do dispensário de tuberculose, da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, situado à rua Gonçalves Dias (aliás outro ilustre tuberculoso), inaugurado em 1902, e que desenvolvia atividades de diagnóstico e tratamento ambulatoriais, distribuição de medicamentos, antissépticos, escarradeiras de bolso, roupas e alimentos. Por outro lado, a Liga contribuiu para acentuar o estigma do doente, uma vez que sob sua influência direta, a legislação municipal da capital federal relativa à tuberculose foi ampliada, disciplinando o comportamento das pessoas em geral e cerceando as atividades dos doentes de tuberculose:

- foram criadas penalidades a quem escarrasse nos soalhos e estabelecimentos públicos, veículos, teatros e igrejas; foi tornada obrigatória a colocação de escarradeiras nestes estabelecimentos, a notificação dos casos de tuberculose, e a desinfecção do domicílio do tuberculoso; os tuberculosos foram excluídos do âmbito das escolas, mediante a aposentadoria dos professores tuberculosos e a cassação da matrícula dos alunos portadores desta moléstia.

Entre 1900 e 1902, foram criadas ligas em Minas Gerais, na Bahia, em Pernambuco, e no Estado do Rio, esta última na cidade de Campos e mais tarde em mais uma meia dúzia de capitais e um outro tanto em cidades do interior do estado de S.Paulo, inclusive a Associação dos Sanatórios Populares de Campos de Jordão. (Ribeiro, 1956, p.63 e segs).

A origem desta associação é esclarecida por seu fundador, o dr Raphael de Paula Souza, mais tarde idealizador e fundador da Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Quando chegou ele a Campos de Jordão, estavam para serem inaugurados dois sanatórios filantrópicos, "ambos construídos nos moldes dos melhores da Europa, à custa de sérias dificuldades financeiras." Dois anos depois, quando convidado para dirigir o sanatório São Paulo, seu pai proporcionou-lhe uma viagem à Europa, para conhecer os hospitais especializados. Na Suíça, ele se interessou pela estação climática de Leysin, onde havia uma organização denominada Sanatório Popular, de um grupo beneficente, e onde ele teve a oportunidade de ver como "mesmo os doentes pagando pouquinho, se economizava dentro de um hospital, trabalhando sem luxo e com um resultado tão bom quanto o do Grande Hotel, dirigido por Jaquerod", na mesma cidade. Na volta a Campos de Jordão, dr Paula Souza conversou com alguns companheiros e com algum entrosamento, foram obtidos "recursos para montar um pequeno hospital em que cada leito, naquela ocasião, custou um conto de reis." Esse hospital foi "construído em condições

as mais econômicas que se poderia imaginar: em madeira, sobre pilares de pedra, e com isso se conseguiu evitar a umidade desses quinze ou vinte leitos. E se fundou, como órgão beneficente, a Associação Sanatórios Populares de Campos de Jordão, que existe até hoje, conhecido como "Sanatorinhos". E prossegue o professor: "Adelaide, hoje minha mulher ... conseguiu recursos junto à sociedade de São Paulo, a começar pela sua família, que era grandemente relacionada ... e então o Sanatorinhos passou a dispor de recursos pra ampliar o número de leitos, cerca de seiscentos, pra receber tuberculosos". Tanto na história quanto na literatura, Campos de Jordão aparece como local privilegiado para a luta contra a tuberculose, como se verá no capítulo seguinte.

2. DA CURA DE CLIMA À INTERVENÇÃO TECNOLÓGICA

Introdução

As representações sociais da tuberculose, aliadas à inexistência de recursos tecnológicos eficazes para seu tratamento, levam ao desenvolvimento do tratamento higieno-dietético e depois à institucionalização do sanatório. Este capítulo apresenta a análise de dois universos sanatoriais: um nos Alpes suíços, o outro no maior centro de tratamento da tuberculose no Brasil, a cidade serrana de Campos de Jordão, onde clinica por alguns anos o dr Paula Souza, ex-tuberculoso, e que, a partir do que se fazia na Europa, idealiza um modelo de sanatório popular, que é desenvolvido sob a égide da filantropia.

O doente e a doença são alvo de diferentes *olhares*, correspondentes a determinadas condições históricas: o mágico, o empírico, o sanitário, o autoritário, o contábil, o epidemiológico, o armado, e o social. Se esses olhares de certo modo sucedem-se uns aos outros, do ponto de vista do imaginário coletivo, nem o mais arcaico deles deixou de subsistir (Scliar, 1987). Também é verdade que estes diferentes olhares sempre variaram e ainda variam de acordo *com quem olha e para quem olha*. No século 20, devido à superposição de vários olhares, a imagem do tuberculoso perde progressivamente sua nitidez. Se esses diferentes *olhares* dependem da posição do doente na sociedade, continua ele a sofrer, como em todos os tempos, diversas sanções ou como diz Hubert Lepargneur "castigos de ordem religiosa, moral, social e até mesmo terapêutica". A apreciação de dois romances, que têm como cenários estações de cura da tuberculose, onde se trataram, na realidade, doentes cujos nomes ficaram, de um modo ou de outro, ligados à tuberculose, permite avaliar a evolução provocada nas mentalidades pelas mudanças sociais, apesar de persistirem as antigas noções do imaginário do século 19. Permite ainda uma percepção mais acurada da diferença que faz *ser tuberculoso*, de acordo com a época e com a condição de classe de cada doente.

A fase de transição da visão romântica da tuberculose para uma visão cientificista do doente e da doença pode ser apreendida em todas as suas nuances pela comparação entre esses dois romances que, de forma magistral, fixaram dois universos habitados por doentes de tuberculose. O primeiro, um notável exemplo da escola realista, é "A Montanha Mágica", de Thomas Mann (1875-1955), considerado por muitos como o maior romancista alemão. A ação transcorre de 1907 a 1914, no período chamado *Belle Époque*, em um sanatório particular de alta classe, nos Alpes Suíços. As representações de Thomas Mann do que seria o *protótipo* do sanatório suíço, no início do século 19, são consideradas inexcusáveis como figura *arquetípica*. Esse livro de Thomas Mann foi publicado pela primeira vez em 1924, em Berlim, e traduzido para vários idiomas. A publicação da obra no Brasil encontra-se na sexta edição, de 1980, de modo que continua a atuar na formação do imaginário coletivo relativo à tuberculose.

Em época próxima à construção dos sanatórios do governo, a literatura brasileira informa-nos como se configurou entre nós a cura de clima. A paulista Dinah Silveira de Queiroz (1911-1982), em seu livro de estréia, "Floradas na Serra", lançado em 1939, também descreve o cotidiano dos doentes que procuravam Campos de Jordão, cidade encravada na Mantiqueira paulista, cuja "extensão imaculada das pereiras floridas ou o rosa profundo da flor do pêssego", inspiram o título do romance. A eterna comparação com as estações de cura européias motiva a pergunta da escritora — *estaremos no Brasil?* Já na 24ª edição em 1987, inclusive sob a forma de edições populares, parcialmente reproduzido em antologias, transposto para o cinema, em 1955, e para a televisão em 1991, este romance vem contribuindo notadamente no Brasil para a formação do imaginário coletivo sobre a tuberculose nas últimas décadas.

A partir dos textos de Mann e Queiroz, apresentamos os temas de maior interesse para os propósitos deste estudo, de modo a permitir ao leitor a entrada naqueles "círculos mágicos", mas também para permitir uma melhor compreensão de alguns aspectos da vida e do trabalho nos sanatórios da Campanha Nacional Contra a Tuberculose. As distâncias de tempo e de espaço, históricas e culturais, diferenciam os dois romances, inclusive na sua abrangência (o romance alemão, cerca de cinco vezes mais extenso). Quase duas décadas é o período separa uma e outra história. Enquanto uma se passa no hemisfério norte, a outra ocorre no hemisfério sul e sendo este dependente economicamente daquele, dele recebe as influências culturais, porém com alguma defasagem, tanto maior quanto menor o desenvolvimento científico e tecnológico da época.

Mais ou menos nas mesmas épocas em que ter-se-iam desenrolado as histórias desses dois romances, viviam na realidade esses dramas de vida e morte dois brasileiros ilustres, cada qual a seu modo. O primeiro deles, o nosso poeta maior Manoel Bandeira, que acometido de tuberculose na adolescência, abandonou os estudos e iniciou uma peregrinação pelas estações climáticas do Brasil e da Europa. Esteve internado no sanatório de Clavadell, nas proximidades do sanatório suíço de Thomas Mann, e mais ou menos à mesma época em que transcorre essa história. Entre 1916 e 1920 assistiu à morte da mãe, da irmã e do pai, ao mesmo tempo que vivia solitária e cotidianamente a luta contra a sua própria doença. De sua experiência de "tísico profissional", como se descreve em seu *Auto-retrato*, decorre o poema *Pneumotórax*:

Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

- Diga trinta e três ... trinta e três ... trinta e três ...
- Respire.

.....
- O senhor tem uma excavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.
- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Sobre a superação dessa desesperança é o seu depoimento, feito em 1966, aos 80 anos de idade:

Quando caí doente em 1904, fiquei certo de morrer dentro de pouco tempo: a tuberculose era ainda o "mal que não perdoa". Mas fui vivendo, morre-não-morre ... o médico-chefe do sanatório de Clavadel, tendo-lhe eu perguntado quantos anos de vida me restariam, respondeu-me sorrindo: "O senhor tem lesões teoricamente incompatíveis com a vida; no entanto está sem bacilos, come bem, dorme bem, não apresenta, em suma, nenhum sintoma alarmante. Pode viver cinco, dez, quinze anos ..." Continuei esperando a morte para qualquer momento, vivendo sempre como que provisoriamente. Nos primeiros anos da doença me amargurava muito a idéia de morrer sem ter feito nada: depois a forçada ociosidade ... meu sentimento de vazia inutilidade ... só começou a se dissipar quando fui tomando consciência da ação dos meus versos sobre amigos e principalmente sobre desconhecidos ..." (Bandeira, 1966, p.11-12).

A segunda personalidade, acima referida, é o próprio fundador da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, Raphael de Paula Souza, que chegou a Campos de Jordão como médico recém-formado, ex-doente, decidido a tornar-se um especialista. Conforme suas próprias palavras "para ser especialista, naquela ocasião, era trabalhar em uma estação de cura da tuberculose." E Campos de Jordão, até a criação da CNCT, era o maior centro de tratamento da tuberculose no Brasil. Paula Souza viveu em Campos de Jordão entre 1928 e 1933, "no meio de doentes muito graves", onde pode "observar a doença em toda a sua extensão e não raro, fora de qualquer terapêutica ...". (Dep.nºXIX, p.16-17). A cidade é por ele descrita do ponto de vista médico e social, mas não chega a contradizer o cenário descrito no romance:

"Campos de Jordão era deficiente em tudo. Uma de suas vilas - Capivari - depois chamada de Emílio Ribas, recebia a população de maiores recursos e aparentemente sem problema de tuberculose. A maioria dos doentes ficava na primeira vila, chamada de Abernêssia. Lá havia pensões grandes, com trinta, quarenta pessoas fazendo regimes orientados pelos médicos de Campos de Jordão. Por sua fama, Campos de Jordão fazia com que lá chegasse gente sem recursos, que não tinha onde ficar, numa esperança de saúde. No interior de São Paulo, os delegados de polícia davam passagem para o indigente tuberculoso ir para Campos de Jordão, porque lá ele sararia. As pessoas chegavam esgotadas e não tinham para onde ir, não tinham dinheiro, nem orientação. O chefe da estação, desesperado com esse quadro, arranjava colchões, comida, remédios, para os doentes deitarem na plataforma da estação. Com a dificuldade para poder viajar, o doente chegava já em fase muito avançada, febril, altamente esgotado, magro e quando os médicos eram chamados, ele estava morrendo." (Dep. nº XIX, p.8-11).

A atmosfera e o cenário dos romances

Na criação de Thomas Mann, o Sanatório Internacional Berghof, em Davos-Platz, cantão dos Grisões, encontra-se a 1600m de altitude, pouco abaixo das geleiras e dos picos de neves eternas. O ar alpino deve sua grande fama ao fato de que sendo fresco, leve e fino, sem aroma, sabor ou umidade, é ao mesmo tempo inconsistente e excitante. Considerado o melhor tratamento para a enfermidade, achava-se também que ele revolucionava o corpo podendo, logo após a chegada à montanha, fomentar a irrupção da doença latente ou acelerar seu curso. A aclimação às alturas poderia ser bastante penosa para os recém-chegados, que poderiam sentir um frio excessivo, a respiração difícil, hemorragia nasal, tremores e palpitações, cansaço, sonolência e tonturas. Do sanatório Berghof podia-se ir a pé à aldeia, estação de cura e de turismo sofisticado. Mas no cemitério havia lápides cujas inscrições, referentes a todas as

nacionalidades, mostravam um intervalo pequeno entre as duas datas, significando uma média de vinte e poucos anos de vida. O sanatório Berghof tem setenta leitos e é um empreendimento lucrativo, que distribui bons dividendos aos seus acionistas.

O edifício comprido e branco, tem uma torre central encimada por uma cúpula e um relógio. As numerosas varandas dão-lhe de longe um aspecto de esponja (seria casual que o autor usasse a mesma metáfora usada para o tecido pulmonar?). Os salões de recepção, a sala de leitura, o refeitório, a cozinha e a despensa, tudo nesta parte do sanatório lembra um hotel. Mas no sub-solo reinam a clareza e o asseio de um hospital; tudo branco sobre branco; o consultório do diretor, o laboratório e a sala de operações; em contraste, no serviço de radiologia e no gabinete de psicanálise, reina a penumbra, que possibilita visões interiores de naturezas opostas. Os quartos, devidamente desinfetados, a cada mudança de hóspede, têm paredes e móveis brancos. Este ambiente seria bastante austero, não fosse a presença marcante da espreguiçadeira, onde os doentes cumprem a maior parte do programa diário de cura.

Campos de Jordão também encontra-se a 1600 m de altitude e também é estação de cura e de turismo. Em "Floradas na Serra", a história passa-se na Vila de Abernêssia, que como relata Paula Souza, acolhe os doentes de classe média e os pobres, ao contrário da Vila de Capivari, cheia de casas ricas, bangalôs nas colinas, rapazes e moças a cavalo, gente que não é doente. Em Abernêssia, para os pagantes havia acomodações para quase todos os gostos e posses: sanatórios particulares, pensões, repúblicas e quartos em casas de famílias; para os muito pobres, o sanatório de indigentes e o dispensário, gratuito. O sanatório de luxo guarda semelhança com o Berghof: o prédio de três andares, o quarto com cortinas, a mobília laqueada, a porta para o terraço, a espreguiçadeira, o jardim, a sala de estar, a sala de leitura, o "aspecto de hotel", traído pelo elevador, do comprimento de um corpo humano na horizontal; ao contrário do Berghof, há vitrolas e rádios nos quartos, mostrando que essa tecnologia se vulgarizara; e aqui os acompanhantes são separados dos doentes, instalando-se em bangalôs no próprio terreno do hospital. As pensões e repúblicas, de moças ou de rapazes doentes, são pavilhões brancos, alpendrados ou casas de madeira, com um grande terraço; por falta de disciplina e boa comida, as repúblicas tinham fama de não favorecer o tratamento correto. Os sanatórios de indigentes eram tidos como lugares tristes, com uma rígida disciplina. As enfermarias têm filas de camas e ali mesmo ou nas espreguiçadeiras do grande terraço comum, os doentes leem, conversam e recebem visitas, há um jardim, no qual os doentes podiam passear, mas não há elevador no prédio. O Dispensário é um posto público, para tratamento gratuito. O jovem médico do dispensário considera a obra do dispensário, de certo modo, criminosa, pois atrai doentes pobres que (para fazer a cura de clima) se hospedam nas "casas miseráveis dos arredores" pagando uma ninharia e vivem "na maior promiscuidade com a família dos cablocos", contaminando as crianças, que lotam o sanatório infantil; por isto, conclui ele que se o governo não dá leitos a esses doentes, deveria fechar o dispensário.

Os paradigmas da medicina e as representações da doença

Na visão do doente ou da doença como objeto da *medicina*, coexistem, nos sete anos em que se desenrola a história de "A Montanha Mágica", as três orientações teóricas distintas existentes no início do século, sendo que, em cada caso individual, podem se superpor duas delas e até as três: a abordagem vitalista e holística representada pelo regime higieno-dietético; a abordagem biomédica, que se utiliza dos recursos da ciência e da tecnologia para intervir diretamente no corpo anatômico ou de preferência no órgão doente; e a abordagem psicanalítica, segundo a qual a doença seria a manifestação física de uma necessidade psíquica não atendida. Em que pese os fatos de que Robert Koch havia sido agraciado com o prêmio Nobel, em 1905 e de que Thomas Mann escreveu *A Montanha Mágica* depois da primeira grande guerra, e mais ainda que neste romance sejam mencionados exames bacteriológicos de escarro, no livro não aparece tipo algum de preocupação referente ao contágio da doença: as visitas se hospedavam na mesma ala do edifício que os doentes, com os quais compartilhavam as atividades cotidianas, do mesmo modo que os médicos. Todos tomavam juntos suas refeições e participavam das atividades sociais, culturais e recreativas. Vale notar que no episódio do adoecimento do primo sadio durante sua visita de três semanas ao primo doente, período em que eles convivem permanentemente, não se considera a possibilidade de ter havido um contágio, apelando-se para a explicação de eclosão da doença latente, como reação ao choque climático. No segundo livro o modelo biomédico já detém a hegemonia do saber médico, no que se refere ao diagnóstico e tratamento das doenças orgânicas e, não só produz o discurso que ordena e conduz o pensamento e as ações das pessoas em relação à tuberculose, mas também já conseguiu demolir todas as demais concepções sobre a doença. As concepções psicanalíticas explicativas do processo de adoecimento e de cura estão incorporadas ao ideário das pessoas comuns, ainda que as personagens não mencionem termos psicanalíticos.

No microcosmos criado por Thomas Mann, percebe-se a persistência, no período que se convencionou chamar de *Belle Époque*, de traços da mentalidade romântica: um certo visitante do sanatório considera que toda aquela gente, levemente febril, com um processo de decomposição em seu interior, emprestava ao ambiente singularidade e um certo encanto intelectual; há também o comentário de um hóspede sobre a crença de que a doença torna as criaturas finas, cultas e diferentes, tanto assim que alguns "hóspedes", (que pertencem à burguesia ou à nobreza), são tidos como pessoas por demais sensíveis para suportar o horror do mundo e a vulgaridade das exigências da vida cotidiana. Ao mesmo tempo, o autor mostra a força da nova crença na razão e no esclarecimento, que rejeita a idéia romântica da doença, como coisa nobre e digna de reverência; ao contrário, a doença, ao dissolver a ética e a moralidade, a disciplina e a moderação, é considerada contrária à civilização, ao progresso, ao trabalho e à vida. Mas a moral puritana burguesa, enraizada no capitalismo e nas concepções eugênicas, faz com que o visitante se recrimine por sentir-se atraído por uma enferma e a condena por sua maneira de trajar-se, imprópria a uma mulher com o corpo carcomido, inapta para a maternidade.

A questão do contágio não é tratada no romance de Mann. Mas a crescente difusão das informações sobre o modo de transmissão da enfermidade e as repercussões do movimento higienista e eugênico agravaram os receios e restrições em relação às pessoas tuberculosas. Portanto, em *Floradas na Serra*, as preocupações em relação ao contágio já estão presentes, mas são polarizadas pela situação de classe das pessoas: de um lado, o medo excessivo, por parte das pessoas mais "instruídas" e familiarizadas com os médicos, inclusive pessoas doentes que receiam contaminar os outros; de outro, os pobres e pouco letrados, premidos pela necessidade de conviver ou coabitar com casos de tuberculose avançada, preferem achar que a doença não é tão contagiosa e que afinal tudo depende da vontade de Deus. A história dos adoecimentos é bastante variada, mas entre os que não são pobres prevalece a noção de uma sensibilidade especial dos "escolhidos pela doença" ou dos que "a escolheram", bem como a de uma "psicologia angelical" em relação às crianças. No segundo quartel do século 20, tuberculose ainda era uma doença maldita e portanto inominável, não constando, nem uma só vez, em nenhuma das 162 páginas do romance, a palavra tuberculose, que é substituída por eufemismos ou mesmo subentendida.

O microcosmos sanatorial

O sanatório suíço é um mundo singular, um ambiente exclusivo, com suas próprias regras morais. A alegoria é a de uma *viagem em um navio de luxo*, cujo conforto perfeito faz olvidar as circunstâncias e o risco da viagem: num como noutra, o convívio é estreitado pelo espaço limitado e por um programa diário preestabelecido e obrigatório para todo mundo, e são permitidas certas informalidades, inclusive nos trajés para a manhã e tarde. Os doentes referem-se a si mesmos e ao sanatório como "nós aqui em cima", em contraste com o mundo exterior que é denominado *a planície, o mundo das pessoas sadias*. O lugar não dá a idéia de um lugar de sofrimentos: alguns adolescentes, muitos rapazes e moças, e algumas pessoas mais maduras, bronzeados, superalimentados e ociosos tagarelavam, trocavam olhares e distraíam-se com o passatempo em voga. Sob essa aparência amena, a realidade da vivência diuturna da doença: o emagrecimento, a febre, a tosse aflitiva e o temor das hemoptises. Cada enfermo portava uma escarradeira de bolso, que denunciava sua condição. Na hierarquia da casa, os doentes leves não gozavam de muita consideração: ao interessar-se por uma enferma, o novato se questionava se, apesar de sua "mancha úmida", os dois meses de sanatório e a radiografia no bolso, como uma "carteira de sócio", ainda não faria parte do "nós aqui em cima". O rígido regulamento da casa não impedia as transgressões, como as escapadas noturnas até à vila, a fim de jogar, dançar ou beber, parecendo mesmo haver uma certa condescendência e até algum estímulo, como a passagem pela sacada, que facilitava os namoros clandestinos. A quem comentasse que "a mocidade aqui em cima facilmente toma um mau caminho e se deprava por completo", havia quem respondesse: "*gente moça, o tempo não significa nada para eles, não sabem se não vão morrer logo ...*".

A galeria de tipos do sanatório suíço é vasta e variada. Sintetizando suas características, apresentadas ao longo do romance, selecionamos os seguintes perfis:

- o rapaz que depois de dois anos pediu alta contra conselho médico para seguir a carreira militar, voltando meses depois ao sanatório para morrer dentro de algumas semanas;
- o engenheiro alemão que veio passar duas semanas de férias com o primo doente e abrigou-se no sanatório por sete anos, durante os quais perdeu as características de um jovem burguês e assumiu uma postura intelectual;
- a jovem senhora russa, de atitude indolente e maneiras muito livres e relaxadas, que vivia em turnê pelos sanatórios da Europa, anualmente visitava o marido e tinha na doença o penhor de sua liberdade;
- o filósofo humanista italiano que vivia sua doença como a destruição da harmonia de sua personalidade, ao associar um corpo pouco apto para a vida a um espírito nobre e cheio de vitalidade.
- a *superiora*, senhora da antiga nobreza alemã, cruz de granadas sobre o peito, *touca* de enfermeira, atua na sala de operações, assiste os casos cirúrgicos e avalia as queixas dos doentes;
- a *diaconisa*, de touca branca e "pinça-nez", enfermeira particular, queixa-se que seus pacientes estão sempre morrendo.
- o diretor médico, ex-doente ou talvez ainda doente, cirurgião, adepto do materialismo científico.

Os doentes que chegam a Campos de Jordão vêm cheios de desânimo, medo, desespero. Alguns só se conformam de subir a serra quando já se desesperaram de sarar em casa. Sua aparência mostra que a doença maltratava e consumia. A procura da estação climática geralmente era ocultada de conhecidos e parentes, porque um diagnóstico de tuberculose era motivo forte o bastante para desmanchar noivados e também para desfazer casamentos, o que tinha respaldo no preceito médico: *jeune-fille, pas de mariage; femme, pas d'enfant; mère, pas d'alaitement*. O ideal de beleza feminina já havia mudado, embora ainda houvesse uma certa nostalgia daquela "beleza tísica". A valorização da hereditariedade inseria o adoecimento na categoria de destino e a sensibilidade do tuberculoso continuava a ser apregoadada.

Em Campos de Jordão os doentes em geral parecem mais jovens do que no sanatório europeu, sugerindo que os dois romances surpreenderam momentos epidemiológicos diferentes. Aqui, na década de 30, a doença ainda atingia crianças, adolescentes e pessoas na extrema juventude, indicando um quadro extremamente grave. Também se notam diferenças relacionadas ao padrão de vida, decorrentes da extração de classe das personagens de um e de outro romance e do desamparo dos doentes pobres no Brasil. Também o estigma da doença se faz notar com mais intensidade na década de 30 do que na de 10. A galeria de doentes do romance passado em Campos do Jordão também é variada, mas guarda poucas semelhanças com aquela do sanatório suíço:

- a repudiada pelo marido devido à doença e que não ousa aproximar-se dos filhos pequenos;
- a adolescente angelical, quase-curada, que em sua festa de quinze anos morre de hemoptise fulminante, tornando-se luminosa;

- a moça deformada pela toracoplastia, "pensa" para um lado, passinhos miúdos e desiguais, um jeito de avezinha doente;
- o rapaz caquético, que já não consegue respirar, e agarra-se à figura da noiva, aterrado com a aproximação da morte;
- a recém-curada, rejeitada pelos doentes, que parte com a intenção de não olhar para traz "para não virar estátua de sal";
- o pintor condenado à montanha, onde consegue viver sem recidivas da doença;
- o lavrador japonês, hóspede de um morador pobre, que transmite a doença à uma criança da casa, que morre de meningite;
- a "irmã" católica do sanatório de indigentes, que se devota à assistência espiritual dos doentes e moribundos.
- o jovem e charmoso médico, que rompe o noivado com a filha do colega famoso, para não abandonar a cidade e suas doentes.

O regime higieno-dietético e o tratamento médico-cirúrgico

Pela sucessão dos eventos narrados ao longo do romance de Thomas Mann, chega-se a conclusão de que o célebre *regime higieno-dietético* consistiria de seis refeições, cinco sessões de repouso e três passeios diários. A alimentação era hipercalórica e rica em proteínas animais. Considerava-se que o clima alpino aumentava o metabolismo e, ao mesmo tempo, favorecia a acumulação das proteínas necessárias à cura. Os banhos de sol eram parte integrante do tratamento. As sessões de repouso na espreguiçadeira exigiam um ritual de preparação, que consistia em envolver o próprio corpo em dois grandes cobertores de lã, formando uma espécie de pacote, do qual saíam apenas a cabeça, os ombros e os braços. O repouso noturno na sacada não era interrompido nem no maior rigor do inverno. A calefação central só era ligada quando havia neve. Considerando-se as sete horas de repouso na espreguiçadeira e mais as dez horas de sono prescritas, compreende-se porque os doentes se autodesignavam como "os horizontais". A temperatura oral era verificada, pelos próprios doentes, quatro a cinco vezes por dia e anotada em uma tabela; o controle do peso era feito pelo pessoal da casa. Da higiene pessoal não constava o banho (talvez para evitar a penetração do vapor d'água nos pulmões), substituído pela fricção diária com álcool. Cigarros, charutos e bebidas alcoólicas eram permitidos e até fornecidos pelo sanatório suíço.

O tratamento em Campos do Jordão também consistia basicamente no regime higieno-dietético; o fisiologista dizia que "o clima de Campos do Jordão é o grande médico". Apesar do frio intenso, aqui como na Europa, dormia-se de janela aberta e com dois cobertores. O repouso obrigatório é feito à sombra de uma grande árvore e, depois do almoço, no quarto. Os pequenos passeios matinais também eram obrigatórios, mas bebidas e cigarros eram proibidos. Havia, do mesmo modo que no sanatório Berghof, o recurso do pneumotórax, procedimento já considerado simples, exceto quando havia a necessidade de seccionar aderências. Um procedimento cirúrgico, já bastante comum nessa época, era a toracoplastia, detestada e temida pelos doentes, por seu caráter deformante.

Além da abordagem higieno-dietética, o diretor do sanatório Berghof utilizava-se dos recursos da ciência positiva e da tecnologia, mediante procedimentos clínicos e cirúrgicos, bem como *os meios auxiliares de diagnóstico e tratamento*. O exame médico era aguardado com grande ansiedade pelos doentes, pois do seu veredito dependiam os planos de permanecer ou não na montanha e até as expectativas de sobrevivência. A *exploração física* pelo médico parecia causar-lhes grande satisfação; ao contrário, a expectativa de um tratamento cirúrgico era fonte de grande ansiedade e temor. Além da percussão e da auscultação, desde a virada do século o médico já era ajudado pelos recursos que são usados ainda hoje: o exame microscópico do escarro, para comprovar a presença dos bacilos nas lesões e o exame radiológico do tórax, para localizar as lesões tuberculosas. Para o tratamento medicamentoso havia certas injeções (supõe-se que seriam sais de metais como arsênico, iodo, mercúrio, prata ou ouro), e que às vezes tinham que ser suspensas, devido a efeitos adversos. O oxigênio, armazenado em balões e de custo muito alto, era administrado apenas aos agonizantes. Quando a doença já se encontrava em fase adiantada, apelava-se para os procedimentos cirúrgicos. O mais comum deles era o pneumotórax, assim descrito por um enfermo: quando um pulmão está muito atacado e o outro está bom, ou quase bom, dispensa-se o lado enfermo de qualquer atividade, a fim de poupá-lo; para isto fazem um talho no flanco e o enchem de nitrogênio, que deve ser renovado a cada quinze dias. Os doentes fazendo este tratamento se autodenominavam a turma do pneumotórax ou mais jocosamente a "sociedade do meio-pulmão". A toracoplastia, isto é a ressecção de costelas, "à faca e à serra", já era feita com um pouco mais de segurança: dizia o cirurgião do sanatório que "antigamente ficavam na *mesa* uns cinquenta por cento". O tratamento psicanalítico, realizado pelo assistente do diretor do hospital, era de caráter voluntário. Os meios de atrair clientes para este tratamento eram o prospecto do sanatório, as conferências proferidas pelo próprio terapeuta e as conversas durante a ronda diária.

A questão do médico-tuberculoso não parecia motivo de preocupação para ninguém. O que certamente havia era uma nítida divisão do objeto de trabalho, o doente, entre os dois médicos: um tratando seu corpo, ou melhor, seus pulmões e o outro tratando de percrustar-lhe a alma. No entanto, a primazia certamente cabia ao tratamento sobre o organismo físico, razão de ser da presença do doente no sanatório e do próprio sanatório. As relações entre os médicos, isto é entre o diretor-tisio-cirurgião e seu assistente-psicanalista também eram hierárquicas, tanto do ponto de vista administrativo como técnico-científico, parecendo ser a psicanálise considerada como um saber excêntrico à prática médica. As relações entre médicos e doentes eram desiguais ou assimétricas, no sentido de que apenas o saber médico era considerado como legítima fonte de autoridade sobre todos os aspectos da vida dos doentes. Esta perda da autonomia pessoal, delegada ao médico, poderia ter suas compensações, como a de desobrigar-se até mesmo de sua própria vida. A divinização do médico no romance paulista e sua representação como aquele que pode dar combate à morte fica clara em várias passagens do romance.

A evolução da doença

No sanatório suíço, a evolução da doença era explicada pela atração dos bacilos pelo tecido pulmonar, onde o processo de decomposição das células poderia terminar em caseificação ou cicatrização do tecido, ficando então a doença latente; mas a área afetada poderia estender-se, criando cavernas cada vez maiores e corroendo o órgão, mais ou menos lentamente. Em Floradas na Serra o prognóstico da tuberculose continua a ser reservado, pois a evolução da doença variava conforme a reação do organismo, a disposição do doente e a observância do regime. A evolução para a cura se acompanhava de mudanças no corpo e no humor. A piora poderia ser causada pela falta de resposta do organismo ao tratamento, mas também pelo descuido do doente ou pela exacerbação de suas emoções. A evolução para a morte tanto poderia ser lenta e previsível, como inesperada e súbita. O modo de morrer é descrito de diferentes maneiras, de acordo com a classe social do doente. Enquanto que a evolução para a morte do lavrador japonês é descrita de modo deprimente, a do menino pobre é muito realista, a da adolescente virgem atinge as raias do lirismo e a do rapaz indigente não se reveste de dignidade alguma. As fantasias sobre a morte podiam exercer grande fascinação, correspondendo de modo surpreendente àquela primeira noção do imaginário coletivo, da tuberculose como desintegração, dissolução, desmaterialização:

"eu estava no cimo de uma montanha ... o céu azul a cercar-me ... um azul tão brilhante, tão lindo, que me atraía, me chamava! saltei, então, para ele ... mas não caí ... boiava, leve ... uma sensação violenta de prazer ... meus pés, minhas pernas, minhas mãos, meus braços estavam se desmanchando ... meu corpo, inteirinho, se dissolvia em azul purrrfssimo ... e eu sentia uma alegria violenta, louca ..." (Queiroz, 1987, p.78).

O passar do tempo e o apelo da montanha

No Berghof, o programa do dia normal achava-se claramente subdividido e cuidadosamente organizado, de modo que se desenrolava naturalmente e por si mesmo, e de tal forma era razoável que se afigurava, não como um hábito exterior, mas como uma necessidade interior, à qual todos se submetiam por convicção pessoal. A vida do Berghof era tão confortável e tão bem regulada em seus estreitos limites, com seu curso monótono, que o dia assim subdividido, artificialmente abreviado, desagregava-se, desvanecia-se.

Ao final do inverno, com a chegada do degelo, a frequência das chegadas à estação de cura diminuía e aumentava de forma inquietante o número de partidas. Os doentes fugiam da dissolução da neve, da bruma, da névoa, que diziam causar hemoptises. Poder-se-ia também indagar se tanto mal-estar não se deveria a uma analogia com aquelas noções da física como processo de dissolução, de umidade nos pulmões; também deve considerar-se que seria grande a tentação de espairecer um pouco durante "esses meses quentes", como dizia Kafka, "destinados à liberdade". As altas por cura das lesões e total desintoxicação eram objeto de adiamentos e delongas, sob a alegação da necessidade de evitar uma recaída. Se o doente decidia-se a partir sem autorização, por iniciativa própria, por sua conta e risco, as chamadas partidas *em falso*, ia com a consciência inquieta, premido pelo desespero. De volta à *planície*, poderia achar contrário

à natureza que uma pessoa, após o café da manhã, ao invés de sair para um passeio e a seguir estender-se agasalhada ao ar livre, se encaminhasse ao escritório. Poderia até se lhe afigurar impossível viver *lá em baixo*, onde ninguém conhecia os *conceitos básicos* do regime higienodietético.

Em Campos de Jordão, como no sanatório suíço, a natureza também anuncia o perigo: — "dizem que o tempo da florada dos pessegueiros é o das hemoptises", o que aliás termina por se confirmar no romance. E há o período das chuvas e das chuvas de pedras de gelo, e há as geadas ... mas não há neve, o que afinal nos lembra que estamos mesmo no Brasil. Em Campos de Jordão a alta baseava-se em critérios de probabilidade, sendo considerada de fundamental importância a chamada "prova da atividade", isto é — "quando o doente que retoma os seus hábitos não emagrece, não sente cansaço, dorme bem e come bem, é provável que esteja curado", como aliás já havia dito o médico do sanatório de Clavadel a Manuel Bandeira.

Thomas Mann nos faz ver que o sanatório podia ser como que uma solução para os que no fundo aspiravam a se deixarem ficar à margem da vida, para os que pudessem admitir que afinal não se davam muito bem com o trabalho e o esforço. Para esses, eram motivo de grande satisfação as horas vazias, cheias de paz assegurada, as horas sagradas destinadas ao repouso: nenhuma interrupção séria, nenhum obstáculo, nem trabalhos, nem preocupações ou dificuldades. A vida no Berghof pareceria seguir um plano inteligente e feliz, ao contrário da vida *lá de baixo*, vivida sob a constante pressão do dever e da honra. Por isto considera-se que ali um jovem poderia ficar perdido para a vida e para a forma de existência para a qual nascera, pois depois de pouco tempo, o flerte e a temperatura poderiam ocupar todos os seus pensamentos. Ficar deitado em uma espreguiçadeira extraordinariamente cômoda, olhando o mundo e as criaturas do alto da montanha, poderia representar uma oportunidade de isolamento e reflexão. Enfim, o sanatório constituía o lugar perfeito para quem tivesse achado na doença um refúgio contra as exigências feitas pela sociedade a qualquer adulto responsável.

Mas a permanência na montanha poderia ser perigosa, pois, como nos faz perceber esse autor, o hábito enfraquece o senso de tempo. A vacuidade e a monotonia, embora entediem e tornem lentos os momentos e as horas, abreviam e aceleram as grandes quantidades de tempo: quando um dia é como todos, todos são como um só. O ritmo constante e monótono do curso do tempo, a organização minuciosa e prefixada do dia normal, a ordem inabalável do programa diário, sempre o mesmo, idêntico a si próprio, a continuidade de uma rotina permanente e ininterrupta, repetindo-se a ponto de criar confusão, faz com que a noção do tempo se perca na uniformidade constante.

Dinah Silveira de Queiroz mostra que essa estada na serra, de tempo indeterminado e resultado incerto, podia ser vivido como um exílio forçado, um abandono, um refúgio ou um local de expiação. A primeira reação podia ser a de retomar o papel infantil, de fazer-se de vítima ou revoltar-se; mas o medo de morrer era sempre grande. As primeiras intenções, de manter estreitos vínculos com as pessoas queridas, eram enfraquecidas pelo sentimento de pertencer a um novo grupo, fechado e coeso.

Os laços de solidariedade desfaziam-se com a proximidade da alta. A cura rompia o pacto com o grupo que, não reconhecendo mais aquela pessoa como igual, ocasionava sua súbita "desambiência". Os namoros entre os doentes não pareciam ter futuro: "muitos porque começam perto da morte, muitos porque aquele que se cura esquece o outro que fica ...".

3. SANITARISTAS, TUBERCULOSE E ENFERMAGEM

Introdução

Este capítulo apresenta a situação da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro e as políticas sanitárias vigentes a cada época; analisa o advento simultâneo de um programa de luta contra a tuberculose oficial e da implantação da enfermagem moderna no Brasil, sob os auspícios da enfermagem norte-americana; aprecia a trajetória deste primeiro modelo de enfermagem de saúde pública, sua expansão para os estados e sua decadência na capital federal; caracteriza a política sanitária do Estado Novo, a criação do MES e do SNT, sem que se inicie um programa nacional de tuberculose de grande envergadura.

As campanhas sanitárias apresentavam características determinadas por acontecimentos ocorridos na segunda metade do século 19: os avanços da bacteriologia como exigência da penetração colonial européia, e que permitiram a concepção de programas de saúde pública à margem da relação entre política, condições sociais e doença; a concepção de campo militar aplicada à saúde pública, sob a forma de campanhas, lutas e combates; a difusão do conceito de polícia médica, justificando o uso da coerção para o alcance dos objetivos da saúde pública, e de uma pedagogia normativa que enquadrava e culpabilizava os que não seguissem os preceitos higiênicos. Os princípios liberais positivistas, nos quais fundamentava-se a autonomia dos estados e a economia essencialmente agropecuária não favoreceriam uma efetiva política de saúde mais incisiva ou abrangente. Por isso, o DNSP, com atribuições normativas e executivas em âmbito nacional, continuava a restringir suas atividades à região do DF. (Côrtes, 1984, p.33e36).

No início do século organiza-se a saúde pública sob responsabilidade governamental, sob a influência européia: combate às epidemias pela intervenção direta no meio ambiente, numa guerra de extermínio à doença e "uma cruzada moral lançada sobre a classe trabalhadora". A terminologia militar preside a descrição das ações sanitárias, que tomam a forma de campanhas, lutas e combates, nos quais são empregadas estratégias e armas. Contra o inimigo exterior, aliam-se aos esforços do organismo para *resistir-lhes*, a ação da saúde pública para *combatê-las*. A enfermidade, ou mesmo seu micróbio causador, é o *inimigo* mortal a ser *aniquilado*, para o que utiliza-se todo um *armamento*, requisitado do *arsenal* da medicina. O êxito dessas medidas é conferido pelo *saneamento* do porto do Rio de Janeiro, de importância capital para os exportadores de café, na gestão de Oswaldo Cruz. A representação imaginária do pobre é a de um suspeito em potencial, seja como portador de germes, seja como um possível criminoso, o que "justifica a aplicação de uma pedagogia totalitária, que pretende ensinar-lhe hábitos de higiene privada, de comportamento e de disciplina geral constituindo-se em um projeto de domesticação da classe operária" (Rago, 1985, p.170).

Até a década de 20, as condições político-sociais não permitem o lançamento de uma campanha de controle da tuberculose. A luta contra a tuberculose vai tornando-se objeto de

maior atenção dos órgãos de saúde pública, na medida da formação e fortalecimento da classe operária. O debate sobre a questão social, suscitado pelos movimentos operários, prepara o clima para uma reforma sanitária, desencadeada pela epidemia de gripe de 1918. Após a primeira guerra e na esteira da Revolução Russa, ocorre a chamada Reforma Carlos Chagas, no bojo da qual se organiza a luta contra a tuberculose e é implantada na capital federal a enfermagem moderna, sob os auspícios da Fundação Rockefeller. As atividades de enfermagem, primeiramente a visita domiciliar e depois as entrevistas nos dispensários, giravam em torno do combate à tuberculose, que ocupava quase todo o tempo e esforços das primeiras enfermeiras de saúde pública. A implantação da enfermagem moderna teve como objetivos suplementar o trabalho dos médicos sanitaristas e representar a autoridade sanitária na intimidade do tecido social; a inserção da enfermagem na sociedade brasileira, decorrente de uma decisão "de cima para baixo", causou estranheza à população do Rio de Janeiro e tornou o trabalho de visita domiciliar extremamente penoso e possivelmente improdutivo, no que se refere à resolução dos problemas encontrados. Tal trabalho, consideradas as condições em que se fazia, pode ser caracterizado como "trabalho de mulher", dado o grande investimento pessoal e a escassa recompensa, quer em termos monetários, quer em termos de satisfação pessoal. Este primeiro modelo de enfermagem, que tem como área de atuação a saúde pública e como cenário a cidade, entra em decadência com a mudança no jogo de forças determinada pelo surgimento do Estado Novo.

Enquanto as enfermeiras vivem no Rio seu papel de "heroínas", o problema da tuberculose continua sem solução. Os poetas tuberculosos, ainda que em outro estilo, continuam a cantar seu sofrimento, expressando aquelas mesmas sensações arcaicas de dissolução e umidade, e também de ânsia pela vida, como o paulista Rodrigues de Abreu, "irremediavelmente prostrado pela tuberculose em plena adolescência" e que morreu em 1927.

"A minha vida é uma casa destelhada
por um vento fortíssimo de chuva

(As goteiras de todas as misérias
estão caindo, com lentidão perversa
na terra triste de meu coração).

.....
Oh! a felicidade voluptuosa
de adiar a mudança, demorá-la,
ouvindo a música das goteiras tristes,
que caem lentamente, perversamente
na terra gelada de meu coração! (Bandeira, 1964, p.152-153).

O tuberculoso continua a ser estigmatizado, mas "além de culpado pela própria infecção, o tísico é mostrado como uma ameaça social que precisa de urgente segregação e isso não só pelas possibilidades de contagiar os sãos, mas também por ser um agente corruptor do meio social: preguiçoso, rejeita o trabalho; desequilibrado, renega e trai o amor e a amizade; e degenerado, cerca-se de um mundo cuja marca predominante é o sexo e a sexualidade." (Bertolli Filho, 1987, p.1). Entre esses se incluíam também os músicos. A figura tipo aqui seria a de Noel Rosa (1910-1937), que morreu pouco antes do lançamento do romance *Floradas na Serra*.

Seus biógrafos registram: "não há quem resista a vida tão desregrada ... corre pela cidade a informação de que Noel não anda bem, desmaiou durante um espetáculo ... sabem dos planos de viagem ... para Belo Horizonte ..." A ineficácia dos recursos terapêuticos leva seu médico a uma representação sincrética da doença, associando a metáfora da guerra contra um micróbio personalizado à esperança, que hesita entre o acaso e a providência divina: "uma doença difícil; cura-se com muita luta um pulmão afetado, mas tem-se que apelar para os céus quando se trata dos dois; de que outros remédios, além do milagre, dispõe hoje a medicina para guerrear contra milhões de vorazes bacilos que se multiplicam aniquilando tecidos, arruinando vidas? ... nenhum medicamento específico, a cura sendo procurada através do repouso, higiene, dieta; tenta-se o clima das montanhas ... em alguns casos o pneumotórax, em outros a cirurgia, mas sempre é preciso contar com a sorte, muita sorte; e jamais desacreditar em milagres." (Máximo & Didier, 1990, p.337esegs). É outra a face da doença no seio da classe operária, como mostra o dramático relato do líder ferroviário *Batistinha*. Na época de Noel Rosa, mas no interior do Espírito Santo, sua família foi dizimada pela mesma doença. Caçula entre doze irmãos, conta ele que sete deles morreram de tuberculose: "alguns [dos irmãos] morreram antes ... eu nem os conheci ... outros morreram um pouco maiores, já na minha época ... o médico comparecia pra dar o atestado de óbito ... meu pai ganhava muito pouco ... ele não podia dar alimentação e o médico não podia fazer milagre ..." (Dep. D.Batista, p.5-6 e Fiocruz, 1989, p.79). Em ambos os casos associa-se a cura da tuberculose a um milagre, mas com visões de mundo opostas: no primeiro como motivo de esperança, no segundo como certeza da sua impossibilidade.

A proposta de Oswaldo Cruz

Diretor Geral de Saúde Pública, no período 1903/1908, Oswaldo Cruz, notabilizou-se pelos êxitos obtidos nas campanhas contra doenças epidêmicas como a febre amarela e a peste, de modo a garantir o movimento do porto do Rio de Janeiro e preservar a burguesia e a força de trabalho. A oposição a essas medidas fundamentava-se na defesa do livre exercício da medicina, contestando o direito do Estado intervir na saúde pública. (Porto, 1987, p.57). As campanhas de Oswaldo Cruz, se foram bastante eficientes do ponto de vista epidemiológico, sofreram severas críticas por não incluírem entre seus propósitos, a melhoria das condições de vida e de trabalho dos grupos populacionais, voltando-se apenas aos interesses econômicos da oligarquia e também pelos métodos autoritários adotados, que desrespeitavam as liberdades individuais da parcela mais desfavorecida da população. Por outro lado, suas estratégias de especialização e centralização, ao estruturar e consolidar serviços independentes, foram acusadas de subtrair energia e recursos ao progresso unificado da saúde pública. (Molina in Ramos, 1973, p.96).

No que se refere à tuberculose, Oswaldo Cruz reconheceu que, embora esse problema fosse de natureza distinta das chamadas "doenças tropicais", mereceria toda a atenção da autoridade sanitária, pois "a tuberculose, no Rio de Janeiro, mata mais gente do que todas as epidemias juntas; as outras epidemias aparecem, fazem muitas mortes, depois acabam, mas a tuberculose mata o ano inteiro, sem cessar um dia." (in Ribeiro, 1956, p.84). Tanto assim que,

ao ser confirmado no cargo de diretor do DNSP pelo recém-empossado presidente Afonso Pena, Oswaldo Cruz, em 1907, pediu sua atenção para esse fato. (Benchimol, 1990, p.48). Apresentava ele um plano de ação contra a tuberculose, de grande envergadura e alto custo, financeiro, social e político, adotando a mesma política de direção centralizada e de intervenção direta no corpo social. A almejada legislação daria aos encarregados do combate à tuberculose o poder de polícia para ordenar medidas nos domicílios, nos estabelecimentos comerciais e educacionais, quartéis e indústrias, a construção de hospitais, sanatórios, desinfetórios e habitações para proletários, a aposentadoria dos operários tuberculosos e seguro obrigatório contra a doença. (in Ribeiro, 1956, p.84-86).

O descaso com que foi recebido o plano de Oswaldo Cruz para o combate à tuberculose admite um conjunto de explicações: a inexistência de uma tecnologia específica simples, barata e de fácil aceitação; a extrema resistência popular à vacinação obrigatória, contra a varíola, que determinara um considerável desgaste político do governo; o modo de propagação da doença não ameaçava tanto a burguesia local e as tripulações dos navios, pois a tuberculose, cuja fonte de infecção é o próprio homem, de certo modo, respeita os limites geográficos demarcados pela pobreza; o isolamento dos doentes em sanatórios e as medidas gerais de melhoria do nível de vida da população, não correspondiam à política do governo, mais voltada para o interesse da oligarquia rural dos plantadores de café. Como a esse plano não foi concedida uma atenção preferencial, "a cruzada contra a tuberculose esvaiu-se por falta de recursos e respaldo político." Em 1909, devido à lei que proibiu a acumulação de cargos remunerados, Oswaldo Cruz teve que deixar a direção do DNSP, continuando a dirigir o Instituto de Manguinhos. (Benchimol, 1990, p.50). Nos anos que se seguiram também não ocorreram iniciativas oficiais significativas para um combate organizado à tuberculose.

A reforma Carlos Chagas

O início da 1ª Grande Guerra foi assinalado no Brasil pela recessão econômica, devido à interrupção do fluxo de dinheiro do exterior e à cobrança da dívida externa pelos credores, o que gerou desemprego, super-exploração do trabalho, elevação geral do custo de vida, desabastecimento, concordatas e falências. Ocorriam greves e passeatas de protesto contra a fome e o desemprego. Nos bairros pobres eram distribuídas pelo governo as sopas populares e foram organizadas feiras livres. Neste mesmo período começou a ser discutida a "questão social" e a necessidade de redefinição do papel do Estado. Também a epidemia de gripe, que se abateu sobre a Europa do pós-guerra, transformou-se numa pandemia, chegando ao Rio de Janeiro em setembro de 1918. Em menos de dois meses mais de dois terços da população da cidade foi atingida, morrendo quase 13 mil pessoas. Populações proletárias foram dizimadas, famílias inteiras morreram. A polícia passou a requisitar pessoas para remover os cadáveres e abrir covas, pois os serviços públicos não davam conta das necessidades. (Costa, 1985, p.86 e segs).

A imprensa denunciava a ineficácia dos serviços públicos e a distorção das informações oficiais sobre a situação. Após a epidemia, eclodiram no Rio movimentos grevistas, a insurreição armada dos anarquistas e acirrou-se o debate sobre a questão social, à sombra dos desdobramentos da revolução russa, pois o advento do regime socialista colocava em cheque as políticas sociais dos países capitalistas. Frente à falência dos serviços de saúde pública, tornou-se imperativa uma reforma sanitária. A produção literária sobre as condições de vida das populações brasileiras, que se vinha adensando, desde o início do século, havia sensibilizado intelectuais nacionalistas e despertado a consciência dos sanitaristas para a necessidade de um movimento "Pró-Saneamento do Brasil", designação que tomou a Liga por eles fundada. Esta associação refutou várias teses colonialistas: a da inviabilidade da civilização nos trópicos e o conceito de "doenças tropicais", isto é climáticas; a do atraso do país em decorrência da composição étnica da população e do fenômeno da miscigenação. Criticou o viés urbanista da saúde pública brasileira, que nada até então havia feito em relação às endemias rurais. Propunha então a criação de um ministério ou, pelo menos, de um departamento nacional de saúde pública ou higiene. (Costa, 1985, p.93e segs). A sucessão presidencial, em fins de 1918, polarizou-se em torno das candidaturas de Rui Barbosa e Epitácio Pessoa; vencendo este último, estava colocada a questão do saneamento, que tinha destaque em sua plataforma de governo. O presidente eleito nomeou Carlos Chagas para o DNSP e enviou ao Congresso uma mensagem que contemplava as principais reivindicações do movimento sanitário. (Benchimol, 1990, p.56).

O DNSP trouxe para o serviço público jovens sanitaristas, que, passando a influir nas decisões governamentais, ascenderam politicamente e "deram consistência à estratégia de saúde pública", ao apresentá-la sob a forma de um discurso dualizado, técnico e humanitário. Assim, revestidas de prestígio científico e ideológico, suas propostas ficaram preservadas da análise política. Carlos Chagas, diretor geral do DNSP aos quarenta anos de idade, liderou a reforma sanitária e iniciou o programa de cooperação com a Fundação Rockefeller, conseqüente à intensificação da penetração do capital americano em nosso país. (Costa, 1985, p.101 e 118). O primeiro dos eventos ocorridos no bojo da reforma Carlos Chagas de interesse para a luta contra a tuberculose foi a criação de uma Inspeção de Profilaxia da Tuberculose. Sua direção foi entregue ao sanitário Plácido Barbosa, que em 1917 havia publicado um "Plano de combate à tuberculose na cidade do Rio de Janeiro", do qual constava, entre outras medidas, a instalação de "cinco dispensários para moléstia do peito", a criação de "estações de cura ao ar livre nos arredores da cidade", e fazer com que a Prefeitura do DF criasse "escolas ao ar livre e colônias de férias." (Ribeiro, 1956, p.89-91). A inspeção foi organizada, sob a influência sanitária francesa, caracterizada pela multiplicidade de serviços especializados, numa organização tipo "arquipélago", sendo que os dispensários incluíam a assistência aos doentes, "fugindo ao esquema tradicional do dispensário tipo "Calmette", que não oferecia tratamento." (Ramos, 1973, p.95e segs). O teor das atribuições da inspeção evidencia por um lado o que nos parece hoje uma valorização indevida do contágio por via indireta (alimentos, papéis) e por outro o estigma que cercava o tuberculoso, o que tenha talvez impedido a determinação da notificação compulsória, já que ocorriam casos de tuberculose em todas as classes sociais, embora que com diferentes níveis de intensidade.

Plácido Barbosa tomou como assistente o sanitarista e jornalista J.P.Fontenelle, que em 18/9/19, publicou um artigo no qual interpretava a atuação da autoridade sanitária no programa de controle da tuberculose (Fontenelle, 1941, p.6). Sua filosofia de trabalho parece demonstrar (os grifos são meus): uma concepção de saúde pública, com programas especializados para cada "mal" a ser combatido e comando das ações centralizado na Inspetoria correspondente; um enfoque de combate ao agente etiológico à tuberculose, ignorando as causas de natureza sócio-econômica e política da doença: *combater o micróbio da tuberculose*; um conceito de saúde pública, no qual a autoridade sanitária elabora pautas de conduta, partindo da suposição de que as pessoas pobres não só ignoram como devem conduzir sua própria vida, mas que só podem aprender a se comportar adequadamente mediante um processo de *pregação* que, caso não resulte favorável, exige uma mudança de estratégia, passando-se então ao terreno da polícia sanitária; o tuberculoso pobre só desperta o interesse das autoridades sanitárias enquanto força de trabalho, distinguindo-se apenas os que trabalham dos que já não o podem mais; a partir da inexorabilidade do avanço da doença, esses doentes são divididos simplesmente entre os que ainda saem e os que já não saem; o caráter maligno do tuberculoso terminal, que transforma-se em gratuito distribuidor do mal; a ambigüidade da imagem do isolamento hospitalar público que, ao mesmo tempo que pode proporcionar ao indigente uma tranqüila morte (e nunca uma recuperação, ao menos temporária), serve como ameaça àquele não indigente que não cumprir o regulamento sanitário.

Tomando por base o número de casos anualmente diagnosticados pela Inspetoria, Plácido Barbosa calculou em 2500 o número de "tuberculosos pobres necessitados de serem tratados em hospitais", o que corresponderia a 10% "do número mínimo de doentes de tuberculose existentes na cidade em cada momento". No entanto a disponibilidade no momento era apenas de 20% do que se considerava necessário. Diante dessa desproporção, a Inspetoria de Tuberculose apresentou ao Diretor do DNSP duas propostas, em 1925 e em 1926. A primeira consistia na provisão de enfermarias ou pavilhões especiais para os tuberculosos pobres nos hospitais gerais. O argumento era o de não existir razões científicas, práticas nem administrativas em contrário, e que essa norma fora adotada nos Estados Unidos, a partir da recomendação da sua Associação Nacional Contra a Tuberculose. A outra proposta foi a da criação de uma colônia, em Jacarepaguá, para os tuberculosos "que possam e queiram morar nas casas já existentes no sítio" (então ocupadas por funcionários do departamento), ou para os que pudessem "com o auxílio desta Inspetoria, construir pequenas habitações provisórias, simples mas higiênicas, em que pudessem fazer a cura ao ar livre diurna e noturna" (Ribeiro, 1956, p.96 e segs). Essas propostas, que aliás não mereceram acolhida, desconsideravam aspectos fundamentais da questão: no primeiro caso, a precária situação dos nossos hospitais, enquanto que, nos Estados Unidos, em 1918, já havia mais de mil escolas de enfermagem "nightingaleanas", garantindo a qualidade dos serviços hospitalares (Paixão, 1963, p.55); no segundo, a pobreza das famílias dos "tuberculosos pobres", aos quais se destinava a "colônia", que possivelmente viria a ser na verdade uma favela de tuberculosos.

Os sanitaristas brasileiros e as enfermeiras americanas

O segundo grande evento da reforma Carlos Chagas, de importância para a luta contra a tuberculose, foi a implantação da enfermagem profissional no Brasil, mediante a criação, em 1923, de uma escola de enfermagem e um serviço de enfermeiras. Ambos dirigidos por enfermeiras americanas, enviadas pela Fundação Rockfeller, eram chefiadas pela sra Ethel Parsons e subordinados ao Diretor Geral do DNSP. O modelo de enfermagem implantado teve como matrizes o sistema nightingale, o hospital norte-americano, bem como a prática de enfermagem de saúde pública desenvolvida naquele país. Os pressupostos teórico-filosóficos do sistema nightingaleano são conceitos presentes na Inglaterra de meados do século 19: a visão vitalista, dinâmica e holística, que proclama a saúde como equilíbrio das forças vitais, a força curativa da natureza e a doença como reação do organismo que busca um novo ponto de equilíbrio (Luz, 1988, p.96-97); o saneamento ambiental e a higiene individual como medidas profiláticas (na visão pré-pasteuriana); o homem como força de trabalho no capitalismo industrial; e a enfermagem como profissão apropriada à *parcela feminina da raça humana*. (Nightingale, 1969, p.140 e 1989, p.7e151). A escola de enfermagem organizada por Florence Nightingale no hospital St Thomas, em Londres, aliava características de certas instituições religiosas e militares à sua própria concepção de enfermagem como uma profissão cientificamente fundada. (Castro, *in* Nightingale, 1989, p.3e5e9s). Para Haydée Dourado, o advento da enfermagem moderna foi mediatizado pelas ordens religiosas: "quando as mulheres eram tão cerceadas, elas faziam suas ordens religiosas, e lá elas tinham expansão, podiam prestar serviço, podiam se desenvolver ... Florence Nightingale apanhou aí o modelo, de como ela podia colocar a enfermagem, de um jeito leigo ... sua grande contribuição foi ver que já era hora de a enfermagem ser não mais uma vocação religiosa, mas uma profissão. (Dep.n.º VI, p.37).

A enfermagem nos Estados Unidos acompanhou a expansão espetacular da moderna organização hospitalar naquele país, a partir da década de 70 do século passado e na primeira década do século 20. Em 1923, as educadoras norte-americanas transplantaram para o Brasil "um sistema de ensino de enfermagem que representava meio século de progresso contínuo", impondo assim "a assimilação de técnicas e valores sociais estranhos à nossa cultura, pois, "com exceção do grupo ligado ao Departamento Nacional de Saúde Pública, a sociedade brasileira da época não possuía noções definidas nem sobre o significado e nem sobre a utilidade de uma escola de enfermagem." (Alcântara, 1966, p.21). JP Fontenelle atestava, em 1923, "o estado primitivo do nosso serviço de enfermagem", lamentando que, em muitos hospitais "nossos enfermeiros estejam equiparados, social e profissionalmente, à domesticidade." (Fontenelle, 1941, p.13-14). Também os motivos do surgimento da enfermagem profissional nos dois países foram distintos: enquanto que, nos Estados Unidos, a maior parte das escolas de enfermagem foi criada para dar suporte aos grandes hospitais que surgiam, servindo de campo de prática às alunas que representavam mão de obra boa e barata, no Brasil ... a emergência da nova categoria profissional é "consequência de medida governamental e não produto de consenso social ... " (Alcântara, 1966, p.22). Apesar disso, eram otimistas as previsões de JP Fontenelle, com base no excedente de mão de obra feminina: "com a entrada da mulher brasileira na grande atividade da vida, tendo que ganhar o auxílio para o seu sustento, ou até todo ele e, às vezes, o de outros

membros da família, vão certamente aumentar as candidatas à profissão de enfermeira ...". (Fontenelle, 1941, p.17).

O grande interesse e empenho dos sanitaristas do DNSP prendia-se à atuação da enfermeira de saúde pública, que haviam observado no curso de saúde pública da Universidade John Hopkins, Baltimore, EUA, onde o próprio Carlos Chagas tivera a oportunidade de conhecer essa experiência. No pós-guerra, com a vitória dos princípios liberais e democráticos, os tempos da "polícia sanitária" estavam superados. Agora, o que se queria, era a colaboração das pessoas para o projeto sanitário: "a campanha de saúde pública de hoje está se tornando cada vez mais um movimento educativo, dominado pelo propósito de melhorar a conduta higiênica da vida individual, com o auxílio de conselhos médico-preventivos". (Ass.Am.S.P. in Fontenelle, 1941, p.35). Na verdade, a Inglaterra e os Estados Unidos vinham utilizando, desde a virada do século, embora sob denominações distintas, "enfermeiras visitadoras" nos seus programas de saúde. Neste segundo país, de onde veio a enfermagem para o Brasil, as primeiras enfermeiras visitadoras destinaram-se aos programas de controle da tuberculose, nos quais justamente foi feita "a experiência e a demonstração do valor da enfermeira visitadora". (Fontenelle, 1941, p.8). Neste contexto a enfermeira de saúde pública adquiriu notoriedade: "no ensinar aos indivíduos os princípios da vida sadia e no trazê-los em tempo próprio ao contato com os recursos médicos da coletividade, a enfermeira de saúde pública provou ser o agente mais útil à nossa disposição; assim, o programa da moderna higiene pública em dada coletividade pode ser muito exatamente medido pela extensão do desenvolvimento nele já alcançado pela enfermagem de saúde pública." (Ass.Am.S.P. in Fontenelle, 1941, p.36).

Entre os defensores da idéia das visitadoras estava JP Fontenelle, que se baseava em sua própria experiência de inspetor de higiene, quando visitava as casas do centro da cidade, e mais ainda no discernimento que teve, na época da epidemia de gripe espanhola, conforme ele mesmo conta:

"mourejava todas as manhãs ... entrando naquelas enormes casas de cômodos ... nessa peregrinação — de rua em rua, de casa em casa, de quarto em quarto, de pessoa em pessoa — com paciência e com bondade, que comecei a perceber que, de certo, isso não era propriamente serviço para médico." (o grifo é meu) (Fontenelle, 1941, p.5).

A competência da enfermeira norte-americana no controle da tuberculose, era descrita em termos técnicos: "a assistência ao médico de saúde pública nos dispensários de tuberculose e a visita domiciliar dos tuberculosos para o seguimento dos casos no lar, com a necessária instrução e fiscalização, assim como para induzir os comunicantes e suspeitos a procurarem médico particular ou comparecerem ao dispensário. (Fontenelle, 1941, p.21). Entre nós, ao contrário, essa descrição, na qual ressalta a idealização da figura feminina, é de caráter ideológico, como diz Carlos Chagas: "na luta contra a tuberculose melhor se experimenta e mais eficazmente se exercita a atividade da enfermeira visitadora. O combate ao contágio ... capaz de ocasionar infecção evolutiva, constitue a base primordial da luta contra a doença. Em relação a tão grande perigo ... cabe à palavra carinhosa e persuasiva da enfermeira visitadora, cabe à força de sua inteligência e ao poder soberano de seu coração, realizar a obra abençoada

de educação e propaganda sanitárias, na qual se fundamentam as melhores possibilidades no combate à peste branca." (DNSP, 1922, p.3).

As enfermeiras de saúde pública no Brasil

O currículo da Escola de Enfermagem do DNSP era muito semelhante àquele currículo padrão para escolas de enfermagem dos Estados Unidos, no qual a relação teoria-prática era de cerca de 1:10. Assim também a escola do DNSP previa a obrigação de 48 horas semanais de atividades, excluídas as horas de instrução teórica e de estudos." O programa de instrução especificava ainda a disciplina "Arte de Enfermagem em tuberculose" (Carvalho, 1972, p.21-22, 27-28 e quadro nº 1), o que evidencia a prioridade conferida a essa doença pelas autoridades sanitárias. As enfermeiras brasileiras, à medida em que se iam formando, eram logo integradas ao projeto sanitário. Com a criação da Superintendência de Enfermeiras, em conformidade com o acordo feito com a Fundação Rockefeller, as diplomadas, desde 1925, começaram a atuar como enfermeiras-visitadoras, aperfeiçoando e ampliando o trabalho que já vinha sendo executado. Em 1929, quando chegaram a substituir completamente as antigas visitadoras de higiene, tal fato mereceu citação do presidente Washington Luiz em sua mensagem ao Congresso Nacional. Por outro lado, as enfermeiras brasileiras, ao voltar da bolsa de estudos nos Estados Unidos, passaram a substituir as colegas americanas na chefia de zonas de enfermeiras distritais.

Fontenelle explica em que consistiria o trabalho cotidiano de uma enfermeira-visitadora: "Ela entra nas famílias onde há doença, incapacidade física ou necessidade de conselhos para prevení-los. Conforme o caso, cuida do doente que está de cama, diminui-lhe o sofrimento, acelera-lhe a cura, pondo nisso a habilidade de uma enfermeira consumada, mas enquanto assim trabalha, vai mostrando aos membros da família ou até aos vizinhos como, em sua ausência, contribuir para o benefício do doente. Ensina a cumprir as determinações do médico e explica as medidas a tomar para proteger o resto da família. Ao mesmo tempo, vai observando as condições sanitárias da casa: verifica se o número de quartos e de leitos é bastante para os moradores, examina a ventilação e insolação dos cômodos, as condições de asseio, o funcionamento das instalações sanitárias. Faz mais: explica o valor do sol, do ar, da limpeza; ensina o perigo das moscas, mosquitos e outros cevandijas, instruindo sobre o modo de combatê-los; indica a maneira mais conveniente de alimentar as crianças e adultos; procura lobrigar defeitos físicos e doenças em começo, chamando a atenção dos responsáveis e encaminhando os médicos para os doentes e os doentes para os médicos." (Fontenelle, 1941, p.9-10).

Essa visão idealizada da atuação da visitadora não evidencia o tipo de "missão impossível" que lhe era delegada, devido às condições de vida daquelas famílias às quais ela procurava "ensinar" a ter saúde (como o mesmo Fontenelle já tivera a oportunidade de verificar pessoalmente), nem a natureza autoritária do trabalho a ser realizado e que as famílias relutavam em aceitar, inclusive porque, em anos anteriores, haviam sido para isso incentivadas pelos positivistas, que instruíam a população "sobre como solicitar um *habeas corpus* preventivo para impedir a visita sanitária e propunham outras formas de resistência pacífica ..." (Porto, 1987, p.58). A iniciativa de substituir os inspetores sanitários por visitadoras, que já havia ocorrido na França (Ramos, 1973, p.68), parece estar relacionada a uma utilização ideológica da profissão de enfermeira e da figura idealizada de mulher. No serviço de visitação havia pouca "resolutividade" ou "termi-

nalidade" (para usar o jargão dos planejadores de saúde), sendo o mesmo apresentado à enfermeira como um trabalho missionário e portanto sem recompensas visíveis. Nesse trabalho sem começo nem fim, a visitadora seria ainda a mediadora entre médicos e doentes. Assim, aqui como nos Estados Unidos, o papel das visitadoras seria o de desempenhar, no campo da saúde pública, seu tradicional papel de mulher, executando a parte do trabalho que, apesar de necessária ao funcionamento do sistema, não rende nem aparece, e para o qual, mais do que conteúdos profissionais específicos, supostamente seriam imprescindíveis qualidades e encantos pessoais.

Mais além desse papel "feminino" complementar, a presença da enfermeira de saúde pública nos lares das famílias pobres, mesmo que prestando uma ajuda efetiva, tinha uma forte carga ideológica. As visitadoras em tuberculose tinham dez atribuições, que foram por mim sintetizadas em quatro funções assim classificadas: função tática - penetrar na intimidade do tecido social, fazer a detecção precoce dos casos suspeitos de tuberculose, para tratamento ou isolamento e fazer registros minuciosos sobre as situações encontradas; função de representação - reforçar a ordem médica e a autoridade sanitária, lembrando a todos, por sua presença mesma, de seus deveres para com a saúde pública; função de persuasão - utilizar sua imagem ideal de mulher para fazer sentir às famílias o alto significado de sua visita e da magnanimidade do projeto oficial; função de controle - verificar o cumprimento das normas sanitárias de profilaxia da tuberculose.

A inserção das visitadoras, e depois das enfermeiras, no campo da saúde pública, não se fez sem reação. O próprio JP Fontenelle conta que "a idéia de moças funcionárias públicas, para visitar as casas, era tida como "novidade americana" e "escândalo". O sanitarista se defende, comparando a organização sanitária de até então à "guarda nacional" instituída por d.Pedro II, composta apenas de oficiais (os médicos), sem soldados capazes; compara ainda as visitadoras às antigas brigadas contra o mosquito criadas por Oswaldo Cruz. No entanto, a seu juízo, esta seria uma atividade mais adequada às mulheres, de modo a que se pudesse aproveitar na ação da saúde pública "as vantagens físicas e morais do sexo feminino". Concluindo, afirma o sanitarista: "a enfermeira de saúde pública é a melhor propagandista, a professora mais ouvida, a instrutora mais agradável" (Fontenelle, 1941, p.21e34), que pode deste modo "multiplicar o trabalho dos médicos sanitários". (Fontenelle, 1941, p.8e9).

Mas nem mesmo tantas recompensas morais faziam com que as enfermeiras de saúde pública permanecessem na função, que as obrigava a um "trabalho penoso — ao sol, à chuva, fazendo face à ignorância e à falta de educação" (Fontenelle, 1941, p.38); mesmo porque sua remuneração não era compensadora; "levando em conta o número de horas de serviço diário dos médicos e das enfermeiras, verifica-se que aqueles têm remuneração seis a oito vezes maior que estas, o que de nenhum modo está em proporção com o valor intrínseco de cada um dos dois tipos de profissional." (Fontenelle, 1941, p.31). A propósito da reação das famílias populares à intervenção da enfermeira-visitadora, é esclarecedor o relato de d. Edith de Magalhães Fraenkel sobre Rachel Hadock Lobo. Ambas pertencentes a ilustres famílias brasileiras, estudaram enfermagem no exterior e foram "heroínas" da enfermagem nacional: aquela *ex-dama visitadora*

e primeira brasileira a ocupar o cargo de Superintendente Geral do Serviço de Enfermeiras e esta, primeira diretora brasileira da Escola Anna Nery. (Carvalho, 1976, p.12). Conta a primeira que, tendo aceito o convite da sra Ethel Parsons "para fazer parte dos serviços que estava organizando ... com raro desprendimento e abnegação extraordinária, durante meses pelos morros da cidade, sob sol causticante, Rachel Hadock Lobo, no seu uniforme azul, levou aos casebres e às crianças o sorriso de sua doçura habitual, envolta em ensinamentos higiênicos, *quase mal recebidos e malcriadamente retribuídos.*" (Fraenkel, 1933). O fato é que, em quatro anos de funcionamento, a escola formara 94 enfermeiras, mas ao fim de 1929 havia apenas 28 enfermeiras-visitadoras, pois 70% das diplomadas contratadas para tal função havia desistido de ser "missionária da saúde", preferindo "a posição menos trabalhosa e mais tranqüila de enfermeiras particulares ou de hospitais" ou deixando mesmo a profissão de enfermeira. (Fontenelle, 1941, p.37).

Nos Estados Unidos, os "centros de saúde", a exemplo das "lojas de departamentos", constituíam uma proposta de racionalização dos serviços e diminuição dos gastos, ao reunir sob um mesmo teto, todos os dispensários de uma determinada área. (Ramos, 1973, p.74-75). Ao contrário, no Brasil, o centro de saúde chegou antes das lojas de departamentos. Havia a descentralização dos diversos programas e desenvolvimento de atividades preventivas em nível de prestação de serviços: higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, profilaxia da tuberculose, verminose, etc., por meio de consultas médicas, serviço de enfermeiras visitadoras, laboratório, censo de morbidade, investigação epidemiológica, etc. A concepção desse centro de saúde incluía-se na linha dualista de separação das atividades preventivas e curativas introduzida por Geraldo de Paula Souza na cidade de São Paulo, em 1923, de acordo com as propostas do curso de saúde pública da universidade John Hopkins. Apesar das vantagens técnicas e operacionais que pudesse apresentar o novo modelo de serviço de saúde, seu maior defeito era ainda a falta de adequação às condições locais. A iniciativa criou reações desfavoráveis na parcela da população que, destituída de recursos e insuficientemente esclarecida, procurava os postos de saúde para solução de seus males, ali recebendo conselhos e vacinas em vez de tratamento para suas enfermidades." (Ramos, 1973, p.96e segs).

Se o trabalho de visitação domiciliar às famílias pobres foi desde logo reconhecido como não apropriado à profissão de médico, em seguida chegou-se à mesma conclusão a respeito do trabalho educativo nos dispensários. Ao contrário, foi com grande empenho que as enfermeiras passaram a atuar dentro dos dispensários: "*Durante o ano incrementou-se a ação e influência das enfermeiras de saúde pública nos consultórios de higiene infantil e a Inspetoria de Tuberculose adotou-as em dois de seus dispensários*" registra o diretor geral do DNSP, Clementino Fraga, no relatório anual de 1928, "*como educadoras dos casos novos matriculados, os quais após a consulta, são dirigidos ao gabinete da enfermeira, para as recomendações e instruções indispensáveis, quanto à higiene pessoal e profilaxia.*" (Fraga, 1928, p. 214-215). Ampliava-se assim sua atuação direta junto ao público, que agora se dava tanto nos centros de saúde como nos domicílios. Se foi bom para os médicos, que se desincumbiram de um trabalho pouco "científico", se foi bom para os doentes, que certamente passaram a ser atendidos, pelo menos, com mais calma, talvez melhor tenha sido mesmo para aquelas enfermeiras de saúde pública que passaram a trabalhar "dentro"

dos dispensários, ao abrigo das intempéries e protegidas das grosserias pela presença e autoridade dos médicos.

A política de saúde no governo Vargas

O advento do trabalho assalariado urbano, que surge com a industrialização, permite o surgimento no país de uma política de saúde coordenada pelo Estado e executada de forma sistemática, a nível nacional, regional e local. A crise econômica mundial, iniciada em 1929, desencadeia a rearticulação das forças políticas no Brasil. O ano de 1930 assinala o começo da estruturação de um Estado nitidamente intervencionista: o governo de Getúlio Vargas, de 1930 a 1937 formou um novo sistema político, ainda elitista, mas caracterizado pela intervenção nos estados, gerando a implantação de uma extensa rede de órgãos burocráticos, e a inativação dos partidos políticos, tornando-se o Estado cada vez mais centralizador. A reforma político-administrativa de 1930, redimensionou ou integrou órgãos governamentais existentes e criou novos órgãos, como o Ministério da Educação e Saúde (MES), desmembrado do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Com isto o DNSP tornou-se o órgão máximo responsável pela normatização e execução das políticas sanitárias. (Côrtes, 1984, p.33 e segs).

A deficiência de leitos para tuberculosos na capital da República era tão grave que, diante da impossibilidade de "construir e instalar um ou mais sanatórios de grande dimensão e completa aparelhagem, o governo federal, a partir de 1935, recorreu ao expediente da preparação de pequenos e modestos hospitais destinados a abrigar doentes cuja internação se apresentava como de urgentíssima necessidade". (Ribeiro, 1956, p.127e segs). Com a implantação do Estado Novo, a partir de 1937, o governo federal deu início a um plano de construção e instalação de sanatórios nas diferentes unidades da federação, segundo a mais moderna concepção arquitetônica da época, ou seja, o monobloco vertical, cujo pressuposto era "a máxima concentração dos serviços hospitalares", em oposição ao "princípio da dispersão do hospital em pavilhões isolados numa ampla e bem ventilada superfície ajardinada". A arquitetura pavilhonar passou a ser acusada de antieconômica e inadequada à nova organização hospitalar, dificultando a circulação de pessoas e materiais, além de complicar as instalações (elétricas, hidráulicas, de gás). Em 1938 e 1939, além de dar prosseguimento à construção de um sanatório em Jacarepaguá, e iniciar a construção de um sanatório em S.Paulo, ambos com 600 leitos, foram iniciadas as construções de sanatórios em nove capitais, compreendendo quase dois mil leitos, mas, devido à elevação do custo da mão de obra e dos materiais ... as construções eram feitas morosamente, durando anos e anos a fio." (Ribeiro, 1956, p.132e segs e 219-220), não parecendo expressar uma vontade política de combater a tuberculose e sim a de realizar obras monumentais, das quais se pudesse auferir popularidade. Comenta Ribeiro que "essa rede de sanatórios de tuberculose baseava-se na grande rede de sanatórios da previdência social do Mussolini ..." (Dep.nºIX, p.10). A obsolescência do hospital pavilhonar no Brasil correu por conta da massificação da assistência hospitalar na política populista de Vargas, aliada ao deslocamento do pólo de irradiação teórico-conceitual da Europa, para os Estados Unidos; ao mesmo tempo, surgiam novos entendimentos sobre as formas de contágio das doenças, desenvolvia-se a

tecnologia médica eletro-eletrônica e desenvolvia-se a arquitetura, segundo as propostas do movimento modernista. (Benchimol, 1990, p.220-222).

A atuação das enfermeiras do DNSP, até então restrita ao DF, teve sua área ampliada para todo o território nacional (decreto-lei nº 590/38), de modo a permitir sua participação na organização dos serviços estaduais de saúde pública, para o que foram designadas vinte enfermeiras (Lima, 1968, p.5). Tal iniciativa teve como consequência a modificação de suas funções e atribuições. Devido ao reduzido número de enfermeiras nos estados, em vez de atuarem junto às famílias e aos doentes nos domicílios e nos centros de saúde, passaram a promover a criação ou o incremento de cursos de visitadoras para os quadros de enfermagem estaduais, supervisionar sua atuação e atuar como assessoras técnicas, junto aos departamentos de saúde pública dos estados, surgindo então um novo perfil de enfermeira de saúde pública federal. Outra consequência foi a diversificação da demanda de candidatas à escola Anna Nery, devido ao recrutamento feito nos estados pelas enfermeiras federais, nas escolas secundárias e entre as alunas mais bem dotadas dos cursos de visitação. Assim, "passaram a acorrer à escola alunas de outros estados, principalmente das regiões norte e nordeste", diminuindo o número de alunas do Rio de Janeiro. (Alcântara, 1966, p.23).

No ano seguinte, quando o DNSP contava com 145 enfermeiras, ocorreu (Decreto nº 1040/39) a passagem do serviço de saúde pública da capital federal (até então subordinado ao MES), para a municipalidade. A retirada, nos estados, das enfermeiras do serviço público federal, gerou uma crise nos respectivos serviços de enfermagem de saúde pública. Apesar de haver sido criado um quadro de enfermeiras de saúde pública na Prefeitura do Distrito Federal, com 300 cargos (decreto-lei nº 5263/43), esse nunca chegou a ser totalmente preenchido e o serviço de enfermagem do Distrito Federal não voltou a ter a mesma autoridade e prestígio de antes de 1938. Assim, na década de 40, entrava em declínio o primeiro modelo de enfermagem de saúde pública implantado pelas enfermeiras norte-americanas, no início da década de 20. De qualquer modo, a enfermagem de saúde pública, que caracterizara a fase inicial da profissão no Brasil, não atendia ao ideal da luta contra a tuberculose na época, que era o de assistir o tuberculoso em regime de hospitalização, com vistas ao tratamento higieno-dietético.

A reforma Barros Barreto

Quando Barros Barreto formulou um programa mínimo de luta contra a tuberculose, a situação epidemiológica da tuberculose nas capitais brasileiras comportava a classificação das cidades, segundo a magnitude da mortalidade por tuberculose, sendo que sete capitais apresentavam coeficientes acima de 300 : 100 mil habitantes: Vitória, Belém, Salvador, Rio, Porto Alegre, Recife e Niterói. O mesmo trabalho assinala a existência de vinte dispensários distribuídos em catorze capitais e cerca de cinco mil leitos para tuberculose e seiscentos leitos em preventórios. (Ribeiro, 1956, p.120e segs). A esse programa foram incorporados alguns dos conceitos elaborados nos anos anteriores (os grifos são meus):

- preparo de técnicos especializados e organização de serviço de enfermagem;
- instalação e desenvolvimento de dispensários articulados com outros serviços indispensáveis, em centros de saúde;
- aplicação, em larga escala, do BCG oral, ministrada no Rio desde 1927;
- provimento de leitos, de construção barata, para a internação de doentes e de crianças vindas de focos familiares. (Ribeiro, 1956, p.117-118).

Assim, as *Bases para a organização da luta contra a tuberculose em face do atual momento epidemiológico do Brasil* apresentadas na 1ª Conferência Nacional de Tuberculose, pelo prof. Barros Barreto, demonstram as novas possibilidades, trazidas pelo método de pesquisa de casos na massa populacional, de realização de inquéritos epidemiológicos, como base para o planejamento de uma campanha profilática. A terminologia utilizada apoia-se na história natural da doença e o plano tem por objetivo interromper a cadeia de transmissão, atacando vários de seus elos, mediante:

- o conhecimento, tratamento e assistência das fontes de contaminação;
- a vigilância dos infectados e o aumento de sua resistência;
- o diagnóstico e o tratamento precoces da doença;
- a proteção dos receptíveis, pela vacinação e por sua separação dos focos. (Relatório Barros Barreto in Ribeiro, 1956, p.119).

Barros Barreto informa que os doze dispensários de tuberculose no DF contavam com aparelhos de raios X e de pneumotórax e eram parte integrante dos seus doze Centros de Saúde. Acrescenta que no ano anterior esses dispensários ultrapassaram as cifras estatísticas de produção de todos os anos anteriores:

- mais de 70 mil exames radiológicos, (em 1935 eram cerca de 12 mil), sendo quase 25 mil pessoas para primeiro exame (dessas mais da metade eram comunicantes de doentes), das quais mais de sete mil foram consideradas tuberculosas; o comparecimento de mais de cem mil doentes, para exame, tratamento e recebimento de auxílios, tendo sido distribuídas cerca de 86 mil fórmulas medicamentosas e ministradas mais de 40 mil injeções, sendo mais de nove mil de preparados de ouro; e realizaram mais de 20 mil insuflações de pneumotórax. (Ribeiro, 1956, p.120-122).

Em 1941, foi decretada a reorganização do DNS (Decreto-lei nº 31714/41), regulamentada no ano seguinte, (Decreto nº 8674/42) na assim chamada Reforma Barros Barreto, na qual merecem destaque: o controle e vigilância das doenças transmissíveis, o que ensejou a criação do Serviço Nacional de Tuberculose. O primeiro diretor do SNT, o prof. Samuel Libânio, elaborou um programa de trabalho baseado nos seguintes pressupostos:

- a doença: a tuberculose é uma doença curável, quando precocemente descoberta e tratada; é doença das coletividades, influenciada pelas condições econômico-sociais; e pode evoluir silenciosamente, com ignorância do próprio doente, dos que o cercam e até do médico;
- o contágio: os aparentemente são constituem-se em fontes mais perigosas de contágio, porque não despertam suspeitas nem suscitam as necessárias precauções especiais; a propagação da tuberculose faz-se principalmente pelo contágio interumano;
- a detecção de casos: no inquérito epidemiológico devem ser objetivados igualmente os supostos são e os suspeitos; para ser precoce, o diagnóstico da tuberculose deve ser feito pelo exame de grandes massas humanas, mediante o uso de métodos rápidos e econômicos como a "roentgenfotografia". (Ribeiro, 1956, p.146-147).

A *roentgenfotografia* ou "abreugrafia", desenvolvida pelo prof. Manuel de Abreu, e utilizada nos centros de saúde do Rio a partir de 1937, favorecia a detecção dos indivíduos suspeitos de tuberculose, e foi responsável pela valorização do dispensário como órgão dinâmico de luta contra a tuberculose, com notável poder de penetração nas comunidades urbanas. O método difundiu-se rapidamente no Brasil e no exterior. (Ribeiro, 1956, p.140-141).

O interesse pelo cadastro de massas populacionais abrange praticamente todos os grupos etários e mais grupos específicos de trabalhadores, particularmente os que trabalhassem em recintos fechados e os que manipulassem gêneros alimentícios e as profissões femininas, como amas, professoras, parteiras e enfermeiras. Havia uma preocupação especial em afastar os focos de contágio das crianças, consideradas mais suscetíveis à doença, interessando examinar todas as pessoas, com ou sem sintomas de tuberculose: "quem vê cara não vê pulmão", dizia o slogan promocional da abreugrafia, adotado pela Sociedade Brasileira de Tuberculose. O "censo torácico-tuberculínico", realizado em diferentes regiões do país, visava à descoberta de casos, à vacinação BCG e à obtenção de dados epidemiológicos necessários ao planejamento do combate à doença e de medidas de assistência social. O censo foi realizado por "núcleos de investigação", que poderiam ser fixos ou móveis, estes últimos instalados em lanchas, vagões ou ambulâncias, providos, se necessário, de geradores de eletricidade. O contágio deveria ser evitado também pelo aumento do "coeficiente de resistência dos predispostos", mediante o regime higiênico-dietético, a campanha da alimentação popular, a higiene pessoal e dos domicílios e a imunização específica com o BCG, dos analérgicos, isto é, os não-reatores à prova tuberculínica. (Ribeiro, 1956, p.156esegs, e353).

O regimento do SNT (decreto nº 130678/43) estabelece como finalidades suas as de: "realizar estudos sobre o problema da tuberculose; planejar a respectiva campanha profilática; orientar, coordenar e finalizar as atividades das instituições ou organizações públicas e privadas, empenhadas na luta contra a tuberculose; e constituir-se o órgão realizador da parte que no programa fixado couber à administração federal." O SNT foi instalado à rua do Rezende nº 128, na antiga sede do DNSP, em prédio construído por Oswaldo Cruz. Sua atribuição inicial era a de incrementar a construção de sanatórios iniciada ao final da década anterior, de modo a abranger todas as capitais dos Estados e atingir a proporção de um leito por óbito anual. Esta preocupação refletia a necessidade de acompanhamento contínuo dos pacientes em tratamento, a preocupação em fazer o isolamento dos doentes e a própria pressão da sociedade, em função do estigma da doença e dos problemas de subsistência do próprio tuberculoso. Mesmo assim, era precária a dotação orçamentária para a construção de sanatórios e muitos dos estados não tinham condições de manter em funcionamento os que haviam sido construídos pelo governo federal. Além disso, nem sempre havia boa receptividade por parte dos médicos das secretarias de saúde e do corpo clínico dos serviços de tuberculose, em relação ao papel de orientação, coordenação e fiscalização que o SNT se propunha a desempenhar. Samuel Libâneo incluiu em seu programa a construção de pavilhões de tuberculose, anexos a hospitais gerais do interior do país, de modo a evitar o êxodo dos doentes do interior para a capital. Esses doentes sendo internados "nas proximidades do meio em que vivem", poderiam receber a assistência familiar "tão necessária ao psiquismo do tuberculoso" e ao egressarem podem continuar o tratamento em

um dispensário local. Lourival Ribeiro alinha ainda razões de ordem financeira para a volta à construção de pavilhões: seu preço seria cerca de metade do custo da construção de um sanatório e a administração dos seus leitos três vezes menor. (Ribeiro, 1956, p.144e segs).

A fase pré-quimioterápica da luta contra a tuberculose teria tido no entanto um efeito mais moralizador do que resolutivo: "desde a minha mocidade participo dessa luta desde o tempo do dispensário, dos remédios e dos xaropes ... eu entrei na Campanha quando ... o pneumotórax era a única arma ... Gonçalves Dias foi pra Suíça, [Manoel] Bandeira, muita gente foi ... pra se curar no clima ... Miguel Couto teve uma frase — *o pneumotórax é o sanatório dos pobres* ... o pneumotórax curava, mas precisava que tivesse uma indicação boa ... aí foi disseminando sanatório para os pobres ... até à quimioterapia os órgãos levaram mais esperança do que cura ..." (Dep.n^o IX, p.44).

A atenção do governo federal ao problema da tuberculose revestia-se de um caráter paternalista, não se observando uma intenção de modernização, nem no que se refere à administração hospitalar, nem à enfermagem sanatorial. No pós-guerra, essa situação viria a se modificar, como relata o prof. Paula Souza: "eu vinha de estudar a fundo o problema da tuberculose no Brasil, para discutí-lo no Congresso Brasileiro de Problemas Médico-Sociais de Pós-Guerra, realizado na Bahia. O prof. Souza Campos ficou impressionado ... e quando foi convidado para ser ministro, lembrou-se desse programa de luta mais ou menos simples, objetivo e viável para os recursos brasileiros, conjugando-se tudo num convite pra eu ser o diretor do Serviço Nacional de Tuberculose". Neste momento surge a oportunidade de aproveitar aquela experiência iniciada em 1931, em Campos de Jordão e que, graças ao empenho de d. Adelaide de Paula Souza, já contava com mais de mil leitos, e transformá-la em um programa de governo: "a idéia era, economicamente falando, a de acabar com a grandiosidade das construções, fazer coisa modesta, bem brasileira, a exemplo do que nós já havíamos feito no Sanatorinhos." (Dep.n^o XIX, p.22-26).

SEGUNDA PARTE: A TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL DA CAMPANHA

1ª FASE: O PROJETO PAULA SOUZA E O FIM DA UTOPIA (1946-1953)

- 1. A campanha idealizada e a campanha possível**
- 2. A enfermagem nos primórdios da campanha**

2ª FASE: A COMISSÃO TÉCNICA DE HÉLIO FRAGA (1954-1971)

- 1. Um modelo construído na luta**
- 2. Reproduzindo o modelo e abrindo a rede**
- 3. Um novo estilo de enfermagem**

3ª FASE: OS PLANOS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO (1972-1979)

- 1. Da tuberculose à pneumologia sanitária**
- 2. A migração da metáfora**

*"O passado é lição para se meditar,
não para reproduzir"*

Mário de Andrade

1ª FASE: O PROJETO PAULA SOUZA E O FIM DA UTOPIA (1946-1953)

1. A CAMPANHA IDEALIZADA E A CAMPANHA POSSÍVEL

Introdução

Este capítulo analisa as circunstâncias em que ocorre a criação da CNCT e que determinam as características de seu projeto inicial, a luta pela hegemonia no combate contra a tuberculose, a construção da mística da Campanha e também a mudança de orientação sofrida, após seu primeiro quinquênio de existência.

A Campanha surge em uma conjuntura de pós-guerra, quando a intensificação da penetração econômica norte-americana se faz acompanhar por uma marcada influência política, científica e cultural. O setor saúde importa processos e produtos tecnológicos, como a moderna organização hospitalar, métodos de treinamento e supervisão de pessoal, equipamentos e medicamentos (como a estreptomicina). Politicamente, a Campanha expressa a vontade presidencial de dar conta de um problema que vinha desafiando todos os governos republicanos, ao tempo em que representa uma prova de confiança na inteligência nacional.

Ao final da 2ª Guerra, nos países capitalistas centrais, a questão social é repensada, passando-se a pregar uma maior intervenção do Estado nas políticas sociais. Este movimento insere-se em um processo de enfrentamento ideológico da "democracia liberal" com os projetos fascista e socialista de organização da sociedade, no qual a polarização leste-oeste marcou o que veio a se chamar de "guerra fria". Para prevenir o deslocamento dos países ditos subdesenvolvidos para a "órbita comunista", os Estados Unidos elaboraram uma estratégia, formalizada num programa, cujo *Ponto IV* referia-se à assistência técnica aos países eufemisticamente situados como "em desenvolvimento", em razão do que em 1950 e em 1953, são firmados acordos Brasil-Estados Unidos. (Cunha, 1980, p.189). A não ocorrência de uma "revolução industrial", na maior parte dos países subdesenvolvidos, tornara-se objeto de reflexão dos economistas que, na procura de explicações para o fenômeno, desenvolveram a teoria do "capital humano": o problema do desenvolvimento não seria apenas uma questão da existência de meios materiais, máquinas e equipamentos, mas também uma questão de qualidade do trabalho. Gunnar Myrdal desenvolve a idéia do "círculo vicioso pobreza-doença" batizando-a de "causação circular cumulativa". (Costa Filho, 1978, p.65-66). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) aceitam essa idéia, nela destacando as questões relativas à saúde e enfatizando a possibilidade de se romper o círculo vicioso através de investimentos na área da saúde. (Braga & Paula, 1986, p.30-31). Tal conceito envolve "uma constelação circular de forças, que tendem a agir e reagir independentemente, de sorte a manter um país pobre em

estado de pobreza", e corresponde a uma ampliação do raciocínio de que "um homem pobre talvez não tenha o bastante para comer; sendo subnutrido, sua saúde será fraca; sendo fraco, sua capacidade de trabalho será baixa, o que significa que será pobre, o que, por sua vez, implica dizer que não terá o suficiente para comer; e assim por diante." (Nurske *in* Arouca, 1976, p.109). A saúde da população brasileira passava assim a ser encarada, juntamente com a educação, como um problema básico e suas desfavoráveis condições como um entrave ao desenvolvimento econômico (Bodstein et al, 1987, p.55 e Rodrigues, 1955, p.13-14), como demonstrava o nosso Jeca Tatú, verdadeiro anti-herói criado por Monteiro Lobato. (Lajolo, 1985, p.28).

Entre nós, a crítica a essa política de saúde foi liderada pelo médico Mário Magalhães da Silveira, em torno do qual se iniciou uma nova escola sanitária. Afirma ele que a teoria segundo a qual a resolução do problema da doença acarreta a solução do problema da pobreza conduziu à adoção do pressuposto de que se os países pobres tivessem a mesma estrutura sanitária que os países ricos e gastassem igualmente com as ações de saúde, alcançariam o mesmo nível de saúde que estes últimos. O grupo que se opunha a essa explicação da doença inverteu o sentido dessa relação saúde-desenvolvimento, apontando a melhoria das condições de saúde da população como consequência natural do desenvolvimento, daí porque atribuíam aos serviços de saúde um papel secundário na solução dos problemas sanitários. (Braga & Paula, 1986, p.7-8 e 59-60; Bodstein et al, 1987, p.56; e Costa Filho, 1978, p.65-66).

A idéia do círculo vicioso reforça as proposições do planejamento como instrumento de "modernização", como forma de intervenção do Estado nos rumos da economia e das técnicas de planejamento como potencializadoras da atividade do Estado como promotor de saúde pública. A rentabilidade dos investimentos em saúde é demonstrada através da utilização das técnicas de custo/benefício, propiciando o entendimento dos problemas de saúde como elementos do próprio processo de desenvolvimento econômico, agora não apenas como efeito, mas como causa. (Braga & Paula, 1986, p.26-28 e Costa Filho, 1978, p.65-66). Essa concepção teórica informa o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), primeira tentativa brasileira de planejamento global de desenvolvimento, econômico e social. São lançadas campanhas de proteção à maternidade e à infância, de erradicação da malária, e a de combate à tuberculose. No entanto, nas regiões não consideradas estratégicas para a inversão de recursos, sua atuação foi apenas de caráter assistencialista, de modo a atenuar as tensões sociais. Apesar disto, o plano Salte foi importante para a legitimação das ações de saúde como instrumentos da política nacional, em termos do discurso oficial, ao tempo em que serviu ao combate de algumas doenças de grande repercussão econômica. (Bodstein et al, 1987, p.54-56 e Braga & Paula, 1986, p.56). A intensificação da penetração do capital estrangeiro no país ocorreu principalmente nos setores industriais mais dinâmicos, como a indústria química e farmacêutica. A internacionalização da indústria farmacêutica ajustava-se aos parâmetros desenvolvimentistas, defendidos pela Comissão Mista Brasil-Estados Unidos, na medida em que, por um lado, esse setor apresentava um campo de alta lucratividade para o capital e, por outro, porque seu desenvolvimento podia ser visto como uma contribuição para a melhoria das condições de saúde da população, por meio da introdução e da utilização de medicamentos modernos. Na verdade, eles causaram um certo impacto no quadro de mortalidade, pelo menos nas capitais brasileiras e principalmente no que

se refere às doenças infecciosas e parasitárias, que no entanto permaneceram como a primeira causa de óbitos. (Bodstein et al., 1987, p.55,58e fig.1).

A Campanha: bases legais e pressupostos

À época da instalação do governo Dutra, em fins de 1945, e por sugestão do ministro Souza Campos, a luta contra a tuberculose é incluída no programa de governo. Em 1946, ano em que a estreptomicina, primeiro antibiótico específico para o tratamento da tuberculose, descoberto nos Estados Unidos, é lançada no mercado, (Fraga, 1961, p.16), o presidente Dutra, durante a fase de elaboração da nova Constituição, sanciona o decreto-lei nº9387/46, que institui a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. A CNCT, sob a orientação, coordenação e fiscalização do SNT, deveria "coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas por todos os órgãos de saúde, governamentais ou particulares, efetivando-se através de medidas de profilaxia e assistência, ensino, pesquisas, educação e ação social ... em todo o território nacional [com] preferência às regiões ou localidades [de] maior incidência de tuberculose". (Brasil, 1966, p.63-64).

A criação da CNCT trouxe ao diretor do SNT enorme poder e prestígio, na qualidade de supervisor e responsável pela Campanha, que gozava de grande autonomia financeira e técnica. As bases legais da Campanha autorizava o diretor do SNT a:

— solicitar a colaboração de órgãos federais de assistência ou serviço social; firmar ajustes de cooperação com os Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões; estabelecer acordos com as autoridades estaduais e municipais de saúde e com outras entidades oficiais; elaborar programas a serem desenvolvidos pela Legião Brasileira de Assistência e outras instituições subvencionadas pela União; dar parecer sobre pessoas físicas e jurídicas que se dispusessem a colaborar com a Campanha.

A determinação legal de que o plano da Campanha, bem como a prestação de contas das despesas, deveriam ser apresentados pelo diretor do SNT diretamente ao Ministro de Estado, caracteriza sua dimensão política. Ainda mais: o decreto-lei determinava que as verbas destinadas à Campanha (orçamentárias e adicionais) fossem depositadas em conta especial no Banco do Brasil à disposição do Diretor do SNT, que delas podia lançar mão para: o pagamento de serviços de pessoal, mediante simples termos de ajuste; passagens e diárias de servidores federais, estaduais ou municipais; subvencionar instituições públicas ou privadas e manter órgãos de profilaxia e assistência.

As atividades da CNCT seriam desenvolvidas mediante um programa de tipo vertical e centralizado, quanto ao estabelecimento de diretrizes e normas e à tomada de decisões (como de resto era diretriz geral de governo) através as três Seções do SNT: a de Epidemiologia, a de Organização e Controle (SOC) e a de Administração. Os recursos da CNCT foram garantidos pelo decreto nº22284/46, inicialmente por cinco anos. (Brasil, 1966, p.65). O primeiro Superintendente da Campanha, nomeado ainda no primeiro trimestre de 1946, Raphael de Paula Souza, assim resumiu as diretrizes da Campanha:

- 1^o — "consagrar a cooperação como processo de arregimentação consciente das energias mobilizáveis contra o flagelo, e respeitar, na execução de seu programa, a intangibilidade do preceito constitucional relativo à autonomia administrativa e política das unidades federativas;
- 2^o — promover ... a mobilização nacional dos recursos oficiais, para-estatais e privados, aplicados ou a aplicar no trabalho comum, daí provindo seu caráter eminentemente impessoal, cooperativo, democrático, tornando-se o combate ao flagelo um movimento de todos, na defesa de nossa sobrevivência;
- 3^o — assumir, como órgão central responsável, os encargos relativos aos estudos básicos e ao planejamento da luta sistematizada contra a doença. (Ribeiro, 1956, p.178-179 e MES, 1951, p.8).

Apesar das ressalvas à autonomia dos estados, ao caráter coletivo do empreendimento, e ao interesse geral da comunidade, a criação da Campanha não parece ter recebido a aprovação de todos. As características mesmas de uma campanha revelam seu caráter centralizador e concentrador de poder, pois "a execução de uma campanha representa operação em que se adotam métodos de planejamento e ação militar, com setores táticos bem definidos para servir à estratégia global, cuja coordenação está centralizada no estado-maior, sob um comando único". Do ponto de vista técnico, sanitaristas julgavam que este tipo de estrutura deveria ser reservado a programas provisórios, com metas, prazos e esquemas de trabalho predeterminados e não para atividades ordinárias de controle de determinada doença, que por vezes se prolongavam indefinidamente, podendo tornar-se um "mero artifício, visando a permitir maior flexibilidade no emprego dos recursos que são atribuídos, no orçamento, aos vários órgãos da administração ..." (Rodrigues, 1967, p.217).

A partir da criação da Campanha e da nomeação de seu superintendente, equipes de trabalho passaram a reunir os dados disponíveis e a fazer levantamentos estatísticos para a formulação de uma luta sistematizada contra a tuberculose, dividindo o país em zonas, conforme a situação epidemiológica e o montante dos recursos necessários. (MES, 1947). Esses estudos, realizados durante o ano de 1946, demonstraram que:

- "a tuberculose se distribui irregularmente pelo país, com determinados centros altamente infectados e em fase epidêmica, e outros, apenas levemente, ou mesmo até virgens do mal" (p.27);
- "a doença se propaga dos grandes núcleos demográficos aos demais, seguindo trilhas cuja demarcação é assinalada pela intensidade de intercâmbios" (p.27);
- "o contágio inter-humano, favorecido pelo intenso intercâmbio, promiscuidade, habitação, estafa, miséria ... são "fator preponderante da tuberculização intensiva ..." (p.27,29,31);
- os 3220 leitos construídos no período 1937-1946 não foram suficientes para compensar o aumento do número bruto de doentes ocorrido no período (p.36);
- os cerca de 6800 leitos existentes recebiam cerca de 90% de incuráveis, sem possibilidade de se beneficiarem do esplendor de seu arsenal médico-cirúrgico" (p.38);
- era "baixíssima" a sobrevivência dos doentes internados, calculando-se que mais de 90% deles morria com menos de seis meses de internação, 70% com menos de dois meses e 25% com menos de duas semanas (p.36-38).

A proposta tinha como pressuposto básico a valorização da saúde do trabalhador e de sua família, como direito devido à sua condição humana, como questão de justiça social e como necessidade econômica para o progresso da nação, bem dentro das concepções da teoria do "capital humano". No *Programa para a Campanha Nacional Contra a Tuberculose* (1947), o diretor do SNT ressalta a falta de meios "para custear a enorme massa de tuberculosos considerada *indigente*", situação esta que "estende seus malefícios tanto aos que dependem de sua capacidade

de trabalho e que são arrastados à miséria, como aos próprios orçamentos públicos ordinários, que não se sustentam sob tão grande peso." (p.10). Observa que o trabalhador brasileiro, "*cujo único capital é a saúde*", quando contrai a tuberculose, "na hora em que mais necessita do *apoio dos órgãos que, quando tinha saúde, ajudou a manter*, recebe auxílio tão reduzido que não dá sequer para seu sustento e o dos seus, quanto mais para seu tratamento" (p.9). As conseqüências desse estado de coisas, argumenta ele, são adversas também para os hospitais e dispensários gratuitos, oficiais ou privados, que se encontram superlotados de comerciários, industriários, servidores públicos, atendidos como "indigentes". Esta "imprevidência" tem efeitos desastrosos para a luta contra a tuberculose e leva os doentes a adotar um comportamento trágico: "o tuberculoso, conhecedor do triste futuro que o aguarda e aos seus ... esconde seu mal o quanto pode e só quando sua moléstia se agrava e se torna patente aos olhos do próprio leigo e suas forças se esvaem, é que ele se entrega à dura realidade e já então sem possibilidade de recuperação." (p.9-10). A solução para ele é chamar os institutos previdenciários às suas responsabilidades: "a correção nos parece exequível, se os órgãos de previdência participarem ativamente da luta, encarregando-se da profilaxia e da assistência de seus associados e beneficiários. Dessa forma, deixariam estes, doravante, de ser indigentes e passariam a ser indivíduos *com o direito à saúde, que, ao fim, é seu único capital*. Com essa participação, além desse direito à saúde que lhe seria reconhecido, a subsistência dos seus ficaria garantida, recebendo então o trabalhador, *na hora exata, o auxílio que lhe é devido*. Como já há organizações de previdência, a elas deveria caber o encargo de manter seu associado, *com o padrão de vida de antes de adoecer*." (p.9-10).

O projeto e as críticas

Da análise do Programa para a CNCT destacamos, embora não na mesma ordem de apresentação, as principais diretrizes e metas que constituiram "os pontos fundamentais do plano", isto é, aqueles que na visão de seu idealizador seriam imprescindíveis "para se compreender o sentido a ser dado a ela e as razões que nos induziram a encaminhá-la dessa forma" (p.58):

- trabalhar nos 66 municípios onde ocorriam 80% dos óbitos: uma primeira etapa considerava apenas a 4 ou 5% dos 1574 municípios brasileiros, entre os quais as 21 capitais (p.31e33);
- isolar 22 mil focos: a meta era a de suprir o déficit de 14 mil leitos, tendo como base de cálculo 1 leito por óbito anual, pondo em funcionamento 1186 leitos já construídos e sem doentes e mais 2500 por terminar, e depois construir 3500 leitos por ano, durante três anos. (p.42-43);
- criar um modelo de sanatório popular, de baixo custo e custeio e de fácil adaptação aos variados ambientes do país, e que oferecesse condições mínimas de conforto e funcionamento; (p.42).
- instalar um dispensário por 100/120 mil habitantes, para desenvolver medidas profiláticas, terapêuticas e sociais, à base de abreguafias em larga escala e educação ativa "sobretudo onde há o exemplo vivo da doença." (p.50e56);
- promover a preparação de pessoal: fisiologistas, médicos especializados em organização e administração hospitalares, enfermeiras de saúde pública de alto padrão, educadoras sanitárias, assistentes sociais. (p.17);
- incrementar a vacinação BCG: uniformizar o preparo da vacina, estabelecer um esquema de imunização e um sistema de controle dos vacinados. (p.53-54);
- promover o desenvolvimento científico e tecnológico: organizar um laboratório para a pesquisa e para a fabricação e padronização de produtos biológicos, como a tuberculina e o BCG; e fazer o intercâmbio científico e cultural, dentro e fora do país. (p.23-25);

- promover o controle democrático das ações, com participação das diversas camadas sociais, mediado por "conselhos assessoriais", compostos por "elementos exponenciais" e "classes representativas", dirigidos pelo representante local da Campanha. (p.12-15);
- contribuir para o levantamento do nível da população, sendo no entanto mais urgente organizar o armamento sanitário, para lutar contra a doença, pois "a tuberculose, antes de ser uma moléstia social, é moléstia infecto-contagiosa". (p.55-57).

As fontes de financiamento direto da CNCT eram fundamentalmente as verbas ordinárias do orçamento da União, mais uma porcentagem do selo de educação e saúde. O orçamento previsto para 1947 era de 60 e meio milhões de cruzeiros, os quais foram divididos em apenas três ítems, com uma preponderância de 80% para as obras iniciadas, novas construções e instalações e auxílio técnico em pessoal e material para os hospitais. Para as providências equivalentes relacionadas aos dispensários couberam 12% da verba. Os 8% restantes eram destinados ao ensino, pesquisa, educação e ação social, incluindo a formação de duzentas "enfermeiras de saúde pública da Escola Anna Nery, a especialização de médicos, e bolsas no exterior. O Programa apresentado por Paula Souza ao novo ministro, Clemente Mariani, foi aprovado em março de 1947. A antevisão das dificuldades a serem enfrentadas na implementação das propostas da CNCT é explicitada nos comentários finais do plano da Campanha (p.58), onde se reconhece que "o sucesso da empreitada dependerá, em grande escala, da capacidade política de coordenação de esforços para que a luta se processe como um todo", apesar "do imediatismo de nossa geração", gerado pela "crise ditatorial por que atravessou o país" ... levando a um conceito exagerado de autonomia e a um "espírito individualista". Por solicitação do diretor do SNT, o plano geral da Campanha foi apresentado à Sociedade Brasileira de Higiene e à Sociedade de Medicina Social e do Trabalho. Apesar desta preocupação de legitimar o plano, sua decisão de priorizar os gastos com sanatórios foi contestada na 4ª Conferência Regional (Rio-SP) de Tuberculose, realizada sob a presidência do prof. Manoel de Abreu; as *Conclusões Gerais* do evento apresentam a declaração da impossibilidade e impropriedade da meta "1 leito por óbito", pois "a tuberculose resulta em grande parte das condições sociais: educação, padrão de vida, riqueza econômica, parque industrial, nível técnico e científico ...". Ao contrário, considera-se o *Dispensário Dinâmico* "o fator decisivo na profilaxia da tuberculose, tendo em vista a situação epidemiológica do Brasil." Propõe-se a obrigatoriedade do exame radiológico periódico da população em geral e dos empregados com falta ao trabalho por motivo de doença, a vacinação BCG obrigatória para os recém-nascidos e para os não reatores à prova tuberculínica, bem como o amparo ao tuberculoso e sua família. (*in* Ribeiro, 1956, p.376esegs).

A polêmica sobre o órgão que deveria ter a primazia na Campanha correspondia a dois pontos de vista doutrinários. A corrente favorável ao sanatório alegava a necessidade de interromper a cadeia de transmissão da doença, isolando-se a maior parte dos focos, e a ineficácia do tratamento ambulatorial, na maioria dos casos. A corrente favorável ao dispensário baseava-se na hipótese de que se poderia descobrir, mediante o cadastro torácico em massa, a maioria dos casos em um estágio menos avançado da doença, o que aumentaria as chances de sua recuperação; o dinheiro economizado poderia ser empregado na execução de medidas de promoção da qualidade de vida, o qual produziria resultados mais gerais e duradouros. Paula Souza justifica a decisão por ele tomada, lembrando que "a maioria dos trabalhos de luta

antituberculosa ... em São Paulo, como em todo o mundo, dava realce à hospitalização; e que apesar da abreugrafia ter permitido a "expansão do setor ambulatorial", ao possibilitar o diagnóstico de casos menos avançados, aos quais se poderia aplicar o pneumotórax, "na frieza dos números, não estava dando o resultado sanitário que se esperava", além de que muitas vezes o pneumotórax "resultava em desastre, como *empiema* e outras conseqüências graves", sendo então necessário se desenvolver muito mais o diagnóstico precoce". E apresenta um argumento convincente ao lembrar que "quando a gente entra em uma técnica tão terrível como a toracoplastia, que deformava o indivíduo, e que muita gente morria depois, de conseqüências cardíocirculatórias, vê-se que os métodos mais fáceis não tinham sido suficientes"; do mesmo modo alega que "não teríamos tido necessidade de desenvolver a cirurgia torácica ao ponto em que se desenvolveu ... se não fossem tão negativos os resultados obtidos pelos especialistas em utilizar os recursos do pneumotórax". Assim, finaliza ele "eu me convenci que para uma Campanha deveríamos continuar a dar ênfase ao hospital, porque só o pneumotórax de ambulatório não resolveria" (Dep.nºXIX, p.16 e19-20).

A parte daquela proposta de seus opositores que não parece consistente é justamente a que declara que o tratamento dispensarial precoce se completaria "a domicílio pelo repouso e medidas de higiene", dadas as adversas condições sócio-econômicas das famílias atingidas. Do mesmo modo, o critério de reservar o hospital para os tratamentos cirúrgicos é bastante lógico; no entanto, quando se faz a ressalva de que também a ele teriam acesso os membros de "família numerosa, em condições precárias de higiene e os moradores de "favelas e cortiços", teoricamente amplia-se de tal modo o número de leitos necessários, que se chega a cifras próximas ao número de adoecimentos (visto que tais condições são as que favorecem o próprio adoecimento). Também, ao se declarar que o problema do "bloqueio domiciliar" seria em parte resolvido pela "construção de parques proletários de isolamento", quase que se chega a uma aproximação dos sanatórios populares, propostos por Paula Souza.

A opção feita pelo Superintendente da Campanha, embora admitisse críticas, era politicamente forte, no sentido de que atendia a interesses muito variados: a construção de sanatórios correspondia a uma antiga reivindicação das autoridades sanitárias, preocupadas com o isolamento dos focos, crucial para a luta até o advento de esquemas medicamentosos eficazes; o aumento da disponibilidade de leitos para tuberculose atendia a uma demanda social, pois as famílias, além de temerem o contágio, não tinham quem, nem como, cuidar dos seus doentes; seu projeto ia a favor da corrente da moderna administração hospitalar que ganhava força no país, tendo já o HSE/Ipase, no Rio e o HC/USP, em São Paulo, sido classificados em nível de excelência pelos padrões norte-americanos; sua proposta, elaborada com a assessoria de peritos, planejada com esmero e cercada de todos os cuidados desde sua concepção, apresentava uma sólida massa de dados e argumentos em termos de política social, tendo recebido o respaldo técnico e científico de expressiva parcela da opinião médica abalizada. Os termos qualitativos e quantitativos da proposta certamente mereceram o entusiástico apoio de trabalhadores, políticos e profissionais liberais, do serviço público ou da iniciativa privada, da indústria, do comércio e do setor de serviços nela envolvidos, por representarem uma grande oferta de empregos e oportunidades excepcionais no mundo dos negócios. No que se refere aos interesses

da indústria farmacêutica estrangeira, o próprio Paula Souza relata: "o consumo de estreptomicina no Brasil tem sido imenso e os resultados colhidos com este medicamento, altamente animadores. O dispêndio em dólares que o país vem tendo para sua aquisição é imenso, bastando esclarecer que só no primeiro semestre de 1949 foram importados cerca de 30 milhões de cruzeiros (1.500.000 dólares) de estreptomicina ...". (MS/SNT, 1949, p.51).

No que se refere ao modelo de campanha vertical, que também era alvo de críticas, registra ele que "os estudos feitos permitiram identificar 25 zonas dispersas, como ilhas, pelo território brasileiro", sendo sua área total "inferior a 10% de todo o país", mas que "aí nessa pequena área estavam reunidos "metade de nossa população, 75% de todos os óbitos de tuberculose registrados, 80% da arrecadação brasileira e 100% de todos os centros urbanos com mais de 50 mil habitantes." Por outro lado, pergunta ele, "como distribuir por todo o país organizações de luta contra a tuberculose, onde não se encontra base mínima de saúde pública?" E conclui: "Daí ter sido proposto que a luta direta e bem aparelhada, de caríssimo armamento se localize em determinadas zonas, onde a tuberculose é problema e há capacidade para sua execução." (Dep.nº XIX, p.30).

A luta pela hegemonia

O esforço para que a Campanha assumisse a hegemonia no campo da tuberculose foi árduo, apesar de todo o apoio governamental: "o Paula Souza achava que o Serviço Nacional de Tuberculose é que tinha que ter a primazia, não da parte executiva, mas da parte normativa ... e havia uma resistência muito grande ..." (Dep.nº17, p.1). Havia adversários dentro do próprio MS: "a Campanha teve inimigos, e com razões ... já tinham tirado a assistência à criança da saúde pública ... o Getúlio fez um departamento nacional da criança ..." (Dep.nº20, p.75). Ainda mais: "houve objeções de muita gente ligada à saúde pública, dentro da diretoria geral de saúde pública, dar autonomia maior a um serviço, com independência financeira ..." (Dep.nº16, p.46). A rivalidade entre grupos de médicos era manifesta: "eu acredito que os grupos locais não estivessem muito felizes com um paulista dirigindo um serviço nacional ... havia também os grupos de formação, como o *Jardim de Infância do prof. Barros Barreto*, um homem de bom preparo em saúde pública, era um líder ... no período ditatorial de Getúlio Vargas ... ele nomeava os diretores de saúde nos estados, mandava do seu jardim ..." (Dep.nº16, p.45-47).

A reação local era de sanitaristas e fisiologistas e também dos donos de hospitais: "ele [o Paula Souza] saiu de uma linha convencional para uma linha revolucionária de sanatórios, de dinamização de dispensários ... fez o dispensário-escola como modelo, embora dentro de uma estrutura física inadequada ... aqui no distrito federal houve reação na fisiologia local, porque achavam que ele estava modificando ... subvertendo tudo ... interesses prejudicados ... eu fui procurado por um grupo de médicos de sanatórios particulares aqui do Rio, preocupados ... se Curicica ia prejudicar os sanatórios particulares, e eu disse que não, que tem muito tuberculoso ... a mortalidade era tão alta que a tuberculose dava pra todo mundo, e sobrava ..." (Dep.nº17, p.13). Também havia o problema do horário dos médicos: "Paula Souza era um cara que veio

da Universidade de São Paulo, sanitarista, professor e a filosofia da Campanha era a de *médico bem pago, num lugar só*, Paula Souza fez em Curicica casa pro diretor morar lá, as clãs locais não aceitavam isso, aqui a turma militava nos ambulatórios, nos dispensários, e à tarde nos consultórios ..."; e ainda havia os grupos concorrentes na previdência e na prefeitura do DF: "uma grande luta do professor era trazer a previdência para a luta contra a tuberculose, porque os institutos eram ligados ao ministério do Trabalho e nós ao ministério da Saúde ... e certa vez o Paula Souza chamou o Reginaldo Fernandes às falas, no sentido de que a Prefeitura tinha que trabalhar com as normas da Campanha ..." (Dep.nº38, p.13e55).

Seus feitos às vezes são explicados pelas facilidades de que dispunha, como posição social, qualidades pessoais e prestígio político: "o Paula Souza era amigo do novo ministro, o Ernesto de Souza Campos ... o professor Paula Souza tinha nome, ele era não só clínico como sanitarista ... o Geraldo de Paula Souza primo dele, era o maior sanitarista do tempo, era um homem que pontificava ... e o Paula Souza era homem de grandes coisas, de grande *status* na tisiologia de São Paulo, um homem de visão, tinha uma auréola muito grande, uma capacidade de comunicar, ele projetava a Campanha ... publicava muito, fazia exposições e conferências ... e com a facilidade que ele dispunha de verbas ... o diretor, era um diretor do *Tesouro*, mandava cheque assim à vontade, não tinha limite, auxiliava outros serviços, fez sanatórios, dispensários, tudo sem nenhuma limitação orçamentária, o Dutra deu tudo a ele ..." (Dep.nº17, p.9,12e49).

Os feitos de seus antecessores e o brilhantismo de seus colaboradores também são ressaltados como base para suas realizações: "o Paula Souza encontrou a base epidemiológica feita ... o Alvimar [de Carvalho] fez uma pesquisa sobre a incidência de infectados ... a rede de sanatórios havia sido planejada pelo Barros Barreto ... o trabalho do [Samuel] Libânio no Serviço Nacional de Tuberculose, a rede de pequenos pavilhões anexos ... e a estruturação do serviço, o regulamento, que não existia nada ... o Paula Souza encontrou a coisa nesse pé ... ele, aproveitando de o presidente fazer decretos-leis, que estava sendo elaborada a Constituição de 46, então ele conseguiu um decreto do presidente com a criação da Campanha, o Souza Campos e o Dutra fizeram a Campanha ... aí começou a *recrutagem*, primeiro um engenheiro pra fazer a planificação geral, um pessoal paramentado ia lá, um negócio meio dramático, dormia lá, trabalhando a noite inteira ... depois o sanatório de Curicica, pelo Sergio Bernardes, que é um gênio ..." (Dep.nº17, p.11-12).

A mudança e o balanço

A gestão Paula Souza atingiu a maior parte de suas metas e no que era considerado prioridade: é concebido um novo modelo de sanatório, tanto do ponto de vista estrutural como de organização e funcionamento. Dobra o número de leitos, que passa para quase 23 mil, aumentando ainda a participação do MES, de um terço para mais da metade de leitos, próprios ou subvencionados. São inauguradas 34 obras, correspondendo a 5600 leitos, sendo que cerca de metade são de iniciativa da Campanha e por ela construídos. Além disso, havia mais 4700 leitos por inaugurar antes do término deste período governamental. (Paula Souza, 1951, p.195).

A idéia inicial de a CNCT construir e equipar os sanatórios e transferí-los à administração estadual muitas vezes não resultou factível. O diretor do SNT assim justifica a ampliação das responsabilidades da Campanha: "Dadas as dificuldades econômicas e financeiras existentes em muitas delas [unidades da Federação], é indispensável o governo federal ir ao encontro das necessidades regionais, auxiliando-as para que sanatórios e dispensários construídos e equipados pelo governo federal ... entrem em plena atividade e dêem rendimento em saúde correspondente ao capital investido. A ausência de uniformidade e a limitada eficácia das medidas de profilaxia nelas existentes conduzem o governo federal, através de convênios a se incumbir, temporariamente, de sua execução e custeio para que os dispensários, como órgãos de primeira grandeza na luta, venham a fornecer realmente educação, assistência médico-sanitária e ampla ação social. (Paula Souza *in* Ribeiro, 1956, p.189).

Reiteradas vezes Paula Souza enfatizou a importância da participação dos órgãos previdenciários na Campanha, ao mesmo tempo em que reclamava a urgência de um respaldo legal para tanto, uma vez que "as maiores vítimas desse terrível mal são, na realidade, as classes trabalhadoras dos centros urbanos, justamente as incorporadas aos órgãos previdenciários, a execução de uma lei especial já aprovada no legislativo, reunindo os institutos em uma comunidade de serviços é necessária, pois com ela se dará o direito à profilaxia e assistência a uma população de cerca de 10 milhões de trabalhadores". (Paula Souza *in* Ribeiro, 1956, p.191). Ressaltava ele que, sem essa participação, "é pouco viável a execução de uma campanha, no sentido lato da palavra." (MES, 1947, p.10). No entanto, o que ocorria na previdência era que no clima do movimento internacional de recolocação da questão previdenciária, em direção ao conceito de Estado do Bem Estar Social (*Welfare State*), através a expansão dos gastos públicos nas áreas ditas sociais, o presidente Dutra, promoveu a incorporação pelo Estado das pressões dos segurados, no sentido da ampliação e valorização dos planos de benefícios e serviços, sendo a área de assistência médica objeto de especial atenção. Surge "uma copiosa legislação", que tem como respaldo ideológico a assistência social como fator indispensável ao bem-estar, e a saúde como resultante de uma boa "assistência médica, cirúrgica e hospitalar", o que reverteria em economia para a Previdência Social. Nesse contexto, a construção ou compra de hospitais e sanatórios, ambulatorios e postos médicos, a aquisição de equipamentos médicos e a inauguração de serviços próprios, pela promoção dada a esses fatos, parece estratégica, em termos de ganhos políticos e eleitorais. Além disso, havia a prática de comprar serviços médicos e hospitalares, mediante a designação, credenciamento ou contratação de médicos, dentistas, serviços de enfermagem e hospitais. Havia assim a assinatura de numerosos convênios com terceiros para o fornecimento de assistência médico-hospitalar aos segurados e níveis crescentes de produção e distribuição gratuita de medicamentos. Em 1956, o "armamento antituberculoso" era formado por 545 serviços: hospitais, dispensários, ambulatorios e preventórios (públicos ou privados), dentre os quais cerca de sessenta ambulatorios e três sanatórios pertenciam a um dos IAPs. A progressiva elevação das taxas de contribuição dos empregados, não foi acompanhada por um aumento correspondente da parte dos empregadores nem da parte da União, conforme o critério da contribuição paritária, "*tripartite*", pois "ambos praticavam a sonegação sistemática das contribuições por eles legalmente devidas". A elevação das despesas, sem a correção da arrecadação, resulta no que passará a ser chamada a "crise financeira" da Previdência Social. Este também

seria um importante motivo para que não se quisesse repassar as verbas da previdência, o que tornaria pública a existência de tal "rombo". (Oliveira & Teixeira, 1985, p.161 e segs).

No que se refere ao ensino, este constituiu-se um ponto alto no desempenho da Campanha, por todos testemunhado, no sentido da formação de profissionais e especialistas, tanto do ponto de vista técnico quanto ao seu compromisso com a luta contra a tuberculose e com a sociedade. Decisiva para a formação do espírito de grupo foi a organização, pelas equipes profissionais, de serviços-modelo: "para a formação em saúde pública domiciliar, desde cedo a situação foi bem resolvida pelo dispensário-escola e seu entrosamento com o centro de saúde da rua do Rezende ... mas os encarregados dos cursos se ressentiam da falta de um hospital para poder, com experiência própria, definir normas e recomendações ... pelo convênio firmado com o estado do Rio de Janeiro ... o sanatório Azevedo Lima veio cobrir a lacuna que existia ... ". (Dep.n^o XIX, p.36d). O mesmo sucesso não foi alcançado em relação à pesquisa. No relatório de 1949 registra Paula Souza "só foi possível a pesquisa nos setores sanitário, social e de engenharia", ficando prejudicada a pesquisa biológica. (Serv. Nac. Tub., 1951, p.50). O problema do BCG ficou sem solução, e inclusive veio a se constituir em fator de desgaste político para o diretor do SNT. A questão era a de que havia problemas técnicos com a produção da vacina e sua operacionalização: os pediatras acusavam casos de diarreia nas crianças vacinadas, o que levava à suspeita de contaminação da vacina; a vacinação de crianças não reatoras à prova tuberculínica não era capaz de mudar o resultado de seu teste para positivo; o prazo de validade da vacina era de apenas dez dias e seu uso muito irregular, havendo um desperdício de cerca de 50%. O diretor achava que "devíamos estudar mais a fundo o BCG." As divergências foram se acentuando, "e no final da minha gestão já estava desiludido do seu valor e seguro para não se prosseguir ..." O desfecho foi negativo: "infelizmente acabei rompido com a Fundação Ataulpho de Paiva e com o Arlindo de Assis ..." (Dep.n^o XIX, p.38-39).

Apesar de tudo, e ao término de sua gestão, Paula Souza acredita haver combatido o bom combate, e que valeu a pena. Na oportunidade da inauguração de Curicica, atribui ele a queda espetacular da tuberculose nos grandes centros do país a um conjunto de fatores, dentre os quais a participação da CNCT "não é estranha e nem tampouco das menores". (Paula Souza, 1951, p.197). Contudo, ainda como diretor do SNT, alerta para o avanço da doença: "a tuberculose, doença da mais alta gravidade nos centros urbanos do país, onde a economia nacional é sangrada com a ceifa alarmante do elemento humano quando maior é sua capacidade de produção, extravasa-se progressivamente interior a dentro, mercê do contágio intenso e de condições sociais propícias." (in Ribeiro, 1956, p.188). Mesmo com o pesar por deixar sua obra inacabada, sua afirmação é categórica: "eu não poderia continuar na Campanha com o Getúlio Vargas; pedi minha exoneração assim que o ministro Simões Filho assumiu ... houve insistência do governo, mas, efetivamente, eu não queria continuar, inclusive porque estava indisposto com a pessoa que ficou na Diretoria da Saúde Pública, que era o Arlindo de Assis". (Dep.n^o XIX p.40-41).

A mística da Campanha

A primeira gestão da Campanha marcou época e criou em seus integrantes um grande orgulho de participar tanto da luta contra a tuberculose como da própria Campanha enquanto instituição. Este estado de espírito converteu-se em verdadeira *mística*, que com o tempo passou a receber o nome de seu inspirador, *a mística do Paula Souza*. Essa fase em que se formou a massa crítica necessária à expansão do projeto da Campanha é por ele assim descrita: "os anos de 1949/50 marcaram uma fase importante da vida da Campanha, devido à intensificação do intercâmbio com órgãos de saúde dos estados e formação de pessoal técnico-administrativo; nas zonas onde suas atividades eram iniciadas, equipes de enfermeiras eram postas à disposição dos órgãos locais de saúde para um trabalho em comum; o crescimento em *bola de neve*, de formação de pessoal e de interesse pela Campanha, pôde ser observado em um bom número de zonas." (Dep.nºXIX p.37). Ele atribui à nova orientação na formação dos tisiologistas um importante papel: "era importante que o setor médico, mais voltado para a medicina clínica e cirúrgica da tuberculose, se familiarizasse também com os temas sanitário e social ... esta visão mais abrangente, nos pareceu fundamental para sua integração em uma campanha tão complexa ... para reduzir o tempo de duração do curso e concentrar o interesse dos candidatos foi adotado o sistema de trabalho em tempo integral, com bolsas remuneradas, durante o período de seis meses; acredito que cabe a este curso uma parcela desse espírito que se criou em torno da Campanha e que foi tão significativo para seu sucesso." (Dep.nºXIX, p.44-45).

A mística do Paula Souza teve o sanatório de Curicica como símbolo, marca de sua administração e metáfora do seu projeto para a CNCT: simples mas grandioso, econômico mas funcional, despojado mas luminoso; e além de tudo, fruto de patriotismo romântico e empreendimento realístico. Curicica tornou-se um marco arquitetônico na história da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, constituindo-se no espaço de experimentação e demonstração de novas tecnologias. Outro ex-diretor explica: "era preciso um corpo de engenheiros que se conscientizasse daquela mística que Paula Souza imprimia, pra poder fazer ... rápido e inventar novas [tecnologias] ... nunca se fez construção antes partindo do premoldado ... a engenharia da tuberculose teve uma influência enorme na engenharia moderna ... (Dep.nº16, p.39). O sanatório de Curicica foi projetado segundo uma concepção renovada do hospital-jardim do século 19. (Benchimol, 1990, p.192), a partir da antiga experiência dos "sanatorinhos" de Campos de Jordão, em contraposição aos "sanatórios monumentais", os quais ele reconhece como símbolo da ditadura Vargas: "é uma forma que as ditaduras têm, de se manter, fazer obras espetaculares ..." (Dep.XIX p.20).

A maior obra da Campanha é inaugurada, em janeiro de 1951, pelo presidente Dutra: o Conjunto Sanatorial de Curicica, com 1423 leitos, com 24 200 m² de área construída, em modelo pavilhonar. Paula Souza assim descreve essa festa: "foi uma cerimônia simples e bonita, foi a última inauguração que o presidente Dutra fez; eu tive o prazer de reunir em Curicica os três ministros da Educação e Saúde do governo Dutra que participaram da Campanha: o Souza Campos, o Mariani e o Pedro Calmon ..." (Dep.nºXIX, p.39-40). No seu discurso, Paula Souza enfatiza a juventude da equipe responsável por tal feito, destacando a participação de enge-

nheiros e arquitetos e declara que a construção de Curicica foi vivida como epopéia: o local não era servido de energia elétrica e não havia ligação entre o local da construção e a estrada ... teve que ser construído um alojamento para 600 operários, um serviço de cozinha e criado um serviço de transporte especial ... a indústria de construção civil não conseguia acompanhar o ritmo da obra. Durante os quatro últimos meses, trabalharam na obra 1800 operários diariamente. (Paula Souza, 1951, p.197 e segs). O clima emocional em que foi realizado o projeto de Curicica e que consolidou a mística da Campanha é revelado nas palavras de Paula Souza: "o amor pela construção de Curicica foi criado desde o começo, pelo grupo de engenharia; também um grupo médico ... ia pra ver o crescimento da obra e lá ficávamos até tarde, debatendo e vivendo a Campanha ... em meio a esta intimidade de sentir nasceu tudo isso de mística ... a idéia foi se fazer dali uma casa de amor pela Campanha, essencialmente social e muito brasileiro ... essa mística, quem deu foi um grupo, desde o nascimento de Curicica". (Dep.nº XIX, p.43/44).

Declara ainda que sem tal mística seria impossível "em tão curto espaço de tempo e dentro de estrita economia, planejar, desenvolver, construir, instalar e equipar um centro assistencial de tamanho vulto". Paula Souza profetiza a permanência no tempo da mística da Campanha, ao afirmar que "contando com sólido apoio do governo, essa *idéia em marcha*, à medida em que se expande e fortalece, graças à solidariedade e ao aumento do número de seus adeptos, cria "um estado de espírito próprio da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, passando ela a ser para seus integrantes e colaboradores uma verdadeira mística". (Paula Souza, 1951, p.193 e segs).

O discurso oficial do governo Vargas

Na mensagem ao Congresso com as diretrizes de seu programa de governo, ao mesmo tempo em que preconiza uma política de desenvolvimento, Vargas faz considerações diretas sobre o problema da tuberculose, adotando aquele enfoque teórico de inversão do sentido do "círculo vicioso": "os agrupamentos humanos em rápida evolução, industrialização e urbanização, têm pago pesadíssimo tributo à chamada peste branca. É imperioso reconhecer que a tuberculose é muito mais fruto do pauperismo do que dependente de causas propriamente médicas." A partir dessa posição teórica, explicita a intenção de seu governo de não dar continuidade às metas da gestão anterior: "Assim, se por um lado é dever inadiável do Estado e da sociedade auxiliar as vítimas da tuberculose e de outras enfermidades de origem acentuadamente social, não descurando a assistência aos trabalhadores que na sua tarefa de engrandecimento do país forem vítimas da doença, por outro lado também o governo evitará firmemente prometer o impossível: a erradicação da tuberculose em um país onde ainda não foi possível resolver o problema quantitativo da alimentação do povo." A seguir comunica a redução de verbas para este fim: "Dentro dessa orientação manterá o governo a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, organizada e coordenada pelo Serviço Nacional de Tuberculose, procurando, porém, evitar todo desperdício decorrente da multiplicação de serviços e organismos dispendiosos, orientando o trabalho no sentido de uma ação efetiva, o mais que possível econômica e que não perca de vista a função precípua de assistir os doentes." (Vargas, 1951, p.251). Na mesma

Mensagem, sem negar a importância das ações de cunho assistencial, Vargas as situa como tendo um papel secundário em relação às "fundamentais medidas econômicas de ordem geral". E repete a proposta de Dutra, no sentido de diminuir a participação do Estado no orçamento da Previdência Social, limitando-a "ao plano básico dos benefícios". No ano seguinte (1952), ele declara que "as verbas aplicadas no trabalho de saúde não devem ameaçar as disponibilidades destinadas a uma aplicação de maior prioridade". Em 1953 diz que "o bem estar social não é coisa física de que disponha fartamente o Governo para distribuir ao povo". A esta altura já ressurgiu a temática anterior à 1945: "é indispensável que [os benefícios] tenham bases atuariais sólidas, pois do contrário as instituições de previdência não serão capazes, no futuro próximo, nem mesmo de atender aos benefícios que atualmente asseguram". (Oliveira & Teixeira, 1985, p.191-193).

O novo diretor do DNS, o baiano prof. Arlindo de Assis, da cátedra de microbiologia da faculdade fluminense de medicina, responsável pela fabricação do BCG no Brasil, e com quem Paula Souza se havia desentendido, no ato de sua posse, enfatiza que o problema da tuberculose não havia sido equacionado pelo governo anterior: "a despeito de mais de cinquenta anos de luta dispersiva, a peste branca se mantém à frente no obituário geral das maiores cidades brasileiras nos indivíduos de 20 a 50 anos de idade." Diante dessa situação diz ser "imperativo valorizar e manejar as poucas armas adequadas disponíveis", motivo pelo qual "convém ao povo do Brasil aproveitar os recursos da imunização preventiva, sendo pois necessidade inadiável a difusão e a propagação da vacina BCG em todo nosso território". Embora valorizando a ação dispensarial, mostra-se no entanto cauteloso em desativar o programa sanatorial: "Simultaneamente com esta medida capital, que é financeiramente a mais acessível de todas, é imperioso que sejam prosseguidas as medidas de ataque ao contágio tuberculoso, com a condição *"sine qua non"* de tirar delas um proveito imediato às custosas instalações hospitalares e sanatoriais, de modo a incentivar devidamente o funcionamento dispensarial ativo". Assume a direção do SNT o prof. Manoel José Pereira Filho, de Porto Alegre. (Ribeiro, 1956, p.136,166e192). Em seu discurso de posse, o novo diretor não define propriamente um plano de ação, alinhando apenas "as atividades de um bom programa de luta contra a tuberculose", que afinal contempla toda a gama de atividades possíveis, desde a descoberta de casos, seu isolamento e tratamento, até a reabilitação dos curados, pelo trabalho, passando pela proteção da família do tuberculoso contra a doença e a "penúria econômica"; a proteção das crianças pela vacinação BCG, pelo cuidado das mães tuberculosas e pelo isolamento de seus filhos em preventórios; abrangendo o estudo da demografia da tuberculose, a educação sanitária, as pesquisas no campo da terapêutica, da patogenia e da imunologia, incluindo a distribuição de auxílios aos centros de formação médica especializada e aos cursos de enfermagem e de visitadoras; e chegando finalmente à construção de novos sanatórios e dispensários e o aumento da eficiência de dispensários móveis, bem como o auxílio às organizações particulares empenhadas na luta contra a tuberculose. Embora não haja definição alguma de prioridades, aparece mais uma vez a preocupação com os gastos da Campanha na gestão anterior, encarecendo o novo diretor a necessidade de "comprovação no emprego conveniente das verbas obtidas e também na mais rigorosa verificação do armamento antituberculoso existente no território nacional".

A percepção de uma enfermeira que participou da nova administração é a de que: "saiu a equipe de São Paulo, tão admirada, tão boa para instalar a Campanha dos Paula Souza, mas justamente Getúlio Vargas já tinha sido governo muitos anos ... a Campanha gastava muito dinheiro fora das peias da legislação de execução orçamentária ... então ele queria uma pessoa de plena confiança dele, aí ele trouxe um antigo colega de escola primária, que foi o prof. Manoel Pereira Filho. (Dep.14, p.8). Mas, para uma enfermeira que vinha da administração anterior, as perspectivas poderiam não ser animadoras: "o doutor Paula Souza entendia profundamente daquilo ... e todo mundo sentia que o professor Pereira Filho estava vindo lá do sul e não tinha aquela mesma tarimba na especialidade ..." (Dep.nº5, p.10). A indicação do prof. Pereira Filho é comentada por dois ex-diretores do SNT: "o professor Paula Souza pediu pra sair ... aí certamente ficou difícil pra contrabalancear e o presidente mandou buscar outro professor na terra dele ..." (Dep.nº16, p.48). O outro ex-diretor diz: "eles fizeram aquele sanatório ... aquela Fundação Belém e aquilo impressionou muito e ele foi o homem que deu a primeira vacina BCG lá no Rio Grande ... era dono de um laboratório, professor de micologia lá na universidade, então ele tinha muito prestígio ..." (Dep.nº17, p.14).

A avaliação do Paula Souza não foi favorável ao seu sucessor: "quem me substituiu ... fez uma oposição global à Campanha; se tivesse feito um programa de continuação de setores fundamentais, talvez tivesse obtido melhor resultado imediato." (Dep.nºXIX p.40). A administração Pereira Filho foi duramente criticada por alguns: "a maior catástrofe que podia acontecer na Campanha ... homem de laboratório, sem formação sanitária, administrativa ou fisiológica ... então começou a fazer uma embrulhada na Campanha ... queria mostrar que fazia melhor, então a Campanha foi se deteriorando ... passou a ser uma Campanha circunstancial ... foi um *débâcle* na Campanha ..." (Dep.nº17, p.14). Mas há opiniões menos severas: "ele era competente, era de sanatório e acertou ... ele conseguiu muito recurso porque era amigo do Getúlio e gaúcho, então gozava de favores especiais ..." (Dep.nº35, p.22).

Apesar das críticas ao programa sanatorial que vinha sendo desenvolvido, Pereira Filho vai inaugurar vários sanatórios construídos na administração anterior e muitas vezes em circunstâncias extraordinárias: "alguém arranjou [antes da Campanha] uma verba pra fazer um pavilhão de tuberculose, anexo ao hospital da cidade ... e a verba saiu, mas o hospital da cidade não aceitou ter pavilhão de tuberculose ... então eles fizeram um anexo num terreno fora da cidade ... então não tinha cozinha, não tinha os serviços gerais ... em 46, o Paula Souza resolveu fazer um hospital em torno do anexo ... [depois] o Pereira Filho falou que tinha que funcionar de qualquer maneira o hospital ... porque o Lourival Fontes, um dos homens fortes do Getúlio [chefe do gabinete civil] era de lá ... chegamos lá ... o prédio estava no meio do mato ... o elevador tinha ido pro hospital da Bahia, o fogão tinha sumido, não tinha nada ... em vez de um mês, nós gastamos sete ... com todo o dinheiro na mão ..." (Dep.nº11, p.33-34). Circunstâncias políticas determinaram a abertura de Curicica, a "menina dos olhos" do Paula Souza, de forma apressada, ao final de 1952, em contraste com o modo metuculoso como foi ele planejado: "Curicica tinha que ser inaugurado pra aproveitar as verbas de 1951 ... então teve-se que fazer o negócio às pressas, dentro de quinze dias tinha de colocar pra funcionar, botar doentes lá dentro, pro dia 31 de dezembro [de 1952]; então foi uma correria tremenda ..." Mas também

há outra explicação para a pressa: "o que se fala, que até hoje eu não sei a veracidade, é que Curicica foi aberto às pressas, porque o Exército queria fazer ali um quartel ..." (Dep.nº10, p.18). A abertura desse sanatório ensejava uma gama variada de medidas de grande alcance político-social, assim descrito por Castro et al. (1991): promover o isolamento da massa de tuberculosos "contagiantes", de modo a conter "a avalanche de doentes", que vindos do interior pelas novas vias de transporte, em sentido contrário ao que havia ocorrido a disseminação da tuberculose, invadiam a cidade em busca de socorro, ameaçando os habitantes da então capital federal; fortalecer o partido da situação através a prática do *clientelismo*, pela intermediação das internações de doentes, cujas famílias não tinham meios para mantê-los e tratá-los em casa, e nem mesmo para enterrá-los, e ainda mediante o atendimento de pedidos de emprego para a mão de obra não qualificada; garantir as necessidades de expansão do capital, por um lado pela reposição de mão-de-obra para a indústria nascente e por outro pela oferta de vultosos contratos às empresas privadas, como as grandes firmas de construção civil, a indústria farmacêutica transnacional e o chamado *complexo-médico-industrial*; assumir o encargo de abrigar e tratar o tuberculoso pobre, anteriormente assumido pela burguesia mediante obras de benemerência e filantropia; e atender a reivindicações da classe operária por assistência médica, promovendo tratamento sanatorial para os previdenciários tuberculosos, mediante convênios com os institutos de previdência. Um sistema de convênios com os diversos IAPs viabilizou o funcionamento do novo hospital; a ocupação dos leitos foi feita inicialmente por transferência de doentes já internados em sanatórios particulares, que viviam dos convênios com os institutos de previdência e de acordo com a conveniência de seus donos; assim, a notícia de que Curicica ia abrir causou um impacto: "foi assim uma espécie de mal-estar ... e quando foi a hora de transferir para Curicica, foram escolhidos os piores casos ... de tratamento mais difícil e que portanto davam mais trabalho e teriam um tratamento mais caro." (Dep.nº10, p.19). A recepção dos doentes em Curicica foi extremamente tumultuada: "como o Lourival [Ribeiro] sabia que eu tinha experiência, veio me pedir se eu podia ir lá ... na noite de 31 de dezembro, porque não tinha ninguém pra fazer plantão e estava começando a entrar doente ... e eram 100, 150 e até 200 doentes matriculados por dia, então era uma loucura: arruma cama, que o doente está esperando, monta a cama pra botar o doente ... pra receber essas verbas." (Dep.nº11, p.11-12). A pressa concorreu para que não fosse feita uma seleção de pessoal, "o pessoal foi pego a laço, para trabalhar" (Dep.nº10, p.18); "nós recrutamos mais de quinhentos funcionários, assim de pronto." (Dep.nº17, p.25). A fonte de recrutamento foi totalmente inadequada "a maior parte do pessoal aproveitado, foi o da obra de Curicica ... e grande parte deles eram da colônia Juliano Moreira [hospital psiquiátrico], que era vizinha, era assim que nem maluco sem papeleta, cara que morava na colônia, com a família ..." (Dep.nº11, p.11). O exame de saúde também foi feito com toda a pressa: "era uma fila, de manhã e de tarde, [no DE] e tome chapa e tome exame e tome *apto / não-apto*" (Dep.nº28, p.8).

Enfermeiras e médicos participaram de todo o tipo de trabalho, como a futura chefe do serviço de enfermagem que: "amarrou um pano na cabeça, que ela queria tudo sem poeira, queria tudo direito, e não era só o servente que estava na poeirada, não ..." (Dep.nº14 p.45). Os médicos também lembram da própria participação: "nós carregamos colchões, pra receber os doentes ..." (Dep.nº17, p.24) e ainda: "até cama empurramos ..." (Dep.nº28, p.8). Assim, os

diversos serviços hospitalares tiveram seu início atribulado e grandemente dificultado até a normalização administrativa do hospital: "aquilo era uma loucura, ninguém conhecia ninguém, todo mundo entrando ao mesmo tempo ... muitas pessoas trabalharam de graça no início, estava difícil nomear ..." (Dep.nº11, p.11-12). O serviço de enfermagem teve uma enorme sobrecarga de trabalho e enfrentou grandes e variados obstáculos: "as enfermeiras ficavam, ao mesmo tempo, fazendo treinamento de servente, de auxiliar e de todo o pessoal e organizando as enfermarias ..." (Dep.nº11, p.11), do mesmo modo, "o pessoal auxiliar tinha que atender, no mesmo período, às horas de serviço e às aulas do curso" (Dep.nº5, p.13), e além do mais, o serviço de enfermagem treinou não só seu próprio pessoal, mas todo o pessoal subalterno: "elas fizeram cursos de todos os serviços, serventes, copeiros, atendentes, auxiliar de enfermagem, tudo foi feito pelas enfermeiras." (Dep.nº17, p.26).

A estrutura administrativa inicial do hospital era calcada na mais moderna administração hospitalar, ainda que destoando da falta de tradição democrática de nossas instituições: "o Pereira Filho nomeou um colegiado ... tinha um conselho e o corpo clínico; o conselho eram seis pessoas e o corpo clínico era só eu ... a coisa era tão confusa que minha primeira nomeação pra Curicica foi de cirurgião, embora eu nunca tenha entrado na cirurgia." Dentro de pouco tempo "começou a aparecer no colegiado, a briga do poder: o chefe do conselho mandou tirar todos os cachorros de Curicica ... soltaram na Barra, mas tinha um cachorrinho de estimação de um funcionário, aí o Conselho se reuniu, acharam que era um absurdo aquilo e foram buscar o cachorro ... então na realidade se viu que aquela experiência não dava para viver, foi quando o Pereira Filho acabou o conselho ..." (Dep.nº11, p.10,12e14).

Quando Curicica chegou a funcionar, o regime higieno-dietético já estava em vias de desaparecer, devido às novas conquistas tecnológicas: "Curicica começou com o início da quimioterapia ... uma euforia tremenda, passamos a nos preparar e preparar o hospital para essa nova era ... que pra nós, tinha-se resolvido o problema, dentro de cinco anos a tuberculose se acabaria, já se achava que se tinha que arranjar outro emprego..." (Dep.nº11, p.48).

O Ministério da Saúde e a CNCT

A crescente intervenção do Estado na sociedade e a centralização do governo no plano federal levou à reforma ministerial de 1953. Nesta oportunidade é criado o Ministério da Saúde (MS), vitória política da classe médica, que durante toda a existência do MES (1930-1953) nunca teve acesso ao cargo de ministro, geralmente ocupado por um bacharel. Mas o novo ministério não foi "planificado e estruturado como uma Secretaria de Estado apropriada para atender aos importantes problemas da saúde pública moderna", ocorrendo uma desigual divisão entre saúde e educação, com grande prejuízo para aquela. No que se refere ao patrimônio, os departamentos e serviços de saúde ficaram em prédios alugados, inadequados e esparsos pela cidade, enquanto que ao MEC coube não só o edifício-sede do atual Palácio da Cultura, mas também o antigo Hospital de Alienados da Praia Vermelha, onde foi instalada a Reitoria da Universidade do Brasil. (Rodrigues, 1977, p.14). Na partilha do espólio do MES, ao MS coube a fração menor

do orçamento, a assignação de apenas um terço do imposto sobre educação e saúde e praticamente a mesma estrutura do extinto DNS (Braga & Paula, 1986, p.57). O primeiro titular do MS foi um dos principais defensores de sua criação, Miguel Couto Filho, médico, como seu pai, professor da Universidade do Brasil, organizou e chefou o MS de dezembro de 1953 a junho de 1954, quando, para concorrer às eleições para governador do estado do Rio, passou a pasta para o sanitarista Mário Pinotti, que ocupou o cargo durante dois meses e meio. (F.G.V., 1984, p.1002-3 e 2741).

A tendência intervencionista e centralizadora do Estado foi acompanhada por reformulações correspondentes na CNCT. O SNT, estrutura de sustentação da Campanha, sofre um processo de crescente burocratização, em sua estrutura e funcionamento, chegando a dispor dos principais elementos e características de uma organização burocrática, no sentido dado por Max Weber. No caso da Campanha, a elite política seria recrutada da classe médica, sendo o aparelho ideológico formado pelo superintendente, membros da Comissão Técnica, diretores de seções, representantes regionais da CNCT, diretores de sanatórios, enquanto que o aparelho burocrático seria formado pelos médicos, pelo pessoal "paramédico" (enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas), pelas chefias administrativas, pelo pessoal de apoio (secretárias, datilógrafas, escriturários) e pelo pessoal subalterno (contínuos e motoristas). Ao mesmo tempo, a contribuição da Campanha para o aumento da influência das políticas federais nas unidades federadas se fazia pela veiculação e inculcação de um conjunto de tecnologias elaboradas no nível central, com base no conhecimento científico mundial e nacional e pesquisas coordenadas pelo SNT ou por ele diretamente realizadas; pela ajuda econômica, sob a forma de auxílios e subvenções: aos governos estaduais, através as secretarias estaduais de saúde, mediante a construção e implantação ou reforma de hospitais, pavilhões e dispensários; a entidades de ensino, e pesquisa: cátedras de fisiologia, institutos de pesquisa, bolsas de enfermagem; a entidades assistenciais beneficentes: ligas, preventórios, etc.; e a pessoas, sob a forma de bolsas, ajudas de custo, passagens, diárias, etc.

Evolução no período

Com suas vultosas verbas, que podiam ser usadas com extrema flexibilidade, e cujo efeito era reforçado pela presença de técnicos nos estados, a CNCT contribuiu para acentuar o controle exercido pelo governo federal na vida nacional. Criada em 1946, a CNCT reveste-se de um caráter de "cruzada", desenvolvendo-se em um clima de exaltação patriótica e de modernização da administração sanitária. Em sua fase inicial, durante o governo Dutra, a Campanha caracterizava-se por uma estrutura leve e flexível, que possibilitava uma grande agilidade administrativa e uma enorme liberdade de ação ao seu Superintendente. Curicica, hospital de administração direta da CNCT, o maior sanatório do Brasil, figura-símbolo do projeto de Paula Souza, atendia a interesses de diferentes grupos da sociedade, junto aos quais o governo procurava se fortalecer. Embora não tenha chegado a funcionar na gestão Paula Souza, suas instalações foram por ele inauguradas e passou à memória coletiva como realização sua. Paula Souza desde logo denuncia a dicotomia existente entre as ações do MES e a chamada

assistência médica da previdência social, assunto esse que iria empolgar os administradores da saúde nas décadas seguintes. Ao término da gestão Paula Souza, a luta contra a tuberculose estava baseada na descoberta dos casos pela detecção de suspeitos pela abreugrafia e no isolamento e tratamento dos focos em sanatórios, sendo que a hospitalização dos doentes consumia cerca de 80% dos recursos da Campanha. Paula Souza, além de milhares de leitos de tuberculose disponíveis, deixou uma estrutura nacional de combate à tuberculose.

No segundo governo Getúlio Vargas, as mudanças na administração pública se configuram no setor saúde pela criação de um ministério específico, de grande interesse para a classe médica, que até então não conseguira se fazer representar no primeiro escalão do poder executivo. No âmbito da CNCT, os novos ocupantes dos cargos elaboram um discurso de contenção dos gastos, que em grande parte correspondem às despesas para concluir as construções iniciadas em períodos anteriores e ao custo do funcionamento e manutenção de sanatórios que os respectivos governos estaduais não concordam em transferir para sua jurisdição. Na gestão Pereira Filho, o aumento progressivo da burocracia de Estado se reflete na estrutura e no funcionamento da Campanha. A estrutura do SNT/CNCT se amplia, mediante sucessivos desdobramentos e acréscimos dos órgãos da sede, e mediante a inauguração de sanatórios, pavilhões de tuberculose e dispensários, que passam a constituir unidades de administração direta. Ao mesmo tempo, ocorre uma crescente normatização e padronização dos serviços de tuberculose, tanto os de administração direta quanto os das secretarias estaduais de saúde. Aumenta o número de leitos, mas o tratamento incorreto aumenta o número de doentes crônicos, que bloqueiam os leitos dos sanatórios. O sanatório de Curicica começa a funcionar em janeiro de 1953, constituindo acontecimento de grande repercussão política. Nota-se assim uma grande distância tanto entre a Campanha idealizada por Paula Souza e sua configuração real, amoldada pela conjuntura econômica e política do país, quanto entre o discurso oficial do governo Vargas, contrário ao projeto Paula Souza, e sua prática política, que afinal rendeu-se às demandas sociais por leitos para tuberculose.

2. A ENFERMAGEM NOS PRIMÓRDIOS DA CAMPANHA

Introdução

Este capítulo evidencia a inserção da enfermagem na Campanha, o empenho desta na formação de visitadoras de tuberculose e na montagem de um sanatório que servisse de modelo para a rede sanatorial, a ser construída e/ou organizada nas principais cidades brasileiras. Descreve também como, a partir do segundo quinquênio, enquanto a Campanha desacelera seu funcionamento, a Superintendência de Enfermagem assume a função de coordenar as atividades de enfermagem em nível nacional. Ressalta ainda que, apesar da orientação oficial contrária à política de ação sanatorial, o governo continua a abrir sanatórios em diversas cidades brasileiras, o que, se por um lado representa uma vitória do projeto Paula Souza, por outro, causa profundo impacto na enfermagem brasileira.

Ao tempo em que a enfermagem voltava-se cada vez mais para as demandas da moderna administração hospitalar, a proposta do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado durante a segunda guerra, por acordo com o Instituto de Assuntos Inter-Americanos dos Estados Unidos, substituiu aquele outro, que havia sido implantado no Rio de Janeiro, na década de 20, e do qual restavam apenas vestígios. Tanto assim que, a enfermagem de saúde pública do DF, no que se refere à tuberculose, apresentava à época um quadro de inoperância: "premidas pela dificuldade numérica e principalmente pela impossibilidade de internamento de casos onde era impraticável a educação sanitária e a desinfecção concorrente, as enfermeiras de saúde pública dos distritos sanitários da capital da República e dos estados ... desanimaram de poder fazer alguma coisa no setor de tuberculose ... o número de visitas domiciliares feitas em tuberculose pelas enfermeiras de saúde pública da prefeitura do DF que atuam nos centros de saúde ... é irrisório, em confronto com as estatísticas de casos diagnosticados de tuberculose." (Cordeiro, 1951, p.104).

Durante a guerra, o Sesp operara em áreas estratégicas inóspitas e com objetivos a curto prazo, visto que sua finalidade era a de possibilitar a extração de matérias primas críticas, como a borracha e minérios, fazendo o saneamento ambiental, combatendo a malária e prestando assistência médica. Com o término do conflito, em 1945, o "serviço especial" transformou-se em uma organização permanente, voltada para os problemas gerais de saúde e que, antes do final da década, já tinha reconhecida sua liderança no cenário nacional, sobrepondo-se, em matéria de filosofia de saúde pública, aos órgãos normativos do ministério da Educação e Saúde." (Ramos, 1973, p.125 e 138). O Sesp, não obstante sua atuação limitada em termos geográficos, veio a causar um forte impacto no sistema de saúde: nas décadas seguintes seus serviços surtiram um efeito de demonstração em todo o país e seus profissionais atuaram como agentes multiplicadores de seu modelo junto a outras instituições. O intercâmbio entre o Sesp, as secretarias de saúde, as escolas de enfermagem e também com a Campanha fez com que o modelo Sesp de enfermagem de saúde pública viesse a se tornar praticamente "oficial" e único, ainda que nunca alcançado. O Sesp não trabalhava com tuberculose, pois, além de ser desconhecida a

situação da doença no interior do país, a tecnologia então disponível não era apropriada às condições operacionais do Sesp: a abreugrafia exigia equipamento caro e manutenção especial; o pneumotórax só era aplicado por médicos especialistas; e o prazo de validade da vacina BCG era de, no máximo, quinze dias. (Ramos, 1973, p.119 e Castro, 1977, p.28-29).

A orientação da enfermagem para o cenário hospitalar decorre do fato de que, na década de 40, o hospital passa a ser apresentado como *a expressão do direito à saúde*, sendo nele o doente a pessoa mais importante e, em contrapartida, como a melhor escola para educar sanitariamente os doentes, disciplinar e aperfeiçoar o trabalho de médicos e enfermeiras. O serviço de enfermagem, por reunir o maior número de pessoas, e funcionar nas 24 horas do dia é considerado elemento fundamental para a organização hospitalar. Do passado, os hospitais modernos conservam aquela antiga concepção de *máquina de curar em massa e economicamente* do século 18 (Benchimol, 1990, p.190-191), agora traduzida na expressão "máquina hospitalar". No que se refere aos hospitais brasileiros, eram enormes as dificuldades de se fazer a seleção de pessoal para a enfermagem; o número de enfermeiras diplomadas era reduzidíssimo, os "práticos de enfermagem" eram meros curiosos atrás de uma colocação com que pudessem se manter e à sua família; os auxiliares de enfermagem, eram tão poucos que não poderiam fazer concorrência aos práticos; e os serventes, para o serviço de limpeza e de copa, em sua grande maioria desconheciam "os mais mezinheiros princípios de higiene, de polidez, de disciplina" e ignoravam a finalidade do hospital". (Taborda, 1951, p.77-79). Quanto à tuberculose, até 1946, existiam cerca de doze mil leitos a ela destinados. A enfermagem nesses hospitais, "com raríssimas exceções, era feita de maneira rudimentar, por pessoal leigo, em geral antigos doentes, que aprendiam com os médicos a aplicar injeções e passavam à categoria de enfermeiros." (Chiarello, 1951, p.402). Por isto, a Campanha necessitava de enfermeiras que fossem capazes de, além de atuar no dispensário de tuberculose, participar da organização de um hospital, e muitas vezes não só do serviço de enfermagem, mas também do "economato", isto é da parte de hotelaria do hospital, o que incluía a elaboração de normas e rotinas para cada serviço e para cada cargo; a previsão, quantificação, especificação e avaliação de materiais e equipamentos de todos os tipos, o recrutamento, seleção e treinamento de diversas categorias de pessoal auxiliar; chefiar e supervisionar grandes grupos de funcionários; implantar e manter as normas de serviço; e *educar* os doentes; enfim "adestrar os corpos" em um "tempo disciplinar" no "espaço da ordem" (Costa, 1983, p.10).

Curicica serve de modelo paradigmático para os sanatórios da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, pelo menos no que se refere ao "projeto Paula Souza", guardadas suas peculiaridades de centro formador de recursos humanos, de seu descomunal tamanho, que por si já constituía uma fonte de problemas, e de sua proximidade com a sede nacional da CNCT, o que proporcionava um acesso mais fácil aos centros de poder, inclusive por se situar na então capital federal. Assim é que boa parte das enfermeiras e médicos que trabalharam na sede nacional da Campanha, na rua do Rezende, havia trabalhado em Curicica, entre os quais dez enfermeiras e sete dos médicos entrevistados para esta pesquisa. Embora Curicica tenha começado a funcionar com uma população de doentes graves, transferidos de repente de outros hospitais e com um corpo de funcionários improvisado, e parte dele até totalmente inadequado

para o trabalho a ser feito, foi sendo organizado e chegou à condição de hospital modelo, graças, em grande parte, ao trabalho intenso desenvolvido pelas enfermeiras.

A visão idealizada do sanatório, para o que contribuem suas instalações modernas rodeadas de jardins, a ordem e limpeza do ambiente, a nítida delimitação de funções e atribuições hierarquizadas, a disciplina dos corpos de funcionários e doentes no tempo e no espaço, a importância dada à alimentação para a cura e prevenção do contágio, a ênfase na aparência dos uniformes, a extrema juventude do pessoal recrutado, bem como a utilização dos últimos avanços da ciência e da tecnologia, fez do sanatório um centro de formação de recursos humanos especializados e um pólo de atração de pessoal profissional. Esta imagem extremamente favorável não excluía as críticas à idéia mesma do sanatório-cidade e de sua localização, bem como à sua concepção arquitetônica e ao grau de burocratização decorrente de seu próprio gigantismo. Ao contrário de Campos de Jordão, que era uma cidade-sanatório, o Conjunto Sanatorial de Curicica era um sanatório-cidade. Se aquela comunidade parece ressaltar os aspectos mais românticos e individualistas da personalidade do doente, esta, ao contrário, parece querer anular as diferenças entre eles, buscando a homogeneização de sua aparência e de seu comportamento, dentro das características de uma "instituição total".

A enfermeira-ananéri na Campanha

Devido à forte influência norte-americana, a enfermeira "de alto padrão" foi considerada, desde os primórdios da Campanha, como elemento indispensável para garantir a qualidade dos serviços dispensários e hospitalares. Delzuite Cordeiro, primeira superintendente de enfermagem da Campanha, ressalta "o alto espírito de compreensão que norteia a direção desta instituição, sobre os problemas de enfermagem" manifestado inclusive na solicitação do diretor Paula Souza ao ministro Clemente Mariani. Considerava o proponente que "a já salientada desigual capacidade econômica das diferentes unidades da nação e conseqüente variação de vencimentos dos servidores públicos não têm permitido a muitas delas contar com a colaboração de enfermeiras do padrão da Escola Ana Neri. Se a Campanha dispuser de umas duzentas enfermeiras para atender os grandes hospitais e dispensários oficiais para tuberculosos, despenderia anualmente ... cerca de nove milhões de cruzeiros." Avalia ele ser esta uma "quantia elevada e que bem evidencia a impossibilidade de muitos Estados arcarem com essas despesas." (Paula Souza, *in* Cordeiro, 1951, p.415-416).

A deliberação de fazer da hospitalização a base da luta contra a tuberculose, com a adoção dos conceitos da moderna organização hospitalar, levou à utilização de novos equipamentos, normas e rotinas, métodos e técnicas; a ideologia do "capital humano" foi aplicada também aos funcionários da própria Campanha, inclusive pela implantação dos meios "de proteção e defesa" contra a tuberculose, do fornecimento de uma dieta balanceada e da realização periódica de radiografia dos pulmões; a adoção dos princípios de divisão funcional do trabalho levou à inclusão das profissões femininas na equipe de saúde, como enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas, então chamadas de *paramédicas* e à utilização de grandes

contingentes de pessoal auxiliar, treinado em serviço, o que determinou a atribuição às enfermeiras de um papel fundamental na organização dos sanatórios.

As metas visadas na implantação do serviço de enfermagem da Campanha eram "a obtenção do maior número possível de enfermeiras de alto padrão, principalmente para as posições de chefia, quer em saúde pública, quer em hospital" e "a formação de visitadoras sanitárias, para atender às necessidades do Dispensário-Escola e de outros dispensários (Souza, 1977, p.5), ao contrário dos médicos, em relação aos quais a preocupação era com a formação especializada em fisiologia, mediante ajuda às cátedras de fisiologia e a promoção de cursos para médicos. É o próprio Paula Souza quem explica que "um pequeno grupo de enfermeiras de alto gabarito estudando o problema, abriu perspectivas interessantes para a enfermagem; por sua vez, de um entrosamento com a Escola de Enfermagem Ana Neri e sua esclarecida diretora, dona Laís Netto dos Reis, surgiu a oportunidade de atrair candidatas aos cursos, com a oferta de bolsas de estudos". (Dep.nº XIX, p. 35-36). O sistema de bolsas de estudo para alunas das escolas de enfermagem funcionou de 1948 a 1952, tendo beneficiado 228 alunas de diversas escolas, sendo que quase a metade dessas bolsas (109) foram concedidas em 1948 e dentre essas, sessenta foram para a escola Ana Néri. Comenta ainda que cabia às Escolas inteira liberdade na seleção das alunas candidatas às bolsas, que assinavam um termo de compromisso, comprometendo-se a desenvolver atividades na CNCT, após o término do curso, no seu Estado ou fora dele, durante o mesmo prazo da bolsa, isto é, de um a dois anos. As bolsas incluíam: um auxílio inicial de mil cruzeiros, para cobrir as taxas de inscrição e uniformes; uma mensalidade de duzentos cruzeiros, como auxílio de manutenção; e um auxílio final de dois mil cruzeiros para a formatura e outras despesas. (Souza, 1977, p.6e16). Nem todas as bolsistas eram contratadas pela Campanha ao término do curso e nem todas concordavam em cumprir o compromisso assumido.

Em 1947, são admitidas as seis enfermeiras pioneiras da CNCT, entre as quais Delzuite de Souza Cordeiro, responsável pela enfermagem da CNCT. Quatro delas ficaram no 1º distrito sanitário, de modo a atender ao convênio feito com a prefeitura do Distrito Federal, para a organização de um dispensário-escola (DE). Sobre o prestígio de d.Delzuite com o superintendente da CNCT e sobre a primeira tarefa da enfermagem da Campanha, conta d.Mercedes Souza que, tendo sido nomeada para o MS, "a Delzuite, que estava com toda a força do doutor Paula Souza, se interessou para que eu eu fosse lotada no Serviço Nacional de Tuberculose, eu fiquei ajudando no serviço de visitação, que era o forte na época". (Dep.nº 5, p.6e8). O chefe do dispensário registra a impressão que d.Delzuite lhe causou à época: "uma figura competente, de alto nível ... a gente brigava ... que eu era o chefe do dispensário ... ela sempre muito fechada, muito seca, queria disciplina rígida, e eu relaxava ..." (Dep.nº IX, p.16-18).

O preparo das enfermeiras, para exercer as funções de chefia e liderança às quais estavam destinadas, se fazia pelo treinamento em serviço, mediante a aprendizagem pelo trabalho, em um sistema tutorial, e não só para capacitá-las às suas competências institucionais, mas inclusive para tornar o grupo mais homogêneo: "diplomadas por escolas de nível desigual, seu treinamento em serviço as habilitava [como] enfermeira de saúde pública de padrão." (Dep.nº XIX, p.36). Essa declaração evidencia por um lado que, embora legalmente todas as

escolas tivessem que ser equiparadas à escola Anna Nery, na prática observavam-se desníveis; por outro lado a enfermeira da Campanha, quer fosse de dispensário ou de sanatório recebia de seu fundador, indistintamente, a qualificação de "enfermeira de saúde pública", o que deixa claro seu entendimento da CNCT como uma campanha "sanitária", onde quer que fosse o "teatro de operações" da guerra.

Comenta Mercedes Souza que, como as verbas destinadas pela CNCT para o pessoal de enfermagem eram elevadas e a remuneração compensadora, essa instituição era procurada por um grande número de candidatas a emprego, apesar do medo que existia do contágio. Após um estágio probatório de três meses, durante o qual a enfermeira percebia cerca de quatro mil cruzeiros, sua remuneração podia passar, de acordo com o estado onde ia trabalhar, até cinco mil cruzeiros: "as enfermeiras da Campanha tinham um ordenado muito bom, maior do que o do Ministério ..." (Dep.nº5, p.10). Outra enfermeira faz a seguinte comparação, para mostrar porque o ordenado da Campanha "era um dos melhores da época": "o Ipase pagava 1300 e a Campanha pagava 3600 e mais 1500 de ajuda de custo para quem não tinha hotel." (Dep.nº30, p.51).

O Setor de Cursos e as visitadoras

Como no plano da Campanha "as enfermeiras de saúde pública" deveriam ocupar funções de chefia e treinamento de pessoal, havia sido criado, em 1948, o Setor de Cursos, onde foram lotadas as enfermeiras Delzuite Cordeiro e Mercedes Souza. Para o novo setor é alugado o 10º andar do prédio nº21 da rua Álvaro Alvim, na Cinelândia. (Dep.nºI, p.7). As primeiras realizações desse Setor são dois cursos para "visitadoras sanitárias". O planejamento dos cursos, bem como a seleção de candidatas, eram por demais ambiciosos para a formação de visitadoras, havendo uma expectativa exagerada em relação ao seu desempenho. O primeiro curso, coordenado por Delzuite Cordeiro, foi realizado de maio de 1948 a abril de 1949. Das 44 alunas selecionadas, todas com curso médio, apenas 17 concluem o treinamento e dessas, treze são aproveitadas no DE. O segundo curso, coordenado por Mercedes Souza, inicia-se em abril de 1949, com 36 alunas, formando no ano seguinte 22 visitadoras. No entanto, em 1954 se viria a verificar que, das 38 concluintes desses dois cursos, apenas treze ainda estariam exercendo esta função no SNT. (Souza, 1977 p.7). Mesmo assim, nem todas permaneciam na função de visitadoras e sim trabalhando no "serviço interno" do dispensário ou mesmo em atividades administrativas. Assim, aquele antigo problema da década de 20, de manter as visitadoras em função, continuava a ocorrer, só que agora transferido para o pessoal auxiliar. Na verdade, parece que a visitação aos casos de tuberculose era um serviço que ninguém queria fazer.

O porquê de tal rejeição é fácil de entender. A vizinhança do DE era cheia de casas de cômodos, de prostíbulos, e seus moradores não se sentiam beneficiados pelo serviço de visitação, o que fica claro no depoimento de uma ex-visitadora, justamente uma das que pelo seu interesse e competência, com menos de um ano de visitação "conseguiu" passar para o serviço interno e depois para a administração. A situação relatada é de repúdio e às vezes de agressão por parte dos doentes, sendo muito difícil entrar em certos domicílios daquela zona: "as pessoas que traba-

lhavam em hospedaria, em restaurante ... tinham que ter carteira de saúde, aí eles iam no dispensário, batiam chapa ... escarro positivo, aí não queriam que soubessem, porque era aquele tabu a tuberculose, eles iam lá escondido dos patrões, então nós íamos atrás pra comunicar ... e muitas vezes eles ameaçavam bater na gente, botavam cachorro ..." (Dep.nº39, p.10-11). Os patrões também podiam considerar que a visitadora se metia onde não era chamada: "tinha uma hospedaria na rua do Lavradio, que o espanhol preferia ter os empregados tuberculosos, mas não queria que ninguém fosse lá, que é para os moradores não tomarem conhecimento ..." (Dep.nº39 p.11). Nas favelas, a visitadora era bem recebida a partir do momento em que conseguia explicar suas boas intenções: "a gente ia de uniforme, aí pensavam que a gente era da polícia, depois quando viam que não, veio dar injeção, aí chamavam a gente de doutora, acompanhavam ... a gente tinha que sentar, às vezes um barraco sujo, tomar café, mingau, ficar escutando novela de rádio ... perdia um tempão ..." Mas essa rejeição não se fazia sem frustração e culpa, o que pode explicar o discurso contraditório: "aquele morro era horrível, aquelas ruas cheias de lixo ... mas eu gostava desse serviço ..." (Dep.nº39, p.12).

O berço da nova política e a ajuda às escolas

Após a contratação do primeiro grupo de visitadoras para o DE, d.Delzuite transferiu as enfermeiras que lá estavam para fazer a primeira reorganização de sanatório (Dep.nº5, p.9), evidenciando que as enfermeiras da CNCT atuavam nos dois campos. Haydée Dourado, que viria a ser a segunda superintendente de enfermagem da CNCT, registra que, necessitando introduzir a moderna administração hospitalar na Campanha, em 1949 foi iniciada a primeira reorganização de hospital de tuberculose, por uma equipe multidisciplinar da CNCT (engenheiros, médicos, enfermeiras e outros funcionários), junto à equipe do estado do Rio: o sanatório Azevedo Lima, monobloco vertical com 350 leitos, em Niterói, pertencente à secretaria de saúde. O hospital sofreu reformas, ampliações e recebeu novo equipamento. Todo o pessoal auxiliar e subalterno foi treinado, servindo o hospital de campo de prova de normas e rotinas. (Cordeiro, 1951, p. 410). Em 1950, o Pavilhão Ary Parreiras, com 72 leitos, também em Niterói e da mesma secretaria de saúde, foi igualmente reorganizado. Durante e após sua organização, essas instituições serviram de campo de estágio para os profissionais admitidos na CNCT, que após este treinamento partiam para organizar hospitais, em outros estados da Federação. Essa iniciativa é assim comentada por d. Delzuite: "em 1949 a CNCT, pelo seu setor de enfermagem iniciou tenaz luta para por termo ao *período negro* da enfermagem em tuberculose no Brasil. (Cordeiro, 1951, p.409). O trabalho no "Azevedo Lima" foi fundamental para a cristalização do modelo de serviço de enfermagem de sanatório, merecendo o seguinte comentário do Paula Souza: "atualmente já está organizado um pequeno núcleo de enfermeiras com a finalidade de instalar e organizar a enfermagem dos hospitais-sanatórios, [que] iniciou suas atividades pelo sanatório Azevedo Lima ... com real sucesso, preparando, em cursos e estágios, auxiliares de enfermagem, atendentes e serventes, bem como reorganizando todos os serviços gerais..." (Paula Souza *in* Cordeiro, 1951, p.416).

A contribuição da Campanha para o ensino da enfermagem é testemunhado por d.Delzuite, que registra: "cooperando para a elevação do nível do ensino da enfermagem nas escolas", em 1948 e 1949 a Campanha foi em auxílio da escola do estado do Rio, sediada em Niterói, suplementando a remuneração de enfermeiras instrutoras e dando apoio técnico e material para a melhoria das condições de ensino. O mesmo procedimento teve em relação à escola Magalhães Barata, no Pará, assegurando assim a continuidade da instituição. Nos anos de 1950 e 1951, a Campanha ministrou dois cursos teórico-práticos sobre a especialidade, para as professoras da escola do estado do Rio. A partir de 1951, a Campanha ficou responsável pelas cadeiras de tuberculose da escola da Cruz Vermelha e da escola Ana Neri. (Cordeiro, 1951, p.416-417). A importância da CNCT na formação de enfermeiras pode ser avaliada pela valorização da participação de Alferes Galdino, chefe da SOC: "sobre a sua grande atuação junto às escolas de enfermagem no nosso país, bem podem atestar as ex-alunas bolsistas da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, como também a citação no livro da prof. C.F. Fernandes *História da Escola de Enfermagem no Estado do Rio* (Lira & Bonfim, 1989, p.21). Paula Souza, que o havia conhecido no Congresso dos Problemas Médico-Sociais de Após Guerra, reconhece seus méritos: "não me canso de exaltar a figura do sanitarista Alferes Galdino e o quanto devo pelo que fez para a Campanha; nessa questão de ensino, pesquisa, formação e aprimoramento de pessoal [tudo] é de autoria dele na SOC. (Dep.n.ºXIX, p.36).

A Superintendência e as partidas para os estados

Em 1950, quando a CNCT passou a contar com 92 enfermeiras em seu quadro, foi criada a Superintendência de Enfermagem da CNCT, como órgão da SOC, ao lado do dispensário-escola e dos setores hospitalar, dispensarial e de BCG. Tal iniciativa é explicada por Mercedes Souza em razão do vulto do trabalho assumido pelo pessoal de enfermagem e pelo trabalho intenso e diversificado das enfermeiras, na sede e nos estados. Mercedes esclarece que, desde 1947, embora trabalhando junto ao setor de cursos, d.Delzuite exercia, de fato, a função de Superintendente do Serviço de Enfermagem. À Superintendência, órgão normativo e de controle, estavam afetos problemas de assistência técnica, orientação, fiscalização e apoio às equipes de enfermeiras que atuavam nos estados, como chefes, supervisoras ou instrutoras: "as enfermeiras levantavam os problemas relativos às suas funções, que eram trazidos para estudo e parecer da Superintendência de Enfermagem." (Souza, 1977, p.12). A elaboração e a revisão de rotinas de trabalho, instruções sobre os cursos e apostilas eram preocupação constante da Superintendência de Enfermagem: "com base em livros e artigos americanos e ingleses foram elaboradas apostilas, que eram mimeografadas e distribuídas nos sanatórios onde se desenvolviam cursos". Neste ano de 1950, a produção de material normativo já permitia que a recém-criada Superintendência iniciasse a organização de um manual para os serviços de enfermagem. (Souza, 1977, p.9 e anexo 6). Esse trabalho normativo do nível central complementava o aprendizado das enfermeiras nos estágios no DE e no sanatório Azevedo Lima. Além disso, havia um planejamento específico para cada serviço a ser organizado ou reorganizado: "no estágio, eu tive contato direto mesmo com a especialidade; durante aqueles três meses, a gente aprendeu tudo, inclusive a gente ficou preparada para trabalhar em outros

sanatórios ... então começamos a trabalhar na implantação do projeto que havia sido feito aqui no Rio ..." (Dep.nº29, p.6e10) e em relação aos cursos: "a Ariadne preparou tudo, uma pasta pra cada uma de nós, com todas as instruções, até como recrutar pessoal ..." (Dep.nº30, p.43).

Em 1950 e 1951 ocorreram as viagens para reorganização de sanatórios, a fim de neles implantar o modelo testado no sanatório Azevedo Lima:

três enfermeiras foram para o sanatório Octávio de Freitas (Sancho), monobloco com 380 leitos, e posteriormente para o sanatório Oswaldo Cruz, com 250 leitos, no Recife; cinco enfermeiras foram para o sanatório do Maracanaú, monobloco com 368 leitos, em município vizinho à Fortaleza, no Estado do Ceará; três enfermeiras foram para o sanatório Getúlio Vargas, monobloco com 120 leitos, em Vitória do Espírito Santo; seis enfermeiras foram reorganizar o sanatório Sta Terezinha, em Salvador, da Fundação Octávio Mangabeira, monobloco com 350 leitos; oito enfermeiras foram para o sanatório dr.João Penido, com 366 leitos, construído e instalado pela CNCT, em Juiz de Fora/MG; e seis enfermeiras foram para o sanatório Partenon, com 360 leitos, em Porto Alegre, construído e instalado pela CNCT.

A implantação desses serviços causava um grande impacto local, tanto no setor saúde como particularmente na enfermagem, como comenta d.Delzuite à época: "o movimento para implantar a enfermagem de alto padrão nos sanatórios não está restrito a um estado; trata-se de uma obra de âmbito nacional e de grande valor para o desenvolvimento da enfermagem." (Cordeiro, 1951, p. 413). A equipe básica de enfermeiras era uma enfermeira para uma organização geral, uma para o treinamento de pessoal e uma para o centro cirúrgico. A importância dada à preparação de pessoal auxiliar e a participação das enfermeiras nesta tarefa é evidenciada no pronunciamento do chefe da SOC, Alferes Galdino, em janeiro de 1951, no Recife, ao presidir a cerimônia de entrega de certificados de uma turma de 46 "auxiliares de enfermagem", ao declarar que "os cursos destinados à formação de pessoal auxiliar de enfermagem e subalterno realizados pela CNCT, já entregaram aos respectivos serviços um número superior a 500 elementos úteis, com o mínimo de noções indispensáveis ao seu trabalho e à defesa individual contra a doença contagiosa." E atribuía o mérito às enfermeiras ao concluir: "é a obra silenciosa do setor de enfermagem, multiplicando os próprios recursos em favor da assistência aos enfermos." (Galdino, 1951, p.203).

Ao final dessa gestão, o número de enfermeiras da CNCT nessa fase inicial atingiu apenas pouco mais da metade da cifra desejada por seu fundador: 118, em sua maioria, bolsistas da Campanha, sendo que, em 1951, cerca de 80% (93) serviam em sanatórios e 20% (25) em dispensários (Souza, 1977, p.15), o que correspondia à mesma proporção da distribuição geral das verbas.

Novo estilo na Superintendência de Enfermagem

Assumindo a direção do SNT, Manoel José Pereira Filho designou, para chefiar a SOC, Bichat de Almeida Rodrigues, que colocou Haydeé Guanais Dourado na Superintendência de Enfermagem, a partir de junho. Haydeé era enfermeira do MES, lotada na DOS (Departamento de Organização Sanitária), já com estudos de pós-graduação no Canadá e nos Estados Unidos. Nessa época, comenta d.Haydeé, a enfermagem moderna continuava a ser tida em alta conta na

administração sanitária. Diz ela: "os sanitaristas, os do tempo antigo, eram irmanados, e as enfermeiras juntamente; nossa enfermagem é acoplada com esse movimento de convicção na prevenção, nós nos admirávamos reciprocamente, enfermeiras e médicos." E referindo-se ao doutor Bichat: "ele sabia que eu era enfermeira da escola Anna Nery, honrando este nome". (Dep.nºVI, p.8e 9).

Essa mudança na chefia de enfermagem efetuou-se em um clima emocional, como conta d.Mercedes: "eu fiquei sozinha naquela sala, esperando a chefe nova ..." (Dep.nº5, p.9). Mas este constrangimento aparentemente não deixou marcas perenes na lembrança da nova chefe: "quero falar sobre como era exata no cumprimento de seus deveres a minha antecessora no cargo, dona Delzuite Cordeiro, assessorada também por dona Fernanda, por dona Mercedes... elas sabiam o que fazer..." (Dep.nºVI, p.12). Mas suas primeiras impressões no novo trabalho não coincidiram com sua expectativa; a chefia de enfermagem funcionava junto ao Setor de Cursos da SOC, na rua Álvaro Alvim. As instalações lhe pareceram inadequadas ao que seriam, a seu ver, os reais propósitos da Superintendência: "lá o que havia era uma sala com duas camas e todo o material para curso de atendente, uma máquina de escrever, mas nenhuma secretária: "eu estava me sentindo muito tolhida e admirada porque não havia um escritório da Superintendência, as enfermeiras não tinham prestígio, ainda bastante, nem com um cargo nacional, para terem uma infra-estrutura." (Dep.nºVI, p.5). Sua ação foi imediata: "eu tomei providências junto ao doutor Bichat pra ganhar espaço naquela sala, tirar as camas, porque nós estávamos com enfermeiras no sanatório, então o lugar melhor pro treinamento era no próprio sanatório ... tiramos as camas dali, colocamos uma secretária." Ela mesma conta que seu empenho em montar um escritório, pelo menos de momento, não foi muito bem aceito por suas colegas: "houve uma certa emoção, quer dizer, nós não só não estávamos muito bem equipados dessa infra-estrutura, como entre nós mesmas não havia consenso." (Dep.nºVI p.5-6). Devido à política de contenção de despesas da nova gestão, adotou-se uma estratégia de concentração das repartições. Na lembrança de d.Mercedes também a volta à sede central foi motivo de consternação: "acabou esse Setor de Cursos, foi uma pena! lá havia muito movimento, cursos de médicos, de visitadoras... desalugaram os dois andares da Álvaro Alvim, voltou todo mundo pro Rezende ..." (Dep.nº5, p.11). Já a nova chefe parece ter aceito a mudança com naturalidade: "eles queriam os chefes de serviço mais junto ao diretor, então planejaram nossa ida pra lá e foi muito bom, em muito boa hora, porque ficamos todos juntos ..." (Dep.nºVI p.35).

A visão de Haydée Dourado sobre a tuberculose como problema social era bastante aguda, o que não a impedia de compartilhar do otimismo geral provocado pelo advento das drogas específicas. Natural do interior da Bahia, conhecia a tragédia dos migrantes e, a esta altura, já tendo feito o curso de ciências sociais durante sua passagem pela USP, via "o suprimento contínuo de novas camadas de pessoas carentes, os que vêm de uma pobreza ainda maior, os defraudados de seus direitos, de todo este nordeste latifundiário ..." reconhecia entretanto que "os que iam caminhando no mercado de trabalho, vão melhorando de vida". Mas a confiança na tecnologia era grande: "aí entra a parte biológica, a pesquisa médica ... no meu tempo era um trabalho já com mais empenho, porque estava dando certo ... quando eu vim para a Campanha, já era diferente do tempo quando eu era estudante e de quando eu era enfermeira

de saúde pública: o trabalho estava com muito mais certeza de cura, não era tratar daquelas pessoas que estavam, em grande número, indo para a morte, mas para a cura. E era muito necessário descobrir precocemente a doença, tratar e curar ..." (Dep.nºVI, p.4-5). A distância entre a nova proposta teórica e sua aplicação prática é por ela explicada numa perspectiva social: "nós víamos também a passagem da filosofia de internar menos e tratar no dispensário, mais; é claro que vai lento, os adoecidos estão precisando, as famílias querem muito leito pra internação, então havia que tomar deliberações, mas com certa contemplação pro lado humano ..." (Dep.nºVI, p.13).

Sua concepção sobre a coordenação das atividades de enfermagem em âmbito nacional como sua função precípua, realmente se concretizou: "a concepção da coordenação nacional eu tinha, e fui corajosa em abrir mais caminhos, para nós. (Dep.nºVI, p.6). No primeiro ano dessa gestão, foi realizado um Curso de Revisão em Tuberculose, de 42 horas, com 44 participantes. As matérias abrangiam a tuberculose em seus aspectos sanitário, social e técnico. Também foi promovida a primeira reunião de âmbito nacional das enfermeiras responsáveis por serviços nos Estados, quando foram discutidos relatórios, hierarquia administrativa e problemas de preparo de pessoal. E havia ainda a presença da Superintendente no próprio "teatro das operações"; em 1952, foram visitados os sanatórios já organizados ou reorganizados, ao contrário dos anos anteriores, em que a supervisão era feita "indiretamente, por meio de relatórios, boletins e cartas." (Souza, 1977, p.18). Além disso, havia uma importante função de assessoria técnica: "eu como Superintendente tinha muito trabalho ligado realmente à coordenação nacional ... tudo o que fosse pedido, em matéria de enfermagem, de qualquer parte do Brasil, o Diretor nem considerava o assunto antes de ir para a enfermeira. (Dep.nºVI, p.6-7). Sua avaliação atual dos primórdios da Campanha é muito positiva: "a Campanha foi realmente de grande importância aqui, ali e acolá, para ir melhorando, núcleos de prestação de serviços de saúde, e tinha um renome; a primeira equipe foi muito boa, de arquitetos, de enfermeiras, de médicos, de homens de laboratório". (Dep.nºVI, p.21).

Haydée Dourado atribui sua saída da Superintendência não só a uma questão de preferência pessoal, já que o cargo era de confiança, mas também ao grande desgaste político que sofreu no exercício do cargo, devido ao seu entendimento de que deveria continuar se dedicando às tarefas maiores necessárias à consolidação do projeto da enfermagem no Brasil: "isso impacientava os diretores, a gente sair pra congresso, sair pra ajudar as escolas de enfermagem nascentes, era uma lida, porque eu militava em duas frentes ..." O problema era o de que, para obter a autorização para funcionar, as escolas tinham que ser vistas por enfermeira do ministério, que até 1953 reunia as áreas de educação e saúde. Como enfermeira da DOS, d.Haydée costumava fazer essas inspeções, pois a Diretoria do Ensino Superior do MES não dispunha de enfermeira. Ela relata assim a primeira parte de sua substituição, por ocasião da mudança do chefe da SOC: "quando o doutor Caldas aceitou minha carta [de demissão], eu achei tudo ético, tudo normal ... era um homem mais idoso, ele não tinha vivência sobre o idealismo da enfermagem, ele queria dona Clelia de Pontes como superintendente e não a mim, então isto era área dele de percepção, estava certo ... então, eu voltei para a DOS, que eu era efetiva...". (Dep.nºVI, p.22-23).

A enfermagem no sanatório de Curicica

O desempenho da enfermagem é sempre destacado pelos ex-dirigentes do sanatório, como base de sustentação da qualidade do serviço: "a enfermagem era impecável ... disciplina, viu? ... a enfermeira de Curicica foi quem quase fez o sanatório, porque foi quem organizou e deu forma àquele pessoal (Dep. nº28, p.10e12); ou então: ... quem foi responsável pela construção desse monumento de organização, de ordem, de tudo, foi o serviço de enfermagem ... todo o padrão de uma boa enfermagem, elas conseguiram manter em Curicica ... se o hospital teve aquele relêvo nos primeiros tempos, se deve indiscutivelmente ao padrão de enfermagem (Dep.nº17, p.27).

Apesar do prestígio do serviço de enfermagem, a enfermeira por ele responsável tinha dificuldades de interpretar a posição e o papel da enfermeira para os médicos: "o médico sempre considerou que a enfermeira tinha que fazer o que ele mandasse ... era preciso falar em voz alta que enfermagem é uma ciência à parte ... a enfermeira está ao lado do médico, trabalhando com o médico, não é subalterna, ela cumpre as ordens do médico com inteligência e não tudo o que ele mandar ... mas o médico não gosta de ser contestado em coisa nenhuma, mesmo que ele não tenha razão ..." (Dep.nº22, p.115-116).

No espaço interno das unidades, a autoridade da enfermeira era incontestável, como se ela fosse a *dona-da-casa* e mediadora de todos os contatos com os doentes: "o médico chegava, não se dirigia aos doentes sem falar com a enfermeira, nem sequer pegava nos prontuários, ele se comunicava com a enfermeira, pra dar uma satisfação, era ótimo ... se o paciente se queixava, você encaminhava ao serviço social ou à nutricionista, aí elas passavam no pavilhão ..." (Dep.nº6, p.10-11).

Na equipe de enfermagem havia uma rígida distribuição de atividades. No que se refere ao controle do pessoal auxiliar, o rigor das enfermeiras era ainda maior: "ela era encarregada dos serventes, atendentes, pessoal auxiliar, talvez em função disso ela precisasse dar mais peso..." (Dep.nº11, p.60). Se à enfermeira cabia o gerenciamento, o cuidado direto do paciente, exceto em casos especiais, era delegado ao pessoal auxiliar: "nós não dávamos *cuidados de cabeceira*, nós ficávamos na administração mesmo, a não ser em cirurgia, em casos de doentes muito graves ..." (Dep.nº24, p.21). O serviço de limpeza também era subordinado ao serviço de enfermagem e embora a maioria das autoridades em administração de serviços de enfermagem ache impróprio este sistema, na verdade funcionava bem em Curicica e as enfermeiras não se queixavam: "pra falar a verdade nós gostávamos porque tínhamos serventes tanto para o primeiro horário, como para a parte da tarde e o serviço noturno ... cada dia da semana tinha aquela determinada atribuição e eles cumpriam ... na medida que surgisse alguma necessidade, nós podíamos exigir, mesmo fora da escala e éramos bem atendidas ... então o pavilhão era limpo ... quando passou a ser um serviço separado, piorou ..." (Dep.nº6, p.22).

Além disso, a enfermagem tinha autoridade para cercear a movimentação dos pacientes, mesmo que apenas em benefício do serviço, como é o caso do repouso, cuja função terapêutica,

originária do conceito de *tratamento higieno-dietético*, com o advento da quimioterapia específica, já não mais tinha razão de ser, mas era rigorosamente mantido por interesse da organização das atividades: "o repouso absoluto, era mantido porque era a hora mais calma que nós tínhamos pra trabalhar ..." (Dep.nº6, p.29). Parte importante das atribuições das enfermeiras e inegável fonte de poder era o controle da circulação de mercadorias no hospital: "aquilo era muito bem orientado e bem fiscalizado pela enfermagem ..." (Dep.nº28, p.29).

Se o médico detinha a posição de ordenador do tratamento, que lhe conferia o controle técnico da equipe de saúde, a função da enfermeira de garantir o cumprimento das normas, inclusive o controle do correto cumprimento de suas atribuições pelos médicos, estimulada pela direção da casa, era fonte de aborrecimentos, principalmente no horário noturno, que colocava uma situação de a enfermeira decidir sobre a necessidade ou não da presença do médico de plantão junto ao doente, por exemplo, se o plantonista chamado à noite pra atender um doente grave, receitasse pelo telefone: "dá um *disco-voador* (aquelas cápsulas grandes) ou dá trinta gotas da fórmula tal, a enfermeira escrevia no relatório *o médico de plantão, chamado, não compareceu e receitou pelo telefone* e no outro dia esse prontuário estava na mesa do diretor." (Dep.nº10, p.7-8).

A função da enfermeira de fazer valer os "meios de proteção e defesa" contra a tuberculose dava-lhe o poder de controlar a movimentação dos corpos no espaço sanatorial, não só em relação aos doentes, aos serventes de limpeza e aos auxiliares de enfermagem, mas também, aos médicos, como testemunha um deles: "era exigido pela chefia de enfermagem que nós andássemos devidamente uniformizados ... ela comunicava ao diretor quando a gente entrava na área contaminada do hospital sem estar de guarda-pó, máscara e chapéu ..."; do mesmo modo a enfermeira zelava pela preservação das *áreas limpas* do sanatório: "se a gente entrasse no refeitório, desse um passo adiante, de guarda-pó, máscara e chapéu, a chefe de enfermagem reclamava ao diretor" (Dep.nº10, p.4-5).

Enfim, a força da supervisora no sanatório derivava de sua capacidade de organização e controle: "na linha de planejamento, a chefe de enfermagem tinha muito mais força que qualquer médico, a organização do serviço [de enfermagem] para o diretor do hospital era uma comodidade, quem comandava o hospital era a enfermeira ... não faltava remédio, não faltava nada, porque ela sabia organizar o serviço, médico apenas receitava, ele não podia contar com médico no planejamento, quer dizer, a enfermeira é que tinha toda essa força no nível de direção do hospital (Dep.nº11, p.30). Essa opinião é corroborada por outro médico: "o diretor do hospital não tinha problemas com a enfermagem, os problemas de enfermagem se resolviam com a chefe, eram um problema a menos que ele tinha" (Dep.nº27, p.46).

Impacto do advento da Campanha na enfermagem brasileira

A Superintendência tinha o respaldo de largos recursos financeiros para implantar serviços de enfermagem à altura do que fora planejado, alterando deste modo o padrão de enfermagem existente nos estados: "o serviço de enfermagem estava em expansão, cada vez mais

entravam novos serviços, em que a Campanha ou se responsabilizava totalmente ou entrava com uma grande quota para ajudar em pessoal; a quota de contratação de enfermeiras era muito importante que fosse da Campanha, porque o ponto de vista de pessoas muito atrasadas ainda, quanto a conhecimento da enfermagem moderna como instituição, iria obrigar a economizar muito na enfermagem, então a Campanha mandava as enfermeiras; de acordo com a verba da Campanha, nós podíamos suprir quase o necessário... sempre ajudamos a que houvesse enfermeiras suficientes para elas fazerem o trabalho com convicção". O prestígio da Superintendente na decisão sobre assuntos de enfermagem é ilustrado pelo relato de uma passagem: "os médicos que lá estavam tinham uma concepção tão modesta da enfermagem, queriam só duas enfermeiras, queriam manter os doentes numa situação de aglomeração inaceitável ... pobre demais para ser um sanatório ajudado pela Campanha, então, me bati muito para endireitar aquela situação e consegui, a Campanha me deu apoio: nós fomos uma alavanca pra melhorar aquele sanatório." O planejamento do serviço de enfermagem de cada sanatório era realizado em conjunto com o planejamento geral do hospital, no Rio de Janeiro, pelo pessoal da sede do SNT, em equipe multiprofissional, com base em dados demográficos e epidemiológicos: "quando se ia abrir um sanatório, havia um planejamento ... minucioso ... a enfermeira responsável por aquele trabalho tomava parte nesse planejamento conjunto, então saía dali um instrumento de trabalho já como programa, integrado e coerente, e se partia para a execução ... havia um órgão de estatística, era muito bom, porque estávamos tomando pulso de como ia a assistência e a prevenção da tuberculose em todo o Brasil, estávamos alimentados com dados bons." (Dep.n.º VI, p.7, 13-14).

Desde o início, a enfermagem da Campanha se firmou como um esteio para a profissão; é d.Haydée quem lembra: "Os sanatórios construídos pela Campanha estavam já indo muito bem. O sanatório de Juiz de Fora estava muito bom, o Maracanaú estava em pleno funcionamento, as enfermeiras da Campanha fizeram um trabalho muito bom no Ceará; e no extremo sul, no Rio Grande do Sul; em Pernambuco era uma dessas áreas boas, porque se entendia bem acerca de dispensário de saúde pública. As atividades de educação continuada eram incentivadas inclusive como meio de elevar o nível da profissão: nós não tínhamos a amplitude no programa como o Sesp, não era bom como no Sesp, que dava bolsas, mas nós íamos conseguindo melhorar, que a enfermeira não fosse deixada a si própria pra ela progredir, estimulávamos a que apresentassem trabalhos nos congressos, assim nós poderíamos conseguir passagens para o Congresso; quer dizer, a Campanha estava com certa parcimônia de recursos, mas com o ideal de as enfermeiras progredirem ..." (Dep.n.º VI, p.15e21-23).

O ano de abertura de Curicica coincide com o ponto máximo de admissões de enfermeiras na Campanha, isto é, 86. A seleção desse pessoal ficou a cargo da superintendência de enfermagem. O grupo pioneiro que organizou o serviço de enfermagem do sanatório de Curicica adquirira experiência na organização do sanatório Azevedo Lima e do pavilhão Ary Parreiras. Desse grupo inicial saíram as três primeiras chefes do serviço de enfermagem deste sanatório. Duas enfermeiras foram encarregadas de fazer o recrutamento e o preparo do pessoal auxiliar necessário à abertura dos primeiros trezentos leitos. Os candidatos foram recrutados nas escolas de nível médio, mediante a realização de palestras com os estudantes.

Mercedes Souza ressalta que, graças ao interesse e dedicação daquelas colegas, foram inscritos 73 candidatos (Souza, 1977, p.13). Em 1953, a Campanha mantinha 201 enfermeiras, das quais cerca da metade (109=54,2%) concentrava-se no atual estado do Rio: 76 no Rio/DF e 33 no antigo estado do Rio. As 58 enfermeiras de Curicica estavam distribuídas entre o setor de ensino, a chefia do departamento de enfermagem e os pavilhões de doentes. O DE contava com sete enfermeiras para a chefia, a supervisão dos serviços internos e da visitação domiciliária. Na superintendência de enfermagem havia apenas cinco enfermeiras, isto é, cerca de 2% das 201 enfermeiras então pertencentes à Campanha. 84,5% das enfermeiras trabalhava em hospitais especializados, em nove cidades de várias unidades da Federação. Havia ainda 13 enfermeiras à disposição de escolas de enfermagem, sendo 10 em cursos de nível superior, três à disposição de escolas de auxiliares, bem como cinco à disposição de departamentos ou divisões estaduais de tuberculose. (Souza, 1977, p.18-19).

É positiva a apreciação de d.Haydée sobre a Campanha e de sua importância para o desenvolvimento da enfermagem no país: "a Campanha influenciou muito a saúde pública no Brasil: foram anos continuados de injeção de verbas, com estratégias, com planejamento sábio e a Campanha enalteceu a enfermagem no grupo interdisciplinar ... porque não podia fazer funcionar um dispensário ou um sanatório, se não houvesse uma boa enfermagem, então, realmente, o prestígio profissional, a idéia do exercício profissional da enfermeira ficou logo difundido. Era prezada a participação da enfermagem na Campanha". (Dep.nºVI, p.20). O projeto de formar um quadro de enfermeiras forte quantitativa e qualitativamente foi bem sucedido: "eu conheci na Campanha pessoas que me deram tanta alegria de trabalhar junto! ... essas enfermeiras todas, eram cerca de trezentas, no meu tempo, elas tinham um lastro de trabalho de enfermeiras, que era respeitado ..." (Dep.nºVI, p.12).

Evolução no período

Na Campanha, o serviço de visitação domiciliar diferia daquele do tempo de Carlos Chagas, por ser realizado por pessoal de nível médio e que eram visitadoras "especializadas" em tuberculose. A visita em si, ao caso de tuberculose, entretanto, e apesar da cuidadosa elaboração de novas normas, não mudara em essência, apresentando os mesmos percalços para a visitadora e poucas vantagens palpáveis para a população, continuando a ter mais um papel simbólico de representação da ação governamental. A Campanha exerceu grande influência na transição que se operava, de uma prática de enfermagem de saúde pública (tendo como cenários centros de saúde e domicílios) ou hospitalar, (em estruturas simples e tecnologia incipiente) para outro modelo, que desse conta do espaço a ser ocupado pela enfermagem na organização e funcionamento de estruturas complexas e uso intensivo de tecnologia sofisticada, como os modernos hospitais governamentais que começavam a ser inaugurados.

O modelo de trabalho do sanatório de Curicica não foge à finalidade de todo hospital, que é a assistência individual, dentro do modelo "modelo clínico"; no entanto, como hospital de tuberculose, apresentava ele a particularidade de estar inserido em uma campanha sanitária.

A ampliação da presença federal nos estados fortalece a posição da enfermeira no setor saúde. A enfermagem acompanha a evolução institucional da Campanha, no que se refere às mudanças administrativas e tecnológicas, sem no entanto participar, mesmo que indiretamente, do jogo político. A função da enfermeira na Campanha é predominantemente executiva e operacional, de modo a garantir a padronização dos serviços pela implantação das normas por enfermeiras devidamente treinadas e imbuídas de um forte compromisso em relação ao cumprimento de seus deveres.

A fase inicial de implantação da Campanha é marcada pela intensidade na preparação de pessoal de todos os níveis e pela reorganização de hospitais de tuberculose, segundo diretrizes específicas. A enfermeira tinha um importante papel nessas tarefas, como multiplicadora de recursos humanos padronizados, como inculcadora de normas e valores e como "elemento-chave" na implantação de seu grandioso projeto. A Campanha Nacional Contra a Tuberculose (como o Sesp) configurou-se como fator importante no incremento do número de enfermeiras, pelo apoio prestado às escolas de enfermagem, facilitando-lhes o recrutamento de candidatas mediante a concessão de bolsas, a contratação de parcela considerável das enfermeiras diplomadas a cada ano.

Na segunda gestão da CNCT, a Enfermagem passa a orientar suas ações para a coordenação de serviços em âmbito nacional e projeção profissional, mediante atividades de planejamento em equipe multiprofissional, supervisão local, educação continuada das enfermeiras, assessoria técnica aos órgãos de direção da Campanha, do MES e às unidades da federação, e participação na vida associativa.

2ª FASE: A COMISSÃO TÉCNICA DE HÉLIO FRAGA (1954-1971)

1. UM MODELO CONSTRUÍDO NA LUTA

Introdução

Este capítulo descreve o processo de construção de um modelo de ação dispensarial na cidade do Recife, por um pequeno grupo de jovens tisiologistas, secundado por uma equipe de enfermeiras da Campanha sediadas no estado, que reorganizaram os dispensários da capital, formando uma rede que inicialmente serviu de campo de experiência para as normas da Comissão Técnica da CNCT. Após a elaboração de uma crítica ao modelo proposto, esse grupo partiu para reformular as normas e rotinas dispensariais, sob uma ótica de acompanhamento individualizado dos doentes e seus familiares. As circunstâncias em que ocorre a gestação de uma nova concepção de combate à tuberculose são as de crise política do governo Café Filho, seguido pelo período de euforia nacional que caracterizou a gestão de JK, alimentada por um discurso desenvolvimentista, que se apoiava na construção da nova capital federal e na aceleração do ritmo de industrialização do país.

Durante o governo Juscelino ocorre um alargamento das funções do Estado, que se torna cada mais planificador, ao tempo em que se observa o fortalecimento do governo federal frente aos estaduais e municipais, ocorrendo a mesma tendência no âmbito da CNCT. Embora o governo JK não tenha atribuído prioridade ao setor saúde em seu Plano de Metas, foi no transcurso de seu mandato que ocorreram as tentativas de utilização dos novos medicamentos específicos no tratamento da tuberculose. De acordo com a política de interiorização das ações governamentais, ocorre a criação de um serviço especial para as áreas indígenas, que vinham sendo *tuberculizadas* à medida de seu contato com a "civilização". A mudança da capital para Brasília inicia uma nova fase na administração pública federal, com repercussões diretas para a CNCT.

A gestão ministerial e a Campanha

A pasta da Saúde no governo Café Filho coube ao deputado Aramis de Athaide, que esteve no ministério apenas catorze meses, devido ao impedimento do presidente. O diretor do SNT é Reginaldo Fernandes, ex-presidente da Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose, ex-diretor do departamento de tuberculose da prefeitura do DF, correligionário (PRP) e amigo de Café Filho. Uma apreciação de um ex-diretor sobre essa figura é a de que "o Reginaldo era um homem poderoso, ele era amigo do Café Filho, era tisiólogo e dominou os congressos de tuberculose e a tuberculose no Brasil naquele tempo, com seu trabalho de livre-

docente ... ele era substituto de Café Filho como senador do Rio Grande do Norte ..." (Dep.nº17, p.19). Durante os meses em que Reginaldo Fernandes ocupou a cadeira de senador, e até sua volta ao SNT, ficou como diretor do SNT o até então chefe da SOC: "o Reginaldo indicou o Celso Caldas, que era um homem do Rio Grande do Norte, trabalhava já com ele, sanitarista, não especialista em tuberculose, mas com uma certa noção global ... em vez talvez de correr o risco de indicar alguém de outro grupo ..." (Dep.nº16, p.50).

Em 1951, em seu discurso de posse no departamento de tuberculose da Prefeitura do DF, Reginaldo Fernandes colocara-se contra a orientação dada à Campanha por Paula Souza, naquele momento ainda diretor do SNT. O então futuro diretor do SNT primeiro referiu-se ao problema da tuberculose em uma perspectiva social e política: "matando e invalidando de preferência os homens na justa idade da sua maior produção e as mulheres na idade da maternidade, a tuberculose não é só entre nós, um grave problema de saúde pública, como permanente e inquietante fator de desajustamentos sociais." A seguir, embora reconhecendo a importância do isolamento, declara ser equivocada a política de construção de sanatórios: "no controle dos focos contagiantes o método até aqui classicamente seguido e que realmente forneceu os melhores resultados na luta contra a tuberculose foi o isolamento em leito hospitalar ... diante de promissores resultados chegou-se à conclusão de que a queda da mortalidade por tuberculose estaria ligada ao número de camas disponíveis numa proporção mínima de um leito para cada óbito ... gerou-se então a mística do leito hospitalar como pedra angular sobre a qual repousaria a profilaxia da tuberculose, estando assim condenados à destruição irremediável da doença aqueles países, como o nosso, cujas reservas econômicas não permitissem arcar com as fabulosas despesas exigidas pela instalação e manutenção do leito hospitalar." Assim é que "a mística da Campanha", que passara a ser denominada pelos adeptos do seu projeto inicial como a "mística do Paula Souza", surge agora no discurso de seus adversários como a "mística do leito hospitalar", numa redução de seu significado original. Ao apontar a solução para a luta contra a tuberculose, Reginaldo Fernandes renova a posição já declarada naquele Congresso Regional (Rio-São Paulo): "a experiência brasileira, graças ao método de Manoel de Abreu, que permite fazer o diagnóstico realmente precoce da doença, ainda na fase de maior recuperação clínica, hoje exequível com o uso adequado dos antibióticos e quimioterápicos e, ainda, graças ao largo e generoso emprego do BCG na vacinação, particularmente da população infantil, veio demonstrar, mesmo nos países economicamente fracos e por isso deficientes de leitos hospitalares ser possível não só deter como reduzir as cifras do obituário por tuberculose". (Fernandes, 1951, p.277).

Oito dias após sua nomeação, Reginaldo Fernandes cria a Comissão Técnica (CT)¹ integrada por médicos de renome no campo da fisiologia clínica, da cirurgia de tórax, da bacteriologia, professores universitários ou sanitaristas: "a Comissão Técnica foi oriunda duma comissão semelhante que foi criada no departamento de tuberculose do então Distrito Federal ... inclusive com a interferência do professor Clementino Fraga essa comissão foi transportada

1

Portaria nº68/54 - membros: Helio Fraga, Flavio Poppe de Figueiredo, Jesse Pandolpho Teixeira, Milton Fontes Magarão, José Domingos Machado Filho, Antonio Pereira Campos e Newton Manhães Bethlem. SNT/CNCT, 1966, p.80.

para a Campanha Nacional Contra a Tuberculose ... o que havia de melhor no país em matéria de especialistas ... era uma comissão normativa, de competência profissional incontestável, todos bastante atualizados em relação ao que se fazia no mundo em tuberculose, afinados com a União Internacional Contra a Tuberculose, e muito comprometidos com o controle da tuberculose no Brasil ... a Comissão Técnica durou uns vinte anos e o doutor Hélio Fraga sempre foi o coordenador, sempre foi o líder da comissão ..." (Dep.nº21, p.57e86).

Tal comissão viria a adquirir notoriedade pela grande influência que exerceria na luta contra a tuberculose no Brasil, por sua reconhecida competência, aliada ao prestígio profissional de cada um de seus membros. Constituindo-se na instância de apreciação científica e tecnológica dos problemas da Campanha, viria a desenvolver intensa atividade normativa nas próximas gestões, exercia ainda um papel político em prol da aceitação das propostas da CNCT, em congressos e encontros nacionais e regi-onais, dando assim ao Superintendente da Campanha o necessário respaldo teórico e ideológico.

Um ex-diretor assim se refere a esta iniciativa: "a Comissão foi criada por Reginaldo, uma das coisas boas que ele pôde fazer no pouco tempo em que passou por lá como diretor ..." (Dep.nº16, p.33). Outro ex-diretor comenta: "a Comissão era muito criticada porque trabalhava devagar ... mas ela tinha a máxima importância, porque dela saíam as normas gerais, que eram aplicadas pelos executivos ..." (Dep.nº23, p.31e45).

A posição dessa Comissão em relação à luta contra a tuberculose, ou pelo menos a de seu presidente, é interpretada do seguinte modo: "ele entendia que a solução desses problemas de desenvolvimento sócio-econômico do Brasil, não dependia dos técnicos da Campanha, e ele não podia compreender como é que se podia ficar parado, aguardando que esse Brasil se desenvolvesse ... e que a melhoria das condições gerais de vida produzissem seus efeitos e determinasse um impacto epidemiológico na doença, então ele dizia: — *enquanto isso não chega, temos que fazer alguma coisa, e o que nos cabe fazer é exatamente isso ... normas muito bem feitas, adequadas, capazes de ser implantadas ...*" (Dep.nº21, p.78e91).

O Regimento do SNT de 1955 oferece a base legal à sua ação centralizadora, normativa e padronizadora, pois além das atividades já previstas no Regimento de 1943, são agora acrescentadas as de "assistência técnica e material às organizações públicas e privadas empenhadas no combate à tuberculose, delimitando-lhes o campo de ação; opinar sobre a organização de quaisquer serviços de combate à tuberculose no País; e padronizar, respeitadas as características regionais, as organizações públicas e privadas, empenhadas na Campanha Nacional Contra a Tuberculose em todo o País". Com a ampliação do raio de ação do SNT, foram criadas várias turmas e um laboratório radiológico, como apoio ao cadastro torácico desenvolvido pela Epidemiologia, bem como representações regionais da CNCT, que garantem a presença vigilante da Campanha em todo o país, bem como aumenta seu poder de negociação junto aos governos estaduais.

Com o slogan *50 anos em 5*, JK utilizou o mecanismo ideológico de que a criação de pólos industrializados, geradores de riqueza, atuariam *naturalmente* e de maneira positiva sobre

a questão social. (Bodstein, et al., 1987, p.78e81). Tanto assim que, em 1958, no discurso de abertura do 12º Congresso Panamericano de Tuberculose, o presidente Juscelino assinalou que o sucesso da moderna quimioterapia não chegava a invalidar a importância dos fatores econômico-sociais que se vinculavam à doença. Apontou como fator causal os baixos padrões de vida da população para o agravamento da situação epidemiológica, fazendo o paralelismo entre a alta prevalência da doença e as baixas condições sócio-econômicas das coletividades atingidas: "são presas fáceis da tuberculose as comunidades carentes das condições de higiene e conforto em geral, especialmente no que diz respeito à alimentação e à habitação. A grande redução da mortalidade nos países desenvolvidos, decorre muito mais dos seus elevados padrões econômicos do que dos benefícios das modernas drogas, tanto é assim que, mesmo antes do advento da quimioterapia, a mortalidade já estava reduzida ..." (Kubitschek, 1960, p.409-427).

No que se refere à estrutura administrativa da Tuberculose, apoiando-se na política de interiorização do governo, o ministro Maurício de Medeiros, institucionalizou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas/SUSA (Portaria nº105/56), dedicado às populações indígenas e àquelas com difícil acesso a serviços de saúde, trabalho que vinha sendo desenvolvido desde 1952, com a colaboração da FAB. Apesar de não se restringir ao controle da tuberculose, executando também imunizações e extrações dentárias, o SUSA ficou no SNT, sob a alegação da crescente tuberculização de diversos grupos indígenas, índices estes em relação direta ao seu grau de aproximação com a "civilização", o que os incluía nos grupos de *alto risco* para tuberculose. Entre os grupos indígenas em que cerca de 80% de seus integrantes já haviam entrado em contato com o bacilo da tuberculose, muitos dos quais apresentavam a doença evolutiva, estavam os carajás, justamente aqueles que participaram da "Primeira Missa Brasileira". (Costa, 1984, p.11 e MS, Snepes, DNPS, UAE, 1981, p.4).

No início do governo Kubitschek, foi para o SNT o dr Lourival Ribeiro, fisiologista, ex-combatente da FEB, primeiro diretor do sanatório de Curicica, ex-diretor do dispensário-escola, estudioso da história da medicina e da tuberculose. Ele mesmo assim descreve as circunstâncias em que ocorreu sua indicação para diretor: "eu tinha me candidatado a deputado pelo partido do Ademar, o PSP: precisava de 2400 votos e consegui 1800 ... mas o partido ficou com o Ministério da Saúde e como eu tinha sido candidato a deputado ... mas eu entrei muito apertado pelos interesses partidários, fui apertado pelo partido, eles tinham um ministério único, então exigiam muito de mim ... a gente era sufocado ..." (Dep.nºIX, p.21-22). Durante sua gestão Lourival Ribeiro criou a Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. (Souza, 1977, p.471).

Com Lourival Ribeiro, volta à chefia da SOC o sanitarista Bichat Rodrigues, mas que é logo substituído por Alfred John Sefton. Esse novo chefe da SOC conta: "Lourival entrou em atrito com o Bichat, que era o chefe da SOC ... cargo que era ocupado obrigatoriamente por médico sanitarista do quadro ... Lourival ficou numa situação meio estranha, o quadro de sanitaristas era muito pequeno nessa ocasião ... foi me procurar o Lourival ..." (Dep.nºXI, p.7). Na estrutura da Campanha, a SOC (Seção de Organização e Controle), "além de fazer o orçamento da Campanha ... e fazer o levantamento dos índices de aproveitamento, de avaliação dos hospitais e dispensários, como estava o programa, como se estava controlando a tuberculose,

o armamento antituberculoso ... era também encarregada de desenvolver o programa da Campanha, através seus setores..." (Dep.nºXI, p.28-29). O chefe da SOC tinha que atender pessoalmente à maior parte das necessidades de representação nos estados: "eu viajei seis meses a fio, pra ter contato nesses estados, eu achava que era preciso discutir os problemas junto com eles ... fazer a Campanha presente nos estados ... eu fui o primeiro médico do serviço que foi ao Piauí, em 1956 ..." (Dep.nºXI, p.30).

Em 1958, o SNT editou o manual *Dispensário de Tuberculose*, elaborado pela Comissão Técnica, da qual, a esta altura, já participavam também o dr Aldo Villas Bôas, o dr Aristides Paz de Almeida e a enfermeira Delzuite de Souza Cordeiro. O manual apresentava o novo modelo de dispensário idealizado pela Comissão Técnica e que orientaria todo o trabalho de reorganização da rede dispensárial existente nos estados. A Comissão explica porque só recentemente, com o advento da quimioterapia contra a tuberculose, tornara-se possível dar um verdadeiro realce à ação dispensárial: "o dispensário podia empregar abreugrafia e vacinação como armas sanitárias, mas não o tratamento ... a prática do tratamento ambulatorio ... representava, na verdade, simples imposição da insuficiência de leitos hospitalares. E a função precípua de descobrir casos novos ficava sem a necessária conseqüência ..." (MS/SNT/ CNCT/CT, 1958, p.185-186).

No entanto, apesar das novas e grandes possibilidades do dispensário, essa proposta da CT, no que se refere à estrutura e funcionamento desse tipo de serviço, não se adequava às condições das secretarias de saúde em geral, às quais o dispensário de Nilópolis, na baixada fluminense, procurava reproduzir, com sua intencional singeleza. O chefe da SOC explica a proposta desse dispensário: "o Lourival me falou de um compromisso com o estado do Rio ... e eu tinha um problema de preparar aqui pessoal para o interior, para o nordeste ... o cara ficava aqui no DE dez dias, voltava e escrevia logo uma carta, querendo um tomógrafo, dez visitadoras ... era um desastre ... então, eu imaginei um ambulatório pobre, brasileiro, de cidadezinha do interior ... aluguei uma casa de dois cômodos ... e instalei lá um ambulatório ... sem raios X, só exame de escarro, e sem enfermeira ... duas auxiliares e um laboratorista ... o Dawid era um trabalhador ... saía pela noite ... atendeu gente como o diabo, nesse padrão paupérrimo, ele curava tuberculoso ..." (Dep.nºXI, p.71-72). Uma enfermeira estagiária conta suas impressões sobre o dispensário de Nilópolis: "era uma casa toda adaptada, com arquivos de caixotes ... era uma casa velha, mas com todo mundo jovem, todo mundo treinado ... o doutor Dawid adorava aquele dispensário ... funcionava maravilhosamente ... pra uma área carente ..." (Dep.nº31, p.18-19).

Com o ministro Pinotti, em 1958 entra no SNT o diretor Levi Queiroga Lafetá, sanitarista e grande conhecedor do interior do país, onde combateu as endemias rurais: "eu conheço o Brasil de jipe, a pé, a cavalo e de avião, eu conheço de todas as maneiras e conheço bem ... do Chuí ao Oiapoque" e que inclusive trabalhou com a Fundação Rockefeller, contra a febre amarela; mineiro, era "amigo de mocidade de Juscelino", que vinha ainda a ser parente de sua esposa. Apesar de pessoa estranha ao meio, já que não pertencia ao SNT nem era fisiologista, foi bem recebido pela casa e administrou a Campanha com "a ajuda daquela Comissão Técnica, que dava as diretrizes ... e devido às relações que tinha com o governo, tinha uma certa facilidade ...". Seu pensamento sobre a tuberculose até hoje afina-se com a

concepção desenvolvimentista: "não havia mesmo dinheiro ... é um problema que vai se resolver com o tempo, com a civilização ..." (Dep.n^oXVIII, p.49-50). O chefe da SOC conta a situação do programa dispensarial: "o orçamento da Campanha era unicamente pra hospitais, pra assistências externas, era um absurdo o dinheiro que se gastava, era uma orgia ... só se fazia convênios de assistência hospitalar ... vinha o dinheiro e desse pouco dinheiro, a gente recolhia um pouquinho pra fazer o ambulatório ..." Apesar de estar encerrada a política de abrir novos leitos para tuberculose, foram tomadas providências, no sentido de terminar construções iniciadas há anos: "inaugurou-se o da Paraíba, o de Belém, que se arrastava há trinta e tantos anos, o de Natal, o de Londrina, que consegui entregar pra universidade ... melhorou-se o hospital de Aracajú, o de Manaus, fizemos o de Goiânia, não existia nada, umas barracas de palha no meio do campo ... era época de Juscelino, então foi feito a jato ... e passou-se para o estado ... o de Cuiabá foi o último ... " (Dep.n^oXI, p.7e34).

A construção de um esquema terapêutico por ensaio e erro

A terapêutica da tuberculose fez avanços espetaculares com o advento de drogas antimicrobianas específicas: à estreptomicina (SM), cuja descoberta fora divulgada em 1946, juntara-se o ácido para-amino-salicílico (PAS), em 1948; mas a descoberta da hidrazida do ácido isonicotínico (INH), em 1952, foi decisiva para o desenvolvimento de um esquema terapêutico de massa, por ser esta a mais potente, a mais barata e a menos tóxica entre elas. No entanto, este tratamento, que se pensava seria o fim da doença, trouxe surpresas. Apesar da queda espetacular da mortalidade (de 180:100 mil habitantes em 1950 para 81:100 mil em 1953), mesmo nos casos avançados, não houve alteração correspondente na morbidade. Essas drogas, tal como eram usadas inicialmente, impediam a morte do doente, mas não chegavam a curá-lo, e o tempo médio de permanência nos hospitais dobrou ou triplicou. (Ribeiro, 1956, p.200). O advento da quimioterapia não teve força para dar continuidade ao decréscimo da mortalidade e da prevalência da doença: "Curam-se apenas os doentes melhor tratados e aqueles cujas condições favoráveis, por várias razões, os tornam passíveis de cura, apesar dos desacertos do tratamento antimicrobiano. As repercussões de tal situação pesam sobre toda a luta contra a tuberculose: ... compromete o trabalho dispensarial, assoberbado pelo número crescente de *crônicos resistentes*, sem solução; por outro lado, o mesmo tipo de doentes imobiliza os leitos hospitalares, muitas vezes nem mais podendo aproveitar dos recursos cirúrgicos que o hospital pode oferecer." A ineficácia do tratamento, além da estagnação dos órgãos de luta, causou graves prejuízos aos próprios doentes e à comunidade, pois "a grande virtude de encurtar o período de transmissibilidade da doença, que é apanágio da quimioterapia eficiente, se transforma, com seu mau emprego, em alongamento desse período, através da cronificação dos doentes e lenta evolução para a morte, tendendo a aumentar a prevalência das fontes de infecção. No passivo da quimioterapia imperfeita, creditam-se, pois, não apenas os malefícios individuais, já de si tão pesados, como os de ordem coletiva, da esfera sanitária. (Fraga, 1961, p.128).

Verificou-se que o fracasso da quimioterapia se devia ao fenômeno da *resistência bacteriana*, decorrente de um impacto insuficiente das drogas sobre os bacilos da tuberculose.

A falência dos esquemas terapêuticos ocorria quer pelo uso de menos de três drogas simultaneamente, quer pela dosagem insuficiente, quer pelo uso descontínuo ou por pouco tempo. Havia assim a substituição gradual e progressiva da população bacteriana primariamente sensível às drogas específicas, por outra, resistente à ação dessas mesmas drogas. Ocorria que, enquanto a droga administrada ia destruindo a população bacteriana a ela sensível, as poucas unidades bacilares geneticamente resistentes a ela, continuavam a se reproduzir. Com o tempo, a população original era substituída por uma outra, constituída apenas de bacilos resistentes. Se então passava-se a usar uma outra droga, o ciclo tornava a se repetir, chegando-se assim a formar uma população bacilar resistente a uma, duas e até a três drogas específicas. (Castro, 1977, p.14). A esse problema acrescentava-se um outro: o da chamada *resistência primária*, isto é, casos novos de tuberculose cujas populações bacterianas eram, desde o início, resistentes à ação das drogas. (Fraga, 1961, p.31). Deste modo, o percentual de curas continuava a não passar de 20 a 25%, como antes das drogas específicas, quer em tratamento dispensarial como hospitalar. (Paz de Almeida & Lima, 1973, p.151). Diante desses óbices, "alguns autores, sobretudo os do grupo de Edimburgo", passaram a adotar um esquema de tratamento que começava sempre "com os três medicamentos conjugados (INH, PAS e SM), em administração cotidiana" (Fraga, 1961, p.31), que inicialmente se tornou conhecido entre nós com o nome de seu pesquisador principal "esquema de Crofton" e logo simplesmente como "esquema tríplice" ou quimioterapia *standard*.

A partir de 1956, "em quatro dos cinco continentes do mundo, pesquisadores demonstraram ser o tratamento do tuberculoso não hospitalizado perfeitamente viável, mesmo para o portador de lesões graves e vivendo em péssimas condições sócio-econômicas, e que nem mesmo o afastamento do trabalho seria indispensável. Ficou demonstrado que a tomada regular dos medicamentos combinados, durante o tempo devido, era a condição fundamental à cura. Também evidenciaram que a hospitalização do doente não diminuiria o risco de adoecimento dos comunicantes, que seria muito maior antes da descoberta do caso, pois o tratamento específico, reduzindo rapidamente a população bacteriana e a tosse, tornaria pouco provável o contágio após o início da tomada das drogas. O tratamento dos doentes fora do hospital traria também benefícios de ordem psico-social, evitando o afastamento do paciente de sua família e da sociedade e favorecendo a mudança de atitudes negativas relacionadas à doença e ao doente". A mais importante e conhecida dessas investigações foi a "experiência de Madras", cidade da Índia, promovida pela OMS, que em apoio à política de *desinternação* por ela proposta, divulgou amplamente seus resultados. Esta argumentação deu o necessário respaldo científico à nova política de controle da tuberculose que, desvinculando seu tratamento da disponibilidade de leitos hospitalares, permitia o surgimento de uma nova concepção de programa, cuja estratégia se voltava para a expansão da cobertura da população. Daí por diante "passou-se a considerar que os problemas relacionados ao controle da tuberculose deixaram de ser técnico-científicos e mesmo financeiros, pois o tratamento ambulatorial permitia, mesmo aos países subdesenvolvidos, a tentativa de levar um programa antituberculose a toda a população." (Castro, 1976, p.15-16). A OMS, considerando a tuberculose como "a doença transmissível mais importante que existe no mundo", desempenhou com destaque o papel de veicular essa nova proposta. (OMS, 1964).

Em decorrência da investigação realizada pelo laboratório central de tuberculose do recém-criado estado da Guanabara, que havia mostrado ser a resistência bacteriana a causa do baixo êxito no tratamento da tuberculose pulmonar em nosso meio, a CT/CNCT estabeleceu, em 1960, um esquema padronizado para o tratamento dos doentes não tratados anteriormente, isto é, *virgens de tratamento*, com a duração de um ano e meio ou de dois anos, conforme o caso. (Lima, 1972, p.440-441).

O grupo de Pernambuco apresta suas armas para a luta

Em consonância com essas tendências, no Recife, há anos vinha crescendo um movimento animador em relação à tuberculose como problema de saúde pública, sob a égide da Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Um ex-diretor do SNT comenta: "o grupo de Pernambuco era o Aldo [Villas Bôas], o Laurênio [Lins de Lima] e o Herodoto [Pinheiro Ramos] ... quando a Campanha apareceu, já eles estavam se manifestando, no sentido de apoio ao Paula Souza ... havia uma discórdia dentro de Pernambuco, havia uma cúpula que não estava se afinando muito com o grupo ..." (Dep.nº17, p.55). O depoimento de um ex-diretor de divisão do estado, e também depois em nível nacional, é o de que "a Campanha teve um papel fundamental ... chamou a atenção de que nós tínhamos um problema medido ... pela primeira vez no Brasil se cuidava do problema da tuberculose, que nesse tempo era o maior de todos (entre os adultos) ... antes era só cuidar do tuberculoso pobre ..." (Dep.nº23, p.40).

A oficialização do controle da tuberculose no estado decorreu do trabalho desse grupo, que adotou uma estratégia de formação da opinião pública: "nós tínhamos vários companheiros que trabalhavam juntos ... eu tinha visto no Rio as chamadas *Semanas Antituberculosas*, nós fizemos lá um pouco diferente, nós fizemos na rua — pregamos cartazes, faixas, fizemos panfletagem, fomos aos cinemas, colocamos *slides*, fomos às rádios, foram feitas exposições — foi um barulho enorme ... o fato é que foi criada uma divisão especial [de tuberculose], no departamento de Saúde Pública do estado ... em 1948." (Dep.nº16, p.12). Esse grupo de jovens tisiologistas recebeu o apoio do então secretário de saúde [prof. Nelson Chaves], bem como da Campanha: "nós nos empenhamos seriamente neste movimento ... e por influência do Paula Souza, que veio ao Recife e fez uma exposição na Assembléia ... criou-se a divisão de tuberculose ... e estabeleceu-se um projeto de construir ... no terreno dos centros de saúde, instalações melhores, mais modernas e equipamentos, para os dispensários de tuberculose." (Dep.nº16, p.13).

No congresso de tuberculose de Curitiba, realizado em 1953, definiu-se uma identidade no cenário nacional para esse grupo de tisiologistas de Pernambuco: "levamos um trabalho sobre ação dispensarial ... nós talvez não sentíssemos tanto isso, mas lá, depois de apresentado e discutido, ficou caracterizado que em Pernambuco, tinha um grupo com um pensamento um pouco diferente ... que ali havia a base do que era a prevenção da tuberculose ..." (Dep.nºVIII, p.11). Tal pensamento foi elaborado em contraposição a idéias de pesquisadores e políticos então prevalentes no estado, e ainda mais, aos interesses de pessoas muito influentes no meio: "havia

mesmo uma corrente de economistas que achava que isso era coisa supérflua, porque o verdadeiro caminho estava no desenvolvimento ... quer dizer, então só teria um caminho, que muitos seguiram, que era cruzar os braços e esperar ..." (Dep.nº23, p.35). Cientistas sociais, como Josué de Castro (*Geografia da fome, 1946*) e nutrólogos, como o prof. Nelson Chaves, de extensa produção científica e com diferentes abordagens, defendiam a idéia da tuberculose como doença de desnutrição. O grupo divergia: "a gente queria mostrar que nós tínhamos que lutar contra o bacilo, já que a gente não conseguia endireitar o país". E ainda criticavam aquela argumentação, que "servia como desculpa pra quem não queria fazer nada." (Dep.nº23, p.19). Ressentiam-se ainda da falta de perspectivas para um plano de ação no âmbito da saúde pública: "tudo era apontado pelos políticos, de qualquer cor, como resultante do componente social — tuberculose era fome, era habitação antihigiênica, era falta de instrução, dependia da situação econômica da comunidade — ninguém pensava em bacilo ... a cada dia nós íamos vendo que teria que aparecer alguma coisa mais efetiva ... dirigida para o agente etiológico ... nós pensávamos em uma associação do que dispúnhamos ... que nós batizávamos naquele tempo de *armamento anti-tuberculoso* ... para evitar a disseminação da doença." (Dep.nº16, p.11). A idéia básica era "apanhar o doente o mais rápido possível, o mais precocemente possível, de forma que se pudesse cuidar dele com pneumotórax ou pudesse fazer uma operação." (Dep.nº23, p.7).

A reconhecimento desse grupo em nível nacional, o que talvez tenha surpreendido a eles mesmos, ocorreu em um contexto de luta: "os acontecimentos eram notáveis para nós, que vivíamos na província e que estávamos começando ... aquelas lutas eram bem difíceis ... nós tínhamos que viver, vestir, comer ... e haviam os outros, que eram mais antigos, já estavam com sua vida feita profissionalmente ... acostumados com seus métodos de trabalho, eles não aceitavam muito essas idéias novas, que fariam com que desaparecessem de seus consultórios uma porção de clientes ..." (Dep.nº16, p.11-12). A percepção de uma ex-supervisora dos dispensários do Recife é a de que "eles tinham uma história de luta, de participação ... eu acho que eles representavam uma vanguarda, tinham uma proposta revolucionária ... naquele tempo tinha as cátedras, as estruturas eram mais fechadas ... e eles não eram catedráticos e se posicionavam, quebrando aquela estrutura rígida ..." (Dep.nº36, p.111).

A atuação do órgão central de enfermagem

Em abril de 1955, a Superintendência passa à denominação de Setor de Enfermagem da CNCT, sendo sua primeira chefe Clelia de Pontes, uma das seis pioneiras da Campanha e que já havia trabalhado no DE, no sanatório Partenon e na própria Superintendência de Enfermagem. O novo setor teve sua ação normatizada pela portaria nº11/55 (MS, DNS/SNT/CNCT, 1966, p.81-93), pela qual são baixadas instruções sobre a estrutura e o funcionamento do órgão. O documento consiste em uma síntese das atividades que já vinham sendo desenvolvidas pela Superintendência, registrando a amplitude que atingira seu raio de ação. As principais competências do Setor de Enfermagem prendiam-se ao planejamento, organização e supervisão dos serviços de enfermagem da CNCT, e de outras instituições; à educação em serviço do pessoal de enfermagem e à promoção de seu bem estar (condições de trabalho, acesso e transporte); ao

recrutamento de enfermeiras para a CNCT, por distribuição de bolsas de estudo às escolas de enfermagem, ou por outros métodos, e seu aperfeiçoamento no país ou no exterior. O respaldo teórico adotado é a teoria da administração funcionalista, com seus enfoques dirigidos a conceitos como padrões de produção, eficiência, custos, tempo, normas, visando à racionalização, produtividade e controle do trabalho, bem como o desenvolvimento de recursos humanos. No elenco de deveres e obrigações do novo setor está implícita a competência para utilizar metodologias ligadas a diversos processos, relativos ao planejamento, administração, ensino-aprendizagem, supervisão, comunicação e pesquisa. O interesse pela pesquisa volta-se para "a melhoria dos padrões de produção e eficiência profissional" e "ao custo e as horas de trabalho". Chama a atenção de que em momento algum se fale em assistência de enfermagem, quer no sentido de garantir sua qualidade, quer no sentido da participação da enfermagem no trabalho coletivo dos serviços de tuberculose. No entanto, assume-se como função do setor de enfermagem da Campanha "estimular o aperfeiçoamento do ensino de enfermagem em tuberculose", o que demonstra a preocupação em garantir a qualidade do pessoal a ser selecionado pela Campanha.

A ênfase na hierarquia e na disciplina internas da CNCT resulta em restrição à autonomia da enfermagem, contidas nas expressões "quando designadas", "quando solicitado", "quando convocado". Há também a preocupação em coibir "exorbitâncias", como mostram itens descabidos em um documento que pretende estabelecer a competência de um órgão já por si subordinado a uma seção técnica e sujeita ao seu controle, como "evitar o mais possível propor ... medidas que onerem financeiramente a CNCT, notadamente no que diz respeito ao deslocamento de pessoal; fazer acatar ... as determinações dos diretores ou chefes de serviço, dadas às enfermeiras do Setor que estiverem servindo em sanatórios, dispensários etc, e somente promovendo qualquer alteração na distribuição de pessoal dessas unidades depois de previamente autorizadas pelos seus dirigentes. Ao contrário, estimula-se o desempenho de uma função de "relações públicas", ao se incumbir o setor de "interpretar para outros profissionais a contribuição da enfermagem e para enfermeiras de outras organizações as obras e realizações da CNCT."

Segundo Mercedes Souza, o Setor de Enfermagem se havia configurado como "um órgão consultivo da direção do SNT" que reunia "peritos em assuntos de enfermagem, para elaborar programas e técnicas de trabalho, que possibilitassem aos vários sanatórios mantidos ou subvencionados pela CNCT adotarem esses programas e normas de trabalho". As chefes de enfermagem dos sanatórios recebiam supervisão periódica do setor de enfermagem e enviavam relatórios, para os quais foi elaborado um formulário. Em 1955, a CNCT contava com 224 enfermeiras em seus quadros, que correspondia a cerca de seis por cento do total em atividade no país (três mil e seiscentos, segundo o Levantamento de 1956); no ano seguinte foi encerrado o programa de bolsas para alunas de enfermagem. As vantagens financeiras já não eram as mesmas dos primeiros tempos, tanto que no Relatório de 1955, d.Clelia chama a atenção para o problema das enfermeiras contratadas pela *verba 3*, cujas condições de remuneração estavam em desacordo com outras referências. (Souza, 1977, p.23-24). Quando o pessoal da CNCT que contasse com cinco anos de exercício foi equiparado à categoria de "extranumerário mensalista" (Lei nº3483/58), ocorreram pedidos de demissão e diminuiu muito o número de candidatos à emprego na CNCT, pois "os demais serviços autárquicos proporcionavam melhores salários e

vantagens, acrescidos ainda de condições de estabilidade e acesso a outros padrões de vencimentos". Assim é que nos anos seguintes à equiparação dos salários do pessoal da Campanha aos do Serviço Público Federal, a proporção enfermeira-doente nos sanatórios, na "maioria dos serviços de enfermagem estava abaixo da recomendada: 1 enfermeira para 60 leitos". Além disso, havia ainda a dificuldade, "no que diz respeito à qualidade, para o preenchimento das vagas decorrentes dos constantes pedidos de demissão". (Souza, 1977, p.26,28e29).

A produção de material normativo em 1959 já incluía 26 títulos, por mim agrupados no presente estudo em quatro temas gerais, que permitem uma visão de sua intensa atividade normativa e controladora, bem como o esforço de atualização face ao desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e do relevo que começava a ser dado ao trabalho dispensarial: **treinamento, supervisão e avaliação** de enfermeiras, visitadoras, auxiliares, atendentes e serventes; **normas técnicas**, como uso de uniformes e de máscara, higiene do escarro; **rotinas e registros**, como relatório e produção mensal do serviço de enfermagem e outros setores de trabalho; **assistência de enfermagem**, como cuidados na ressecção pulmonar, função da enfermeira de saúde pública, educação sanitária para doentes.

Em 1959, foram desenvolvidos trabalhos de organização dos sanatórios Clementino Fraga, em João Pessoa e Barros Barreto, em Belém do Pará. No ano seguinte, foram incluídas na equipe do Setor mais seis enfermeiras e neste ano foram realizadas várias viagens, "com o objetivo de discutir "in loco" problemas atinentes ao serviço de enfermagem e principalmente "orientação para o treinamento de pessoal e chefia" dos sanatórios e dispensários de cidades nas regiões norte, nordeste, centroeste e sudeste. O conjunto Sanatorial de Curicica foi visitado vinte vezes e no ano seguinte lá foi realizado um curso de enfermagem em fisiologia, do qual participaram cinquenta enfermeiras de Curicica. (Souza, 1977, p.30).

As enfermeiras da Campanha no Recife vão à luta

A polêmica existente, sobre a primazia entre dispensário e sanatório como órgão de luta antituberculosa, passava à ação da Campanha nos estados uma certa ambigüidade: "a proposta oficial da Campanha era intensificar o trabalho do dispensário, ... o Paula Souza era um homem de dispensário ... em São Paulo, ele era o chefe do dispensário da Faculdade de Higiene ... mas começou fazendo hospitais novos ... Curicica, que era a *menina dos olhos* dele, e o hospital do *Sancho* [no Recife] ... na hora de tomar decisão de mandar enfermeira, teve enfermagem para o sanatório ... dava pra cobrir os três turnos e não enfermagem para o dispensário ..." (Dep.nº23, p.9e15). Não obstante, o serviço de enfermagem do sanatório de tuberculose "pelas enfermeiras contratadas ... em número pra se fazer uma enfermagem bem feita ... serviu pra fazer outros hospitais seguirem o exemplo ..." E a diferença que fazia a presença da enfermeira fez com que se criasse o consenso de que "tem enfermeira, é hospital bom". O desempenho das enfermeiras, tanto nos hospitais como nos dispensários de tuberculose, surtiu um efeito de demonstração para os demais serviços de saúde da cidade e do estado: "a enfermagem em Pernambuco partiu da Campanha, as enfermeiras da Campanha foram ensinando aos outros serviços a necessidade

imperiosa de enfermagem." (Dep.nº23, p.33). Não obstante, as representações sociais da tuberculose como *flagelo social* ou *peste branca*, construídas no século 19 continuavam a vigorar em meados do século 20: "eu pedi a uma professora da escola de enfermagem pra visitar o sanatório, que tinha dezessete enfermeiras ... e lá a proteção contra a doença era tida como uma coisa formidável, extraordinária ... ela foi lá com medo ... e tivemos um entrevero porque ela me disse que não havia condições de trabalho [para as alunas], do ponto de vista de defesa física ..." (Dep.nº23, p.38).

O apoio financeiro da Campanha representava importante estímulo à luta contra a tuberculose no estado; eram verbas vultosas, que vinham no nome do representante da Campanha e eram manejadas pessoalmente por ele; como a remessa do dinheiro atrasava sistematicamente, quase não havia possibilidade de controle; um ex-representante é quem diz: "em dezembro, em cima do Natal, saía o dinheiro de setembro a dezembro; então você tinha que, na última hora, pagar seus funcionários, fazer as compras todinhas, correndo pr'aqui, correndo pr'ali, se não o dinheiro voltava, era recolhido ... no outro ano, a Campanha só começava a pagar três a quatro meses depois ... se o dinheiro chegava em maio, já era uma felicidade; o dinheiro era também gasto na suplementação salarial dos funcionários do estado: "nós recebíamos do estado e uma complementação da Campanha ... uma gratificação para trabalhar em tuberculose." (Dep.nº23, p.11-12). Uma ex-enfermeira do sanatório lembra que: "a gente passava às vezes até mais de três meses sem receber dinheiro, eu até comprava sabonete naquela cantina que tinha no Sancho, quando o dinheiro vinha, recebia *uma bolada* ..." (Depnº2, p.10).

Em 1956, por iniciativa da divisão de tuberculose do estado, uma daquelas primeiras enfermeiras do sanatório do Sancho, Lení Pires Araujo, após estágio no DE, no Rio de Janeiro, iniciou a adaptação dos dispensários do Recife à normas da Comissão Técnica da CNCT e preparou enfermeiras para os demais dispensários, passando então ela mesma à supervisão e coordenação dos trabalhos. (Castro & Bezerra, 1961, p. 569-570). As condições e o clima em que este trabalho foi iniciado eram peculiares e dariam o tom a todo o trabalho desenvolvido posteriormente: "ela foi morar junto do centro de saúde, porque as condições de conforto pra ela organizar o dispensário eram tão precárias, não tinha transporte, era difícil o ônibus e ela se dedicava demais, não tinha horário, queria dar conta ... que pra ela também era um desafio, e foi morar junto do dispensário ..." (Dep.nº36, p.100). A preparação de uma equipe de enfermeiras para os dispensários foi feita de maneira sistemática e muito cuidadosa: "fiz um estágio muito bem feito ... eu aproveitei aquela oportunidade e aprendi tudo o que podia aprender ali ... passei mais de dois meses ... e fiquei muito segura ..." (Dep.nº2, p.9-10). As enfermeiras dos dispensários eram oriundas do sanatório do Sancho, de onde muitas vezes saíam por incompatibilidade com a direção ou com a chefia de enfermagem. De qualquer forma, a mudança era sentida como um progresso profissional: "nós fomos praticamente as primeiras enfermeiras a trabalhar nos dispensários ... eu acho que a gente tinha mais coragem de enfrentar uma situação diferente ... no hospital, você segue uma norma, uma bitola, você não tem muita iniciativa, não tem muita liberdade para inovar, pra criar, tem que se prender àquelas pautas, enquanto que no dispensário, não, cada doente é um doente seu ... no dispensário era muito mais gratificante, a gente via o resultado ..." (Dep.nº41, p.36-37).

A enfermeira-supervisora dos dispensários do Recife "era responsável pela programação global de toda a área de atendimento dispensarial, o acompanhamento, o reajuste dessa programação, a avaliação, o entrosamento do dispensário com o hospital, para que houvesse uma continuidade do tratamento do doente quando ele saía do hospital ... visitar os dispensários diariamente ... que ela era responsável pela relação entre a enfermagem de tuberculose e o serviço de visitação, que era dos centros de saúde ..." (Dep.nº36, p.104). O serviço de visitação era o ponto de articulação dos dispensários com os centros de saúde, pois "os dispensários tinham como ponto básico pro desenvolvimento de seu trabalho a visita à residência do paciente ... pra identificar o paciente, saber se realmente morava ali, se ele estava tomando a medicação direito ... pra trazer os comunicantes ..." (Dep.nº36, p.105).

Os dispensários do Recife, com uma nova estrutura e pessoal treinado, passaram a produzir informação estatística confiável. O melhor atendimento, com maior atenção ao indivíduo e pela rapidez do encaminhamento, o entrosamento com o serviço de visitação e um trabalho de propaganda junto ao público, fez com que aumentasse a demanda ao cadastro torácico e a frequência de suspeitos e doentes. Diante da evidência de que "a maior parte do tempo das enfermeiras [era] tomado com o mecanismo de funcionamento dos diversos setores do dispensário, foram instituídas as *entrevistas pós-clínicas* dos doentes de tuberculose e seus comunicantes pela enfermeira, a fim de "manter o doente em tratamento sem interrupções e por um prazo adequado, de modo a evitar o fracasso da quimioterapia, devido a fenômenos ligados a fatores genéticos ou metabólicos do bacilo". (Castro & Bezerra, 1961, p.571-572). Da maior importância para o aperfeiçoamento desse modelo de serviço foram as discussões havidas em duas reuniões realizadas em Pernambuco durante o segundo semestre de 1958: um seminário realizado no Recife e coordenado pela chefe de enfermagem do Sesp, que havia participado da Comissão de Peritos em Enfermagem da OMS, a qual, entre as funções da enfermeira de saúde pública, introduzira as "funções médicas delegadas" (Castro, 1976, p.17) e uma reunião promovida pela Sociedade de Higiene, no interior do estado, que tiveram como resultados a intensificação das entrevistas pós-clínicas com doentes e comunicantes, e o estabelecimento de um critério de prioridades para as visitas aos casos de tuberculose. (Castro & Bezerra, 1961, p.572-573). As principais responsabilidades da enfermeira no dispensário de tuberculose passavam a ser: orientar o paciente sobre como se conduzir durante a doença, as alterações que ela acarretava ao seu modo de vida, e como se comportar perante sua família e a sociedade; esclarecer os comunicantes e a comunidade, no sentido de protegê-los e criar uma atitude positiva em relação ao tuberculoso; e treinar, supervisionar, orientar, controlar e liderar o pessoal auxiliar. (Castro & Bezerra (1961, p.569-570). Essa caracterização das funções da enfermeira apresenta uma importante diferença em relação ao que se entendia até então por enfermagem de saúde pública; a Comissão Relatora do *Levantamento de Recursos e Necessidade de Enfermagem*, no mesmo ano de 1958, opinava que a função da enfermeira de saúde pública deveria ser preenchida através de orientação e o aconselhamento das famílias, da prestação de cuidados de enfermagem nos domicílios e de medidas visando à prevenção ou à descoberta precoce de problemas de saúde. (Ass.Bras.Enf.,1980). Nota-se então um movimento em que a atenção da enfermeira se desloca *da família* para o *caso* de tuberculose e do *domicílio* para o interior do *dispensário*.

A implantação das normas técnicas para os dispensários, da qual se encarregou o grupo de enfermeiras da Campanha, causou perplexidades; fala o então diretor da divisão de tuberculose: "começamos a colocar uma enfermeira em cada dispensário do Recife, para pôr em execução as normas estabelecidas pela Comissão Técnica, que depois se transformou num livro ... mas logo se verificou que as normas tinham sido bem feitas para o *Banco do Brasil*, para a *Light* — quer dizer, você sabia tudo dos doentes mas, na verdade, não sabia o que acontecia com o doente [cada um deles] ... foi o doutor [Manoel] Gomes que veio me chamar a atenção de que no seu dispensário os doentes desapareciam, então nós fizemos um levantamento e verificamos que, apesar de todas as desculpas, 60% dos doentes desapareciam ... começou aí outra fase da Campanha em Pernambuco, começamos a modificar tudo; por sugestão de *uma enfermeira* se estabeleceu o fichário de aprazamento e enfatizamos o atendimento do doente, mais relacionado com a pessoa humana ... foi selecionado um grupo de doentes para ser aplicada a estreptomicina, hidrazida e PAS, e isso deu um reboliço danado, porque os médicos achavam que se devia dar remédio pra todo mundo; mas simplesmente o remédio não dava pra atender todo mundo e se sabia que os doentes *resistentes* não curavam ... então, as enfermeiras mandavam a visitadora localizar o doente chamado *virgem*, quer dizer, que nunca tinha se tratado antes ... os resultados melhoraram imediatamente e os dispensários de Pernambuco chegaram a apresentar 20% de abandono e foi baixando ..." (Dep.n.º XIV, p.3-4).

O chamado entrosamento dispensário-sanatório também fazia parte do modelo: "quando a gente estava implantando a internação dos doentes somente através dos dispensários, isso levava tempo e discussões ... aos sábados os médicos do hospital e de todos os dispensários iam pra um dos centros de saúde fazer uma reunião pra escolher, discutir e decidir quais os casos de internação ... as brigas eram incríveis por causa do esquema de tratamento, achavam que o médico estava saindo da posição dele de médico, para ser um simples repetidor ..." (Dep.n.º 36, p.142e144).

O dia-a-dia das enfermeiras

A base da luta continuava sendo a descoberta precoce dos casos de tuberculose pelo cadastro torácico. Para auxiliar os dispensários se contava com os chamados *núcleos móveis*, que eram aparelhos de R.X. instalados em um caminhão fechado, que percorria as coletividades e logradouros da cidade; ao mesmo tempo, era desenvolvido por uma enfermeira um "programa de educação sanitária", que é por ela descrito: "reunimos os industriais, no sentido de mostrar como estava a tuberculose e eles abriram espaço para nós ... eu tinha uma relação de todas as fábricas do Recife, depois que eu tinha a autorização, eu programava a ida às fábricas no horário do expediente, eu ia de fábrica em fábrica, ia tirando os grupos de operários, passava um filme, fazia uma palestra, e fazia o R.X. de todo mundo ... depois foi no comércio, era de tantas em tantas ruas, eu ia de loja em loja, fazendo ficha e mandando as pessoas à esquina, onde eu botava o pessoal pra atender ... depois os militares, depois todos os hospitais do Recife, pra pegar as visitas ... os asilos e abrigos de velhos, depois as igrejas, missa de seis horas, pra pegar a vovó que não saía de casa ... e os cultos, os centros de candomblé ... aí passamos pra rua, eu

pegava um mapa do Recife, igual a uma *operação pente fino*, fazia um círculo e dizia tais e tais ruas, aí cada pessoa que passava — *já fez seu raio X este ano?* ... ia nas casas das pessoas, convidava ... ia na zona, o meretrício mesmo, o das prostitutas foi dos últimos grupos ..." (Dep.n^oXXI, p.127-131).

Esse programa de massa forneceu informações sobre a tuberculose à grande parte da população e ao mesmo tempo colheu informações de interesse para a organização da luta contra a tuberculose: "na época, o Recife tinha 700 mil habitantes e eu fiz cinquenta e tantos por cento da população ... praticamente todo mundo informado sobre alguma coisa ... e muitas crenças em torno da tuberculose a gente passou a ver que eram infundadas, que os dados não comprovaram ..." Como não havia um modelo a ser copiado, "então nós éramos uma espécie de autodidatas, era lendo livros e procurando as pessoas que sabiam ... o pessoal do Sesp, o pessoal da OMS ... eu tinha muita disponibilidade de horário, de não me incomodar que falassem ... eu ia sozinha com o motorista pra todo lugar, à noite ... eu gostava do que fazia, eu dava muita importância ao que eu estava fazendo ... eu ampliei a supervisão pro interior do estado também ..." (Dep.n^oXXI, p.139-141).

Entretanto, o problema da internação dos doentes de tuberculose se apresentava como um desafio, pois o número de leitos continuava insuficiente para atender à demanda. O caso dos doentes vindos do interior era especialmente delicado e reproduzia aquela situação de Campos de Jordão, há mais de vinte anos: "o prefeito, o vigário, qualquer político, pagavam a passagem dos doentes, eles vinham de trem, todo dia estavam na estação, vinham de carro particular, pro Pronto Socorro, pra descobrir depois ..." (Dep.n^o23, p.22-23). A tentativa de racionalizar a utilização dos leitos de tuberculose encontrava fortes resistências. Além dos leitos do hospital Oswaldo Cruz, na cidade do Recife, já havia o sanatório do Sancho [monobloco vertical no distrito vizinho de Jaboatão], ao lado do qual se construiu um hospital pavilhonar [tipo Curicica], formando assim o Conjunto Sanatorial Octavio de Freitas. A futura chefe do setor de enfermagem da Campanha, Maria de Jesus do Valle, conta: "eu verifiquei que Pernambuco tinha muitos gastos com dois hospitais ... o Sancho, muito grande, com leitos ociosos, e o Oswaldo Cruz, com tanto médico, tanta enfermeira ... aí eu fiz um relatório pro doutor Laurênio e ele fechou o Oswaldo Cruz ... *nossa senhora*, foi um negócio ..." (Dep.n^oV, p.25-26).

A luta com os políticos era permanente. Conta a supervisora: "as internações eram utilizadas como um privilégio distribuído pelos políticos: o deputado, o governador, mandavam uma carta pro diretor pra internar ... não era mais possível ficar atendendo os doentes para clientelismo, então foi estabelecido que agora a internação era só pelo dispensário ... ficou uma assistente social na divisão de tuberculose, só pra receber os cartões dos deputados ... ela conversava com a pessoa e encaminhava para o dispensário ..." (Dep.n^oXXI, p.143). E o diretor da divisão diz: "nós mandávamos uma carta pra todos os prefeitos ... que ele mandasse os doentes em primeiro lugar ao dispensário *Gouveia de Barros*, que era o mais perto da estação ferroviária; lá se fazia os exames e verificava a situação ... fazíamos uns calendários, em função da gravidade do doente e em função dos aspectos sociais ..." (Dep.n^o23, p.24-26). Mais tarde, o dispensário que ficava perto da estação ferroviária, passou a atender apenas os doentes do interior, o que permitiu que

se tentasse adequar seu funcionamento às necessidades dessa clientela: "existia um grande envolvimento de todos os funcionários pra tentar dar conta daquele doente que tinha viajado quase que a noite toda ou o dia, e ainda tinha que viajar [de volta] naquele mesmo dia ... a gente conseguia que as padarias e *botecos* da área nos fornecessem comida pra esses doentes que estavam na unidade aguardando ... a *assistente social* arranhou com as freiras, pra certos doentes, que pernoitassem lá ..." (Dep.nº1, p.45-46). O assim chamado trabalho educativo também foi inovador: "já que os doentes ficavam algum tempo à espera do exame de escarro, os que já tinham meses de tratamento ou estavam em fase de alta, conversavam na sala de espera, contavam pros colegas o que tinha se passado com ele durante o tratamento ... às vezes alguma enfermeira ou assistente social observava e muitas vezes a gente deixava os doentes sozinhos, e isso deu muito certo ... então a gente começou a fazer isso no *Sancho* ... a gente reunia no auditório, enfermeiras e assistentes sociais, do dispensário e do sanatório ... e a gente juntava os doentes que estavam para ter alta e os que estavam chegando ..." (Dep.nº1, p.46-47).

Apesar de que há três anos algumas unidades do interior já vinham tratando alguns casos de tuberculose, só em 1957 iniciou-se um programa de âmbito estadual, mediante acordo entre a secretaria de saúde do estado e a direção regional do Sesp do nordeste. (Lima, 1969, p.33-48).

Término da experiência e ressonâncias

Mudar de um critério político para um critério técnico não era coisa fácil, e em dado momento esses problemas poderiam se tornar incontornáveis: "a mulher do governador, era uma *Souza Leão*, queria mandar lá dentro ... queria viver internando doente ... eu disse — *não interno!* aí, foi a minha demissão ..." (Dep.nºXIV, p.24-26). A supervisora dos dispensários diz que "quando ela [a primeira dama] soube ... ficou uma fera ... e o *governador* exigiu a demissão do diretor da divisão, não podia nem ser na segunda-feira, tinha que ser naquele dia ..." (Dep.nºXXI, p.143-144).

As condições que possibilitaram o desenvolvimento dessa rede de serviços de tuberculose, que se constituiu em um "campo de provas de modelos inovadores para o serviço de enfermagem, oriundos diretamente da prática" (Souza, 1977, p.20), são assim resumidas por uma supervisora dos dispensários: "eu acho que aquilo foi o encontro de uma série de fatores que naquele momento estavam presentes na situação, e que deu pra se fazer esse trabalho — o fato de ter recursos, de dispor de pessoas tecnicamente bem preparadas, que tinham *élan*, vontade, disposição, que estavam realmente envolvidas e tinham características de personalidade de agentes de mudança ... e naturalmente essa evolução dos conhecimentos sobre a tuberculose ...". As pessoas estavam tão envolvidas, graças a "essa liberdade, essa discussão, esse espaço que a gente tinha pra realizar o trabalho" e ainda mais, "criava-se esse clima de estimulação pro desenvolvimento de um trabalho criativo, sobretudo isso, as enfermeiras que trabalhavam nos dispensários, sentiam que tinham esse espaço ..." (Dep.nº36, p.102e109). Essa percepção da situação é confirmada por uma enfermeira de dispensário: "aquilo era um trabalho muito bonito, o *diretor* circulava pelas unidades de saúde ... diariamente, ele chegava com a supervisora ... nós

ficávamos muito interessadas ... porque a gente via que estava sendo valorizado o trabalho ... foi um trabalho lindo ..." (Dep.nº2, p.12-13). A participação e a inserção de enfermeiras e médicos nesse projeto eram diferentes: "o trabalho de renovação da parte de organização ficou a cargo das enfermeiras, e os médicos dos dispensários passaram a fazer praticamente só o atendimento, mesmo o chefe ... a *tuberculose* oferecia pra eles uma gratificação, treinamento, quer dizer uma oportunidade de se engajarem num trabalho estimulante ... mas exigia um trabalho em retorno ... provavelmente o maior engajamento deles era pelo salário ... e as enfermeiras, elas ganhavam bem, tinham um trabalho sem plantão, depois elas passaram a receber gratificação ... e sobretudo, as pessoas que foram escolhidas, buscavam autonomia no trabalho, buscavam espaço, buscavam trabalhar sem subordinação ... e essa espécie de desafio, que elas estavam fazendo uma coisa nova, que respondia no dia-a-dia a uma gratificação, como a coisa estava andando, aparecendo, sendo dada prioridade pelo superintendente ..." (Dep.nº36, p.112-113).

Evolução no período

No curto governo de Café Filho ocorre um fato da maior importância para os destinos da Campanha nas décadas seguintes, que é a criação, pelo superintendente Reginaldo Fernandes, da Comissão Técnica da CNCT, com funções consultivas, integrada por um grupo de médicos do Rio de Janeiro, de renome nacional. Tal comissão desempenha um relevante papel na elaboração e difusão das propostas teóricas e ideológicas da Campanha, permitindo uma coerência no estabelecimento das políticas do órgão ao longo do tempo.

A força política da Campanha é aumentada na reforma administrativa ocorrida em 1955, que mantém o SNT ligado ao DNS, mas amplia sua competência junto às organizações públicas e privadas: em contrapartida da ajuda técnica e material por ele prestada, passa a deter o poder de delimitar o campo de ação das instituições participantes da Campanha, bem como o de promover a padronização dos métodos e técnicas por elas utilizados. A criação de treze Representações Regionais, em substituição às antigas superintendências estaduais, favorece o controle da administração central da CNCT.

Como ocorreu desde a criação do MS, os titulares da pasta continuam a ser médicos conceituados e políticos de carreira, escolhidos para o cargo em função de composições partidárias, enquanto que os diretores do SNT/Superintendentes da CNCT são todos homens mais ou menos ligados a partidos políticos e muitas vezes amigos pessoais do ministro da Saúde ou mesmo do presidente da República, mas em todos os casos, com uma carreira pública de fisiologista ou pelo menos de sanitarista. A instabilidade política do país evidencia-se na freqüente substituição de ministros durante uma mesma gestão de governo, decorrente da necessidade de fazer recomposições com os partidos, ou do projeto político pessoal dos titulares da pasta, o que gera uma descontinuidade administrativa nos órgãos do MS, inclusive no SNT. Apesar disso, as diretrizes para o combate à tuberculose guardam uma certa unidade e coerência, devido à continuidade da Comissão Técnica, inclusive em sua composição, através das diversas gestões administrativas do SNT. O ensaio de diversas associações medicamentosas,

culmina no mais perfeito instrumento terapêutico contra a tuberculose até então desenvolvido: — o esquema tríplice (SM+PAS+INH), que viria a modificar toda a estratégia de combate à doença. Paralelamente se desenvolve em Pernambuco um modelo operativo de luta contra a tuberculose, baseado na ação dispensarial, cujos mentores se projetam no panorama nacional.

Após a reforma do SNT de 1955, ainda que o órgão de enfermagem se mantenha no segundo escalão hierárquico da instituição e com a mesma competência, observa-se uma diminuição de sua autonomia, pela mudança de sua denominação de Superintendência para Setor, pela descrição de suas atribuições em termos restritivos, e ainda mais, pelo estilo de chefia daí por diante observado, mormente no que se refere às relações externas à Campanha. Ao mesmo tempo, na cidade do Recife forma-se uma equipe de enfermeiras "de dispensário", que em sua prática cotidiana constrói um novo estilo de trabalho, no qual a relação enfermeira-paciente ocorria no espaço privilegiado do que mais tarde viria a se denominar consulta de enfermagem.

2. REPRODUZINDO O MODELO E ABRINDO A REDE

Introdução

Este capítulo analisa as condições nas quais tornou-se possível a adoção, em todo o país, do modelo de luta contra a tuberculose desenvolvido no Recife, com base na ação dispensarial. Mostra como a crise desencadeada pela renúncia de Jânio Quadros, que desembocou no golpe militar, alterou o curso da Campanha e como a ditadura militar, que primeiro alçou o presidente da Comissão Técnica a diretor do SNT e superintendente da Campanha, cria uma incompatibilidade que motiva seu pedido de exoneração desses cargos, depois a exoneração do substituto por ele indicado, e mais tarde força sua destituição da presidência da própria Comissão, lançando a Campanha numa crise interna; e Apresenta também a influência das diretrizes propostas pelas agências internacionais de saúde sobre a Comissão Técnica.

O ministério de Jânio foi considerado conservador pela imprensa. Para a pasta da saúde foi escolhido Edward de Catete Pinheiro, deputado no estado do Pará, ex-médico do Sesp e ex-secretário de saúde daquele estado. O presidente Jânio Quadros anunciou pelo rádio, em 14/8/61, a nova concepção de luta contra a tuberculose, como um plano estratégico de combate ao bacilo e um desafio à inteligência nacional:

"Readquire gravidade o problema da tuberculose no Brasil. Em seguida a uma fase de acelerado decréscimo de mortalidade por essa doença, os números estacionaram. E, já agora coloca-se a assustadora evidência de que tendem novamente a elevar-se. Meio milhão de brasileiros estão atacados do mal. Dois milhões, expostos ao contágio direto. No entanto os conhecimentos científicos e os recursos técnicos asseguram a cura da tuberculose e garantem o êxito da ação preventiva. Em outros países cuida-se já da erradicação definitiva da moléstia ... Os erros, que se cometeram, serão corrigidos. Sei que a tuberculose é doença que encontra estímulos na subalimentação e na pobreza. Colaboram com o terrível bacilo as más condições econômicas e sociais. Mas recursos científicos e técnicos, usados adequadamente, podem salvar a vida das centenas de milhares de brasileiros atingidos por ela e proteger nossa população, na sua totalidade, contra o mal que a ciência condenou. Vamos retomar o terreno perdido. Vamos enfrentar a tuberculose com realismo e decisão. O governo federal lança hoje seu programa para uma ofensiva total. Conclamo os governadores estaduais, os prefeitos e demais autoridades, médicos, enfermeiros, professores, a apoiarem, com o máximo empenho, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. É uma batalha para a qual convoco a ciência, a técnica e os sentimentos humanitários de quantos possam ou devam dela participar. É uma luta de preservação dos índices de progresso e bem-estar, que já atingimos. É um desafio à capacidade de organizar e mobilizar a ciência brasileira e os recursos brasileiros na salvação dos brasileiros e do Brasil. (Quadros, 1961, p.III-IV).

De fato, como mencionou o presidente, os países *adiantados* cogitavam da erradicação da tuberculose. Em trabalho apresentado na 89ª reunião anual da Associação Americana de Saúde Pública, neste mesmo ano de 1961, o dr Fred Soper, ex-representante da Fundação Rockefeller no Brasil, retoma essa tese, a partir de duas premissas: a erradicação da tuberculose como algo absoluto, factível e urgente; e a tuberculose como um problema mais médico e administrativo do que social e econômico. (Soper, 1972, p.90, 537e552). No plano da cooperação internacional, a nova proposta é a de aplicação dos princípios da ciência econômica aos planos de saúde, lançada na reunião extraordinária promovida pela Organização dos Estados Americanos /OEA. Nesta reunião é elaborada a Carta de Punta del Este, que estabelece a

Aliança para o Progresso, e na qual está inserido um Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas, cuja meta era aumentar em cinco anos a esperança de vida ao nascer. (Opas/OMS, 1961, p.15-19 e 32-33).

O governo Goulart, ainda que não tenha implementado uma política de saúde, no âmbito da Campanha se fez marcante pela intensa atuação sindical no interior dos sanatórios, e pela participação dos funcionários de todos os níveis nas reuniões de serviço, inclusive as do nível central, na rua do Rezende. Implantado o regime militar, o discurso institucional passa a ser o da racionalidade, da eficácia e do saneamento financeiro. Os efeitos da doutrina da segurança nacional terminam por enfraquecer o judiciário e quase anular o poder legislativo. Com os parlamentares em crescente desprestígio, os ministros passam a ter o papel de altos executivos, sob o poder dos militares. (Castello Branco, 1990, p.2). Com a reforma universitária de 1968 e a extinção das cátedras, a fisiologia e os fisiologistas perdem importante espaço político e social. A reforma administrativa, a que se refere o decreto-lei 200/67, que atribui ao MS a formulação da política nacional de saúde, na realidade é inócua, devido à exiguidade e decadência dos orçamentos desse ministério, ao longo do tempo, e à falta de mecanismos que lhe possibilitem o controle dos recursos destinados ao setor saúde. Estabelece-se um padrão que privilegia a medicina previdenciária, individual e assistencialista, em detrimento às ações de saúde pública, de responsabilidade do MS, ao qual resta o atendimento daquelas necessidades que importam em atividades de alto custo e baixa lucratividade. A restrição de recursos imposta ao ministério da Saúde se reflete na diminuição dos seus gastos com a tuberculose.

As circunstâncias em que ocorre a atualização do projeto da Campanha em nível nacional são de enfrentamento político, seguido de uma escalada do autoritarismo nos governos militares. A doutrina de segurança nacional se faz acompanhar por uma crescente valorização do planejamento econômico e de sua aplicação aos programas de saúde. O movimento de interiorização dos serviços de saúde, como outros programas de governo da época (como o de alfabetização e a construção de rodovias de integração nacional) ocorreu no contexto de uma perspectiva geopolítica, entendida esta como a instrumentalização do espaço social sob um prisma estatal (Vesentini, 1986, p.52). A unificação do mercado de consumo de ações de saúde, mediante a política de distribuição de medicamentos, favoreceu a incorporação de novos contingentes populacionais ao seu consumo. Em 1977, a Ceme estimou sua população alvo em cerca de noventa milhões de habitantes. (Cordeiro, 1985, p.144e170).

Apesar das diretrizes internacionais, a pressão da população pela existência de leitos para tuberculosos não confirmava a opinião dos técnicos e planejadores sobre as vantagens do tratamento fora do hospital. Tal posição encontra ressonância junto a fisiologistas tradicionais, aos políticos, que teriam que deixar de atender aos pedidos de internação e aos donos de sanatórios, que não queriam perder seus convênios com a previdência.

A Campanha, de Jânio a Jango

Durante o governo Jânio e parte do governo Jango, foi diretor do SNT Aldo Villas Bôas, ex-diretor do departamento de saúde pública do estado de Pernambuco, que assim se refere às circunstâncias da sua nomeação: "alguém falou com o Catete [Pinheiro], eu não o conhecia ... eu mesmo nunca pensei que um dia fosse ser diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, o serviço era de tal importância que não era possível pensar nisso ..." (Dep.nºVIII, p.31). A nomeação e a gestão do dr Aldo Villas Bôas são assim apreciadas por um ex-diretor: "o Hélio Fraga o indicou pra diretor do departamento de tuberculose da Prefeitura, ele estava nesse cargo, quando foi nomeado pra Tuberculose ... o Aldo avançou muito, ele passou de fisiologista pra sanitarista, ele deu uma ênfase diferente à Campanha, de planejamento da aplicação de esquemas de tratamento ... o Aldo já estava mais nessa fase de estruturação de esquemas sanitários e de captação de dados de avaliação ..." (Dep.nº17, p.28e30). Outro ex-diretor confirma o início de uma nova fase na luta contra a tuberculose: "nós estávamos vindo de uma fase de estagnação ... e o Aldo conseguiu dar um novo ânimo, uma nova ordenação e sobretudo levantar novamente a mística da tuberculose ... reunindo os médicos voltados a essa área, e estabelecer novas diretrizes de tratamento através de dispensários ..." (Dep.nº27, p.61).

No programa de ação (MS/SNT, 1961) traçado por Aldo Villas Bôas, o controle da tuberculose foi conceituado como "o esforço organizado da comunidade para diminuir o risco de contrair a doença", sendo pois o objetivo da luta contra a tuberculose "proteger a população contra esse perigo e não apenas a assistência aos doentes". Esse objetivo comportaria diferentes horizontes: prevenir a infecção tuberculosa, com a vacinação dos não-infectados; evitar que a tuberculose-infecção se transforme em tuberculose-doença, pela quimioprofilaxia aplicada a grupos de risco; descobrir e tratar a doença, com a quimioterapia. A teoria que informa esta luta é a da *história natural das doenças*, desenvolvida por Leavell & Clark na década de 40, ao tratarem de superar a dicotomia entre medicina preventiva e medicina curativa, existente tanto na teoria como na prática dos serviços de saúde pública nos Estados Unidos. Como explica Mário Chaves (1978, p.66 e segs), grande divulgador entre nós da abordagem funcionalista no campo da saúde, nesse paradigma o conceito de prevenção é entendido como "prevenção de um mal maior", do qual deriva o conceito de "níveis de prevenção": primária, secundária e terciária, tendo como objetivos a promoção da saúde, a proteção específica, o pronto diagnóstico e tratamento, a limitação do dano, e a reabilitação. Esse modelo foi criticado na década de 70, a partir da própria Opa/OMS (Garcia, 1972) e no Brasil por Arouca, entre outras coisas porque nele o social não aparece como um mecanismo explicativo, mas como um atributo dos indivíduos; também o autor evidencia que "antes do reconhecimento da pluralidade e da polaridade dos grupos, o modelo forja uma coleção amorfa, neutra, homogênea e passiva." (Arouca, 1976, p.154 e segs). A visão da luta contra a tuberculose baseada na história natural das doenças levava a uma filosofia de trabalho fortemente tecnificada, que é resumida pelo próprio diretor ao relatar um episódio: "já quando haviam descoberto algumas substâncias ou antibióticos que eram efetivos em relação ao bacilo da tuberculose, um governante me disse que ele não ia destinar dinheiro pra isso, porque esse pessoal estava morrendo, mas era de fome ... e eu respondi que não duvidava disso, que ele podia continuar morrendo de fome, mas não de tuberculose ... essa era

a luta em relação ao administrador ... o governo não dava o dinheiro e dizia que era a fome que estava fazendo tuberculose, quando a tuberculose é feita por um agente etiológico específico ... mesmo o doente desnutrido, se eu trato ele não morre de tuberculose ..." Nessa gestão, a Comissão Técnica da Campanha continua a traçar as diretrizes e as normas para a luta contra a tuberculose no Brasil, com o total apoio do diretor do SNT: "uma das coisas mais importantes do Serviço, era a Comissão Técnica ... ela se reunia semanalmente, daí saíam recomendações que, se aceitas pela direção do Serviço, eram encaminhadas a cada estado ..." (Dep.nº VIII, p.28e32). Por outro lado, seus componentes se encarregavam de fazer a difusão das normas por ela propostas, por todo o país, através de encontros regionais: "aqueles seminários que ficaram famosos no Brasil inteiro ... para acelerar esse processo de atualização dos médicos ..." (Dep.nº21, p.117).

Na SOC permaneceu Alfred John Sefton, discípulo de Barros Barreto, e que conhecia bem o programa de Pernambuco, cujas bases teóricas coincidiam com a formação que tivera no curso de saúde pública, e que muito relutou em aceitar o convite: "quando o Aldo entrou, eu não queria continuar ... eu já estava cansado, estava me sacrificando ... estava lá das sete da manhã às oito, nove da noite ... e os meus colegas trabalhavam duas, três horas, tinham um emprego aqui e aquele outro e outro ... e eu ... a vida particular estava *braba*, não vivia com meu salário ..." (Dep.nºXI, p.37). No plano teórico, a difusão do modelo de luta da Campanha se vinha fazendo mediante a preparação de médicos (em cursos de fisiologia) e de enfermeiras (em estágios em sanatórios), em tal número que pudessem dar respaldo às iniciativas da Campanha: "a Campanha fez cursos ... e mandou pessoal pros estados — e o pessoal saía imbuído de uma série de coisas que eram implantadas na cabeça" (Dep.nº16, p.39) e também pela adesão de lideranças locais ao programa da Campanha: "além desses que tinham o curso, aderi à Campanha muita gente que tinha liderança no seu estado ... era escolhido um dos nomes tradicionais, que aderiu ao novo espírito da Campanha ..." (Dep.nº23, p.30). A abordagem era sempre no sentido de uma ajuda técnica, sempre atrelada a uma ajuda financeira: "você oferecia as soluções, com alguma ajuda, para que eles pusessem, por opção [em funcionamento] as normas da Campanha ..." (Dep.nº23, p.13). Ao lado do esforço para fomentar a ação dispensarial, era enorme a pressão para obter a autorização da Campanha para a construção de hospitais de tuberculose particulares, inclusive por parte de fisiologistas da Campanha mesma, com vistas aos convênios dos institutos de previdência: "começou a tentativa de construção de novos hospitais ... nós na SOC impedimos a construção de muitos, só poderiam construir com autorização nossa ... tinha processo, ia pro ministério, deputados pediam, senador vinha aqui, tinha as freiras, mas aí suspendemos, *no peito* [que] havia leitos suficientes pra tuberculose" (Dep.nºXI, p.77).

A necessidade de promover o chamado entrosamento dispensário-sanatório decorreu da impossibilidade política de suprimir leitos de tuberculose, devido aos fortes interesses existentes em torno de sua permanência. A estratégia adotada era a de racionalizar sua ocupação, de modo a dar o melhor rendimento possível, em termos de luta contra a tuberculose. Portanto, o que se poderia chamar de uma política de ação dispensarial se referia mais a uma ênfase no discurso da Campanha e da atuação dos profissionais do nível central, porque na verdade foi "uma fase dispensarial em que não se criaram mais dispensários ... não houve uma desmobilização do pessoal de hospital em função do dispensário, houve uma maior ênfase no

trabalho dispensarial, reorganizar os dispensários para a implantação dos esquemas novos de tratamento ..." (Dep.nº11, p.67-68). Mas, a resistência ao novo plano foi grande, mesmo nos sanatórios da Campanha, como Curicica: "no início da *cruzada* do tratamento dispensarial, havia uma reação muito grande ... pelo conservadorismo, o pessoal todo criado dentro daquele espírito de hospital ... a gente estava tão enfronhado, tão entusiasmado com o tratamento hospitalar, que a gente reagiu muito ..." (Dep.nº11, p.66). Parece que o novo grupo não tinha mesmo muita *passagem* em Curicica: "esse grupo, vindo de Pernambuco, meio *sem eira nem beira* ... eles tinham aquele trabalho lá ... assumiu o poder querendo transformar as coisas, inclusive em Curicica, que o pessoal de lá se achava o máximo ..." (Dep.nº36, p.190).

Outra vez a implantação do novo plano da Campanha ficou a cargo das enfermeiras. Para fazer face a esta empreitada, em 1961, houve importante modificação na equipe do setor de enfermagem da Campanha. A nova chefe foi Maria de Jesus do Valle, que já havia colaborado com a divisão de tuberculose de Pernambuco. A nova chefe incorporou à equipe do setor duas enfermeiras com experiência dispensarial: Maria Stella do Valle Bezerra, ex-supervisora dos dispensários do Recife e Ieda Barreira e Castro, que havia participado da reorganização daquela rede dispensarial e no momento acabara de reorganizar, em Niterói, o dispensário-escola Mazzini Bueno, da cadeira de fisiologia da UFF. A implantação dos novos dispensários, mesmo que com pouca ajuda financeira, causou desequilíbrios nos centros de saúde: "esses dispensários tinham uma quase autonomia dentro do centro de saúde ... a enfermagem ia lá, selecionava o pessoal, ensinava, preparava, equipava e ficava uma coisa inteiramente estranha à pobreza total da unidade sanitária" (Dep.nº20, p.9). As queixas eram de que havia "os ricos da tuberculose e os miseráveis do centro de saúde ..." (Dep.nº20, p.58).

Com a renúncia do Jânio, a situação política deu uma reviravolta: "o Mário [Fittipaldi] era *homem de braço* de Jango, nós nos reunimos, e o nosso candidato era o Aldo, pra permanecer ... o Mário concordava ... fomos na granja do Jango lá em Brasília, foi feito o pedido, e o Aldo foi confirmado, ele realmente estava fazendo um bom serviço" (Dep.nºXI, p.53). O médico citado confirma: "o Aldo era um sujeito dedicado ao serviço ... eu fui à Brasília pedir a manutenção do Aldo na direção do serviço, mas eu levei um testemunho histórico comigo, o doutor Alfred John Sefton, meu querido amigo, e quando eu pedi pra ele continuar, estava fazendo uma coisa que era do meu agrado ..." (Dep.nºXXIII, p.30). E acrescenta: "havia uma crise em Curicica, e meu saudoso amigo João Goulart pediu-me que eu fosse resolver o problema, então eu fui pra lá, pra ser um elemento de conciliação, pra pacificar aquilo ... no sentido de que as lideranças sindicais amainassem ..." (Dep.nºXXIII, p.13). Em que pese aquele acordo, Mário Fittipaldi, na gestão do ministro Fadul foi nomeado para a direção do SNT. O novo diretor diz apenas: "surgiu uma crise, eu voltei de Brasília, procurei o Aldo e disse que o Jango estava fazendo questão que eu assumisse, e que eu ia aceitar ..." e comenta "minha condição de passar para a direção do Serviço foi pela coincidência de ter tido na presidência da República um amigo de infância, companheiro, meu irmão pertencia ao gabinete militar dele ..." (Dep.nºXXIII, p.30). Mas o estilo que o diretor de Curicica vinha imprimindo à administração do sanatório parece ter sido motivo de atrito entre ele e o diretor do SNT. É um amigo comum

que explica: "o Mário deu uma direção ao gosto dele, o que contrariou terrivelmente o Aldo ... o Mário dava churrasco, fazia discurso ..." (Dep.nº20, p.51).

O fortalecimento do movimento sindical repercutiu no sanatório-cidade que era Curicica: "vinham líderes sindicais conversar com a diretoria, com o médico de plantão e participar inclusive de discussões com doentes internados, no refeitório ... foi uma época que passava pra dentro do hospital a agitação que estava havendo no conjunto da sociedade ..." (Dep.nº27, p.39-40). Com isso, os que estavam acostumados a mandar tiveram que ceder seus lugares: "*o diretor me chamou e disse — olha, eu não vou te botar como assistente porque eu tenho ordem de não fazer isso ... eu nunca fui político partidário ... não era de esquerda nem de direita, eu era do trabalho ... ele era meu amigo particular, mas não pôde ... porque o pessoal da parte do Jango me tinha como um desses ferozes ...*" (Dep.nº28, p.18-19). Os trabalhadores sindicalizados assumiram certas funções até então atribuídas às enfermeiras; além da mera verificação do cumprimento dos regulamentos, chegaram a assumir aspectos do controle de qualidade, ainda que sob uma ótica que hoje talvez pudéssemos denominar de "defesa do consumidor": "a assistência dada pelos médicos era acompanhada por eles — se o atendimento não era adequado, eles se queixavam à direção do sindicato, que ia à direção do hospital; houve época que os sindicatos exigiam que os médicos dessem plantão acordados, que o médico receitasse na presença do doente e não por telefone ... isso fez muita gente andar a noite toda pra cima e pra baixo no hospital ... até que o próprio pessoal verificou que a enfermagem era capaz de fazer um julgamento se a situação exigia a presença de um médico ..." (Dep.nº27, p.40). Essa quase ingerência dos sindicatos dentro do sanatório, em determinada época, certos médicos a viveram como um clima de violência: "acabou a disciplina, o sanatório virou um pandemônio ... doente fazia greve, dizendo que estava havendo fome ... doente entrava tarde ... onze horas, meia noite, chegavam em grupo, vinham pelo corredor, feito um amontoado, criavam caso, vinha até repórter!" (Dep.nº28, p.19-20).

As diretrizes técnicas continuaram sob a orientação da Comissão Técnica, inclusive com a mesma composição. O próprio diretor comenta: "não houve uma solução de continuidade porque eu já participava daquilo ... então, mudou de mão, mas a orquestra continuou sendo regida da mesma maneira, eu fui fazendo *o feijão-com-arroz* do serviço ... o que houve foi que eu vivi uma época de *vacas-gordas* para o serviço, porque eu era amigo do ministro e do presidente da República ... então, depois da verba do Deneru, as campanhas de endemias, que levava três quartos da verba do ministério, o grande serviço dotado passou a ser o Serviço de Tuberculose ..." (Dep.nºXXIII, p.32-33).

O novo diretor, diante da recusa do dr Sefton em permanecer no cargo, indicou Waldemar Bessa para a SOC. O estilo do novo chefe é descrito por uma supervisora: "o doutor Bessa, tinha uma metodologia engraçada de trabalhar ... chegavam os secretários de saúde, ele chamava ao gabinete a última enfermeira que tinha estado lá [no estado], e na frente do secretário expunha o problema e pedia a opinião da enfermeira ... ele tinha uma habilidade tremenda ..." (Dep.nº18, p.71-72). O setor de enfermagem recebeu o impacto da mudança de diretor: "na hora que o Mário assumiu foi aquele negócio, *danou-se*, saiu muita gente ... ficou um

pingo de gente ..." (Dep.nº18, p.63). Foi indicada chefe do setor Adelaide Pacheco: "ele tinha chefiado o dispensário [escola], com a Adelaide sendo enfermeira-chefe, aí ele a convidou ..." (Dep.nº18, p.73). O controvertido estilo administrativo do diretor é assim comentado por uma supervisora: "eu participei de uma reunião em Curicica em que o Fittipaldi convidou representantes dos serventes, dos atendentes, o pessoal subalterno, representantes da massa, pra tomar parte na reunião de cúpula, pra participar das decisões, pra opinar, mas opinar com força ... e então o pessoal chegou à euforia total, trânsito livre pra tudo, entravam no gabinete do diretor, tinha uma *funcionária* que ia doutrinar a gente no setor de enfermagem ..." (Dep.nº24, p.44-45).

O golpe de Estado é comentado por Fittipaldi do seguinte modo: "quis bater minha carta de demissão, o Rodrigues [chefe da epidemiologia] disse — *te manda porque já estão te procurando, o negócio é outro!* eu ainda pude usar o carro do serviço ... e foram lá em casa e levaram uma biblioteca que era uma maravilha, dá até vontade de chorar, sumiram com tudo, me acabaram ... fizeram os inquéritos, queriam me pegar como ladrão ... quatro meses reviraram minha vida, pra no final dizer que eu era comunista, quer dizer, não tinham nada contra mim, nem poderiam ter, porque eu sou um sujeito limpo ..." (Dep.nºXXIII, p.45-46). As repercussões do golpe militar no âmbito do SNT não atingiram a enfermagem: "a substituição do diretor foi repentina, alguns médicos desapareceram, outras pessoas sumiram, algumas foram aposentada, foram feitos inquéritos administrativos e *o diabo a quatro* ... médicos, sempre médicos ... que na parte de enfermagem "não teve nada, a não ser aquele pessoal que tinha *trânsito livre*, que voltou ao trânsito mínimo, o mínimo possível ... e você vivia com a tensão do dia seguinte ..." A chefe do setor de enfermagem viajou para seu estado natal, mas "ela não foi nem chamada nem interpelada ... eu continuei no setor, fazendo as mesmas coisas ..." (Dep.nº24, p.50).

A escalada do regime: a saúde, de Castelo a Médici

A política de saúde do governo Castello atendia aos condicionamentos originados nas transformações tecnológicas que se davam no exterior. A reestruturação do setor saúde, promovida após 1966, levou ao fortalecimento da medicina previdenciária, ao tempo em que a saúde pública ficou relegada a segundo plano. Esta orientação teve como conseqüências "a tecnificação do ato médico, a constituição de empresas capitalistas no setor e o assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina." Além disso, "o Estado amplia os recursos financeiros disponíveis, através do aumento da contribuição da previdência e da expansão da cobertura ... e acentua em muito seu papel de mobilização e centralização financeiras, de que é expressão maior a unificação dos institutos previdenciários." (Braga & Paula, 1986, p.89). A criação do INPS beneficiou "acima de tudo a corporação médica, a tecnocracia da saúde em geral, o empresário clínico-hospitalar e o empresariado em geral", pois permitiu "a reorganização da prática médico-hospitalar, formando-se empresas médicas e mantendo, em novos moldes, o setor privado como o grande produtor de serviços de saúde" assim, a intervenção estatal no campo da saúde traduziu-se, de fato, numa "ampliação da participação das empresas privadas, nacionais e estrangeiras de saúde, beneficiando diretamente as indústrias multinacionais de medicamentos e equipamentos, interessadas na ampliação do mercado consumidor." (Bodstein

et al, 1987, p.100). A política de compra de serviços, adotada pela previdência social, privilegiou o modelo hospitalar, contribuindo para que a rede hospitalar privada "se expandisse com os recursos da previdência, o que limitou a ampliação de sua rede própria." (Possas, 1981, p.239). Do ponto de vista ideológico, "o conceito ampliado de saúde, que inclui vários aspectos das condições de vida e trabalho da população e forma a base teórica da prática de saúde pública, cedeu espaço para uma visão da saúde como questão possível de ser resolvida através de assistência médica." A situação de descrédito do MS evidenciava-se por sua exígua participação no orçamento da União (de 4,57 em 1961 para 2,21% em 1968 — *in* Possas, 1981, p.28). "A perda de prestígio político e o empobrecimento do MS reativaram, de forma ampliada, a dicotomia entre saúde pública e assistência médica, que se consolidou por meio da hegemonia institucional da previdência social e da prática médico-hospitalar ... com ênfase na assistência médica individual curativa, em detrimento das propostas sanitaristas e da própria atuação do MS." (Bodstein et al, 1987, p.101).

No governo Castelo, foi nomeado ministro da Saúde Raimundo de (Moura) Brito, natural de Natal/RN, professor da Faculdade Nacional de Medicina, especialista em cardiologia e cirurgia cardiovascular. De 1947 a 1951, foi diretor do Hospital dos Servidores do Estado (HSE). Médico particular e amigo do vice-presidente Café Filho, com a posse do mesmo na presidência da República, foi nomeado presidente do Ipase. Em 1962, elegeu-se deputado do recém-criado estado da Guanabara, pela UDN, mas antes que iniciasse seu mandato, foi nomeado pelo governador Carlos Lacerda para a secretaria de saúde. Convidado pelo presidente Castelo Branco para o ministério da Saúde, transferiu-se da pasta estadual para a pasta federal da saúde. (FGV, 1984, p.485-486). Sua participação na cassação dos médicos do MS é relatada pelo diretor do SNT à época do golpe: "fui cassado como comunista ... o Raimundo de Brito ... foi quem fez tudo ... ele disse que não viajava pra Brasília sem os decretos de cassação ... que o único ministério que estava atrasado era o da saúde ... era uma relação de uns dezoito médicos ... pegou a mim e a Alice [sua esposa à época] que era o *casal janguista* ..." (Dep.nº XXIII, p.46-47).

O programa de ação durante a gestão Raymundo de Brito para o período 1967/1971 adotava a concepção de saúde como componente fundamental do desenvolvimento econômico, para o que se deveria aplicar as técnicas de planejamento ao setor saúde, não chegou a ser colocado em prática, uma vez que, ainda em 67, o ministro foi substituído. Mas na sua administração, ocorrida num período de penúria financeira do MS, foi aprovada a Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias, com o sentido de viabilizar uma nova forma de captação de recursos extra-orçamentários, escapando assim da morosidade tradicional da administração pública. Essa medida, tendeu a agravar os problemas administrativos e financeiros das secretarias estaduais e municipais de saúde, "pelo seu caráter centralizador e verticalista [que] tornava secundárias as estruturas e serviços estaduais." (Bodstein et al., 1987, p.102-103).

Leonel Miranda, ministro da saúde no governo Costa e Silva (1967/1969), tinha participação como diretor e /ou presidente de várias empresas: casas de saúde, medicina de grupo, fazendas e usina. Assumiu o ministério em março de 67 e chefiou a delegação brasileira na Conferência da OMS realizada em Boston. (FGV, 1984, p.2232). Em 1968, foi elaborado o

Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, cuja experiência piloto foi realizada em Friburgo, no estado do Rio. O chamado Plano Nacional de Saúde foi o instrumento político que traduzia para o setor saúde a política expressa pelo decreto-lei 200, que previa "como um dos mecanismos de descentralização, a passagem de órgãos públicos para a órbita privada, mediante concessões e contratos". No entanto, essa proposta, que reivindicava para o MS a coordenação das atividades de saúde, ocorria num momento de esvaziamento político e financeiro deste órgão, que de acordo com a própria orientação política do governo, era responsável naquele momento apenas pelas atividades de saúde coletiva e pelas ações preventivas, ao mesmo tempo em que entrava em choque com "o grupo de tecnoburocratas que havia assumido a condução da política de assistência médica da Previdência Social". A proposta de Leonel Miranda, com base no argumento da "comprovada ineficiência do serviço público", avançava ainda mais na direção "do interesse dos grandes produtores privados de serviços médicos e das empresas médicas", pois representava afinal "uma privatização integral das atividades médico-hospitalares". (Bodstein et al., 1987, p.111-113). Uma outra apreciação é a de que o chamado Plano Leonel Miranda consistia em um "projeto liberal de interiorização da assistência médica". Seu equívoco foi superestimar o poder aquisitivo da população, supondo a possibilidade de quase toda a população do país participar no custeio da medicina privada. Deste modo, o plano tentava atender aos anseios de uma parcela considerável da classe médica, "em se libertar tanto do assalariamento como do controle estatal". Essa insatisfação do setor privado em suas relações com o Estado se devia ao fato de que, se a compra de serviços pela previdência garantia a preservação e expansão do setor privado, ao mesmo tempo ocorria uma crescente "subordinação" ou a "estatização" do setor, pois o INPS, constituindo-se como grande comprador, em conseqüência atuava também como regulador de preços. (Possas, 1981, p.245-247). A reforma administrativa que dava sustentação ao plano, extinguiu os serviços de tuberculose, da lepra e do câncer, reduzindo de 64 para 34 o número de organismos do MS. (Bodstein et al., 1987, p.120). Ao contrário, criava a Empresa Brasileira de Medicamentos (Embramed), destinada à produção de medicamentos, vacinas e soros, através de convênios com laboratórios estrangeiros. No entanto, o plano do MS levantou objeções de várias naturezas, encontrando resistências de muitos lados, devido às dificuldades que colocava à politicamente desejada expansão de cobertura, à hegemonia da previdência no setor saúde, e também à defesa da medicina liberal, configurada na proposta do regime de livre escolha do médico pelo cliente, contrária à tendência de expansão tecnológica na área da saúde. (Oliveira e Teixeira, 1985, p.213-214).

No governo Médici (1969-1974), que se apresenta como uma tecnoburocracia, foi lançado o primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento (1º PND), que pretendia inaugurar um modelo brasileiro de capitalismo industrial, "capaz de incluir o país no bloco dos países desenvolvidos no período de uma geração." A idéia central era a de que "o desenvolvimento acelerado da economia capitalista resultaria no controle e na diminuição da pobreza, já que uma economia mais rica tenderia a gerar maior distribuição de riquezas." A privatização da economia tinha a conotação de "modernização", a qual possibilitaria a expansão dos serviços sociais a maiores parcelas da população. (Bodstein et al., 1987, p.145-147). Concluindo o processo, levado avante por Castello Branco e depois por Costa e Silva, de consolidação de Brasília como capital do país,

para lá são transferidos a cúpula administrativa, o corpo diplomático, e "um número expressivo de unidades de elite das três forças armadas". (Vesentini, 1986, p.161e163).

A criação da Central de Medicamentos (Ceme), pelo decreto nº68.806/71, visava à produção de medicamentos, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, controle da qualidade dos medicamentos comercializados e distribuição de medicamentos essenciais, à população com renda de até dois salários mínimos, ou seja 70% da população brasileira. No entanto, em seu funcionamento predominaram as atividades de distribuição de medicamentos e de aquisição de matérias primas a custo menor, ampliando o mercado de consumo de medicamentos para as grandes empresas, ainda que com pequena participação. (Cordeiro, 1983, p.84). A proposta era a de "uma agência normativa e de coordenação", não dispo de produção própria e sim adquirindo medicamentos e vacinas aos laboratórios do governo ou associados e à iniciativa privada, nacional ou estrangeira. Entre esses produtos, os tuberculostáticos só eram suplantados pelos antibióticos e vitamínicos. O Programa Nacional de Imunização Contra a Tuberculose e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose encontravam-se entre as prioridades da Ceme. (Braga & Paula, 1986, p.135-137 e 139-140).

A gestão de Hélio Fraga e Laurênio Lima

Com o golpe de Estado de 1964, toma posse na direção do SNT o dr Hélio Fraga, que no entanto se afasta: "o ministro Raimundo de Brito o convidou, ele assumiu e adoeceu, passou algum tempo doente ... o Rodrigues (chefe da Epidemiologia) ficou respondendo ... depois ele voltou e reassumiu de fato ..." (Dep.nº16, p.54). Hélio Fraga, baiano, de tradicional família de médicos, fisiologista e pesquisador, filho do dr Clementino Fraga, que criou o primeiro curso de fisiologia do país. Um ex-diretor descreve as circunstâncias em que ele assumiu a direção do SNT: "o doutor Hélio Fraga fazia parte de um sistema conservador, com sua família tradicional, com seus amigos tradicionais, inclusive certamente com relações com o novo ministro ..." (Dep.nº16, p.54). Um ex-chefe da SOC assim descreve a figura: "de impor respeito, doutoral, homem do detalhe, tudo tinha que ser nos mínimos ... entregava-se um trabalho, ficava com ele uma semana, com aquele diabo daquela vírgula que incomodava ... demorava pra decidir ... e dificilmente cedeu as coisas, agora, era um professor brilhante, bem falante ... funcionário de primeiríssima ..." (Dep.nº20, p.68e70). Outro ex-diretor opina: "o Fraga tinha uma posição social muito boa, era um homem muito inteligente, falava línguas, gostava muito de congresso ... não era um médico *pé-de-boi, de batente, não* ..." (Dep.nº35, p.31).

Para a SOC foi indicado Aldo Villas Bôas, que logo viajou em missão da Opas. Com o afastamento inicial do dr Hélio Fraga, o setor de enfermagem ficou sem titular até agosto de 1964. A convidada para ocupar o cargo foi Adalgisa Matos, supervisora da Fundação Sesp. Quem explica essa escolha é o chefe da SOC: "dona Adalgisa tinha um preparo básico em saúde pública e tinha preparo em tuberculose, então tinha a qualificação profissional para o que se desejava ... uma aproximação maior [Sesp/CNCT] para a criação de mais unidades de saúde, onde se fizesse tuberculose como rotina de trabalho integrado ..." (Dep.nº VIII, p.55). A ex-chefe

do setor assim se recorda: "era uma solicitação oficial da Campanha para o Sesp, era quase como uma missão, não passava pela cabeça de ninguém fazer uma opção pessoal ... era a chamada disciplina *sespiana*, não era um convite, era quase uma ordem ... eu fui pra lá apavorada ... assumir a chefia de um setor num serviço estranho ..." (Dep.nº9, p.13-14).

Com a nomeação, o prof. Hélio Fraga, passou a ocupar as três mais importantes posições em relação ao controle da tuberculose no Brasil: diretor do SNT, superintendente da CNCT e presidente da Comissão Técnica, sendo que esta já vinha sob sua direção há anos. Com o afastamento do dr Aldo, para assumir a divisão de saúde e saneamento na Fundação Sesp, Hélio Fraga teve como colaborador na chefia da SOC Laurênio Lima, do grupo de Pernambuco, coordenador da Campanha no nordeste, e que desde a gestão de Aldo Villas Bôas vinha trabalhando na expansão do modelo de ação dispensarial no país. Quando Adalgisa Matos decidiu afastar-se da Campanha, após uma experiência de alguns meses, o setor de enfermagem permaneceu sem titular por mais cerca de um ano e meio, até que Raimunda Becker, que já havia trabalhado no Instituto de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ com o prof. Hélio Fraga, saindo da chefia do hospital de tuberculose Santa Maria, do estado da Guanabara, assumiu o cargo. Esse sanatório vinha servindo como um campo hospitalar privilegiado para a experimentação das normas da Campanha, pois nele trabalhavam dois membros da Comissão Técnica. Sobre essa experiência ela diz: "lá nós conseguimos implantar tudo o que na época era considerado essencial na assistência de enfermagem, no controle da tuberculose ..." (Dep.nºXII, p.58).

O gorado plano de Leonel Miranda motivou a demissão de Hélio Fraga, que explica: "a séria divergência com o ministro da Saúde de então, em fevereiro de 1969, me levou a exonerar-me do cargo de diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, pedir dispensa de vice-presidente do Conselho Nacional de Saúde no exercício da presidência, e renunciar ao próprio mandato de conselheiro do egrégio órgão consultivo." (Fraga, 1971, p.6-7). Com o afastamento prematuro de Costa e Silva da presidência, em 1969, inicia-se o governo Médici, no qual coube o MS a Francisco de Paula Rocha Lagoa, desde 1964 diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Durante sua gestão foram cassados e aposentados dez pesquisadores de Manguinhos. Um ex-diretor do SNT comenta: "o Rocha Lagoa foi um homem muito marcado no ministério ... porque apontou às autoridades militares nomes de cientistas, pesquisadores, de esquerda, que foram exilados, que foram aposentados ... ele hoje é um homem execrado ... no meio médico ..." (Dep.nº17, p.41e43).

Assume a direção do SNT Laurênio Lima, chefe da SOC da gestão de Hélio Fraga, e que, vindo a suceder a esse professor na direção do serviço, se propõe a dar continuidade às diretrizes que vinham sendo adotadas em seguimento à linha de ação da Campanha desde 1961. Um outro ex-diretor afirma: "Hélio Fraga entrou, fez a mesma coisa que o Aldo ... avaliação de dados e modificação dos esquemas ..." (Dep.nº17, p.36). Quanto ao dr Laurênio, ele mesmo diz: "eu não me lembro de nada que tenha feito de diferente, seguia-se uma política geral, a Comissão Técnica era a orientadora máxima, eu já vinha participando e continuei participando ... não posso separar quando eu era diretor de quando eu era chefe da SOC, porque a SOC abrangia toda a parte técnica ..." (Dep.nºXIV, p.47). Laurênio Lima, que liderara o grupo de enfermeiras que organizou a rede dispensarial do Recife, coordenara sua expansão para as

capitais do nordeste, e depois para o restante do país, havia sido agraciado com o título de membro honorário da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no 20º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado na cidade do Recife, em 1968. Escritor interessado na história das práticas de saúde, na ocasião da outorga do título, proferira conferência sobre *Contribuição da enfermagem para a emancipação da mulher*. A chefe do setor de enfermagem à época, ex-tesoureira da ABEn explica: "dos médicos com os quais eu trabalhei, acho que o doutor Laurênio era o mais enfrontado na nossa problemática, era um homem que valorizava a enfermagem ..." (Dep.nºXII, p.157-158). Durante a gestão de Laurênio Lima, teve especial realce o desenvolvimento de recursos humanos: "com Laurênio, o serviço passou por uma boa fase, em termos de virar uma *universidade* ... foi uma época que revigorou o serviço ... em termos de pessoal, oportunidades de bolsas, melhorar o padrão técnico ..." (Dep.nº11, p.77).

A reforma administrativa do MS promovida por Rocha Lagoa (decreto nº66.623/70) transformou o SNT em Divisão Nacional de Tuberculose (DNT), com novo Regimento (portaria nº11/70), que trazia implicações políticas e administrativas. Embora subindo na hierarquia do serviço público, na verdade o órgão sofreu uma diminuição de importância, devido à criação de uma Secretaria de Saúde Pública, que incluía um Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças, ao qual estava subordinada a DNT; assim, na verdade, agora dois escalões administrativos e burocráticos se interpunham entre o diretor da divisão e o ministro. Mas o aspecto que se tornou crucial foi o de que o diretor da divisão, além de continuar a ser também responsável pela CNCT, passava a ser ainda o presidente da Comissão Técnica, o que na prática significava a destituição de Hélio Fraga desse cargo, por ele ocupado desde a sua criação, o que motivou um "expediente do prof. Hélio Fraga solicitando que fosse mantida a estrutura original da Comissão Técnica." (Fraga, 1971, p.1).

Laurênio Lima também não terminou sua gestão. Seu sucessor assim viria a se referir aos impasses políticos ocorridos, ambos interessando diretamente a pessoa do prof. Hélio Fraga: "em nosso primeiro despacho com o diretor do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças, tomamos conhecimento de que dois problemas graves estavam pendentes de solução." O primeiro deles ligava-se à reformulação do Plano de Aplicação, que havia sido indeferido pelo ministro da Saúde, "porque contrariava as diretrizes básicas da sua política administrativa, mais especificamente no referente a auxílios a quaisquer unidades universitárias, que deveriam ser suprimidos." O segundo problema respeitava à Comissão Técnica da CNCT, "modificada na sua estrutura pelo novo Regimento da Divisão que ... não havia sido aplicado no atinente ao citado órgão consultivo." (MS/DNT, 1971, p.4). Outro ex-diretor, velho amigo e companheiro de lutas do diretor exonerado conta: "doutor Laurênio fez um programa de serviço, encaminhou ao secretário nacional de saúde e o doutor Lagoa disse que aquele programa era contra a administração dele e que não queria aquele programa, e não queria o doutor Laurênio ... pelo que contam, o doutor Lagoa queria nomear ... o médico da filha dele ..." (Dep.nº16, p.68).

As diretrizes internacionais e a Campanha no Brasil

No mesmo ano do golpe militar no Brasil, a Comissão de Peritos da OMS em Tuberculose, em seu Oitavo Informe, desilude aqueles que pensavam ser possível a erradicação da doença a médio prazo, ao declarar que, apesar dos progressos ocorridos nos últimos anos, nenhum país do mundo atingira o critério estabelecido pela Comissão reunida em 1959, de considerar eliminada a tuberculose como problema de saúde pública quando a prevalência de reações naturais à tuberculina, em crianças de 14 anos de idade, fosse menor do que um por cento. No que se refere à velha polêmica sobre a prioridade a ser atribuída ou à melhoria das condições gerais de vida e de saúde ou às ações específicas de combate à tuberculose, e em que pese a declaração do próprio diretor da OMS, dr. Marcolino Candau, sobre o fato alarmante de serem cada vez maiores as diferenças epidemiológicas "entre os países com abundantes recursos econômicos e os países de economia pobre", esse grupo de *experts* coloca-se a favor das medidas específicas. Justifica tal posição fazendo notar que um microorganismo específico, o *Mycobacterium tuberculosis*, é a "causa necessária" da doença, embora seu desenvolvimento esteja "tão manifestamente relacionado às condições econômicas e sociais" que com frequência ela seja citada como "exemplo de doença social, com causas múltiplas". O Oitavo Informe adverte que "apesar de que tais fatores continuem a ter uma importância considerável", os meios específicos disponíveis para prevenir e curar a doença permitem "planejar e executar programas antituberculosos eficazes em qualquer tipo de circunstâncias epidemiológicas e sociais". O Relatório também estabelece a superioridade da microscopia direta do escarro sobre o exame de raios X, tanto como meio de diagnóstico como para avaliação epidemiológica. Recomenda que se continue ampliando o emprego em grande escala da vacinação BCG, nos países onde a tuberculose constitui um grande problema de saúde pública, e declara a superioridade da via intradérmica como meio de administração do BCG, e indica a adoção da vacinação direta (sem prova tuberculínica prévia) como medida de saúde pública naqueles países. (OMS, 1964).

No Brasil, embora os resultados do tratamento de doentes com o esquema padrão fossem de cerca de 70% de curados, em qualquer modelo de ação, o resultado global do tratamento de todos os doentes ainda era muito desfavorável: "quando se considera a população total de doentes inscritos [os portadores de germens sensíveis às drogas e os portadores de germens resistentes] os resultados são bastante precários, de vez que as unidades, na sua grande maioria, não dispõem de medicamentos de segunda linha." (Lima, 1972, p.446). O mesmo autor mostra que o percentual de altas por cura em 1969, dependendo do modo como se apurou o dado, foi de apenas 27,3%. (apenas contados os vindos do ano anterior) ou 44,0% (total de altas em 1969).

Os novos critérios de internação procuravam contornar o bloqueio dos leitos hospitalares pelos doentes portadores de bacilos resistentes às drogas "standard" e muitas vezes não recuperáveis por meios cirúrgicos. A Comissão Técnica elaborou recomendação no sentido de se "fazer todo o esforço no sentido da internação de doentes bacilíferos, virgens de tratamento [VT] ou tratados por menos de 30 dias [PS= possivelmente sensível], até a negatização dos exames bacteriológicos e evidente regressão das principais lesões". Esses critérios exigiriam maior entrosamento entre dispensário e hospital e baseavam-se na classificação de Poppe de

Figueiredo (1964, p.191-201), que grupava os doentes em categorias de prognóstico, conforme a maior ou menor probabilidade de serem portadores de populações sensíveis às drogas "standard" e ainda discriminava aqueles que tinham indicação cirúrgica; enfim, estabelecia prioridades para a internação. As drogas chamadas de 2ª linha, menos eficazes, mais caras e mais tóxicas, eram usadas no tratamento dos crônicos com indicação de ressecção pulmonar total ou parcial (C1). Esses medicamentos eram administrados nas fases pré e pós-operatória, como cobertura cirúrgica, tendo como resultado mais de 90% de altas por cura. Com relação aos doentes crônicos sem indicação cirúrgica (C2), a conduta adotada era desigual: os pacientes previdenciários continuaram sendo hospitalizados e podiam ser beneficiados com as drogas de segunda linha, mas os *pacientes carentes* eram tratados nos dispensários de tuberculose das secretarias estaduais de saúde, onde geralmente recebiam apenas comprimidos de hidrazida, pois dizia-se que esta droga poderia diminuir a virulência das populações bacterianas por eles albergadas, diminuindo assim as possibilidades de contágio.

Com base na primeira experiência internacional de quimioterapia, promovida pela União Internacional Contra a Tuberculose, com a participação brasileira, a CT elaborou a 2ª recomendação sobre a quimioterapia da tuberculose em saúde pública, reduzindo o prazo de tratamento de dezoito para doze meses (SM+INH+PAS, por três meses; INH+PASouSM, por três meses; INH, por seis meses), ficando este conhecido como o "esquema brasileiro". Em decorrência foram estabelecidos dois modelos de ação para o tratamento dos doentes:

- o tratamento monofásico, realizado durante os doze meses no dispensário ou ambulatório de tuberculose;
- o tratamento difásico, iniciado no hospital por cerca de três a quatro meses e completado no dispensário. (Lima, 1972, p.441).

Assim, a hospitalização passava a ser feita dentro de um critério de curta permanência, isto é, durante a fase terapêutica de ataque, até a negatização do caso, o que correspondia aos três meses de tratamento tríplice". (Castro, 1976, p.20). Deste modo, haveria uma grande economia no custo da alta e aumento do rendimento de cada leito. Em 1967, quando o governo suspendeu a construção de hospitais para tuberculose, o número de leitos já ultrapassara os 25 mil, dos quais apenas cerca de 10% operava em regime de internação a curto prazo. Além disso, a estratégia de inserir o sanatório no novo modelo de luta contra a tuberculose, embora tenha abreviado muito o tempo de permanência do doente no hospital, não reduziu os gastos globais com as internações. Esta situação perdurou mesmo com o encerramento do tratamento cirúrgico da tuberculose. Em 1969, o Congresso de Tuberculose de Curitiba, recomendou que fossem suspensas as intervenções cirúrgicas, a não ser em casos especialíssimos" (in Castro, 1976, p.22). O tratamento *difásico* "foi quebrando um pouquinho as arestas, mas não chegou a haver uma mudança ... o número de leitos hospitalares não havia caído, tinha diminuído o tempo de permanência no hospital, mas o número de internações era de 67 mil ... o hospital continuou vivo, forte, com 80% das despesas, 80% do pessoal e com 25 mil leitos funcionando aí por esse Brasil afora ... as previdências todas carregando em cima da ação hospitalar, internando doentes e incentivando a criação de leitos particulares e os dispensários continuavam como porta de entrada do hospital ..." (Dep.nº11, p.66-67).

A atualização do programa de controle da tuberculose face às diretrizes internacionais exigiu a adoção de uma nova estratégia de combate, uma nova medida da força da doença e um novo método de vacinação. A política de interiorização se viabilizava pela integração das atividades de controle da tuberculose aos serviços gerais de saúde, de acordo com a recomendação do Oitavo Informe da OMS. As unidades especializadas (dispensários de tuberculose) em 1968 eram em número de 229. (Fraga, 1968, p.89). Apesar de que desde 1955 o SNT assinara convênio com o Sesp, somente em 1965, a Fundação adotou a diretriz de desenvolver atividades de luta contra a tuberculose em todas as suas unidades. Foram adotadas as normas propostas pela CNCT, adaptadas às características de suas unidades: o método de eleição na busca de casos foi a baciloscopia do escarro dos clientes com sintomas respiratórios (sobretudo a tosse). "Em fins de 1968 era de 155 o número de unidades da FSesp que havia incorporado o controle da tuberculose entre suas atividades de rotina, o que representava 80,7% do total de unidades da Fundação." (Lima, 1969, p.35).

Também o ex-Susa, agora transformado em Unidade de Atendimento Especial (portaria nº286/70), fez algumas tentativas de interiorização: "pegamos uma área do sul de Mato Grosso, Dourados, uma área do Piauí, uma área do Rio Grande do Norte, vários lugares do Maranhão ... fazíamos um levantamento torácico, baciloscópico e tuberculínico, e os doentes a gente entregava a um pessoal que a gente treinava antes, depois fazia supervisão ... então nós começamos a fazer uma experiência de interiorização da tuberculose ... na base da improvisação ..." (Dep.nº11, p.17-18). A visão de uma enfermeira da Campanha que trabalhava junto à secretaria de saúde de um desses estados é a de que "isso também se deu de uma forma muito vertical ... eles implantaram o controle em uns sete municípios ... uma pessoa era treinada diretamente no local, mas faltou alguém pra dar cobertura a essas unidades ..." (Dep.nº34, p.16-17).

No que se refere à avaliação epidemiológica do problema da tuberculose nas diversas regiões do país, com a acentuada diminuição dos coeficientes de morbi-mortalidade, estes deixaram de ser indicadores apropriados, o que levou a um interesse maior pelos inquéritos tuberculínicos, uma vez que, no plano internacional, a busca de indicadores mais sensíveis do comportamento da tuberculose na população levava ao desenvolvimento de uma tuberculina purificada (PPD Rt 23), que permitia o levantamento da prevalência de infectados. Em 1969, os epidemiólogos Styblo, Meyer & Sutherland viriam a desenvolver um modelo matemático no qual, a partir de informações de inquéritos tuberculínicos, era possível calcular o risco de infecção tuberculosa em determinada população. (Costa, 1985, p.316).

O novo encaminhamento dado à questão do BCG é a substituição da vacinação oral pela intradérmica, assim justificada pelo chefe da SOC: "o Brasil tem uma longa tradição de BCG oral ... todavia, em quase todo o mundo, se vem fazendo a vacinação por via parenteral, em massa, cogitando-se apenas do emprego de um produto de procedência idônea e tomando como indicador da "pega" a *viragem tuberculínica*. Assim, decidiu-se realizar "um trabalho minucioso, que pudesse servir de base à expansão futura do método a todo o país." A conclusão do estudo, realizado em Jacarepaguá, foi a de que, tendo os objetivos do programa sido atingidos e cumpridas as metas estabelecidas, foi observada uma viragem tuberculínica de 73.9% e não houve

problema com reações não desejáveis. (Lima, 1972, p.13e28-29). Esse estudo piloto foi seguido por uma série de trabalhos de campo, como explica o já agora diretor da DNT: "a DNT, em 1970, decidiu repetir em algumas capitais brasileiras, o programa realizado no Rio de Janeiro. Os percentuais de reações indesejáveis observado foi desprezível e ótima a aceitação por parte da população". Em seguimento, "a DNT programou um trabalho de campo para observar a ocorrência de reações indesejáveis nas crianças alérgicas à prova tuberculínica, que sendo de 1,5 por mil vacinados, indicou a possibilidade de se proceder a programas de vacinação "direta", isto é, sem prova tuberculínica prévia." (Lima, 1973, p.421e2segs).

As atividades prioritárias do MS estavam definidas no 1º PND, e nele o controle da tuberculose só era contemplado na atividade de imunização, cujo executor era a FSesp: "quase tudo o que recebíamos na época só permitia manter os leitos existentes nos hospitais da divisão, com alguma ajuda para outros hospitais oficiais e particulares, aqui incluídas entidades beneficentes e filantrópicas, o que consumia em torno de 80% destes recursos, ficando o restante, principalmente para a aquisição de medicamentos dos esquemas de tratamento. Esses medicamentos eram distribuídos a todos os estados e cobriam apenas a demanda de doentes novos dos dispensários existentes e muitas vezes não eram suficientes." (MS/ Snepes/ DNPS, 1982, p.4-5). Esta situação é lembrada por um ex-chefe da SOC: "quando eu entrei na Divisão, o problema era não aconselhar a busca ativa de casos [de tuberculose], já que não tinha dinheiro pra comprar remédio pra todos ..." (Dep.nº26, p.99). Esse impasse só viria a ser resolvido com a intervenção da Ceme. No cotidiano do serviço a coisa aconteceu assim: "um dia, no princípio de 72, o *chefe do SOC* disse — *o governo criou uma Central de Medicamentos ... e tem que fazer uma programação, pra ter remédio pro Brasil inteiro ...* aí fiz o primeiro pedido de 150 mil esquemas de tratamento ..." (Dep.nº26, p.100). Tal medida, que não era específica à tuberculose, e que ainda mais acentuava a centralização do poder no interior da administração sanitária federal, quando chegou a entrar em vigor, a luta já não estava mais centrada no dispensário de tuberculose.

Evolução no período

O desenvolvimento de esquemas padronizados de tratamento, combinando as três drogas (SM,INH e PAS), a orientação dos doentes e de suas famílias, e o controle de seu comparecimento, fizeram com que os percentuais de cura, nos dispensários de tuberculose, dos doentes virgens de tratamento chegassem a 90%. O percentual de altas passava a depender agora apenas da eficiência da organização que, para obter êxitos, necessitava de uma infraestrutura de serviços que assegurasse o suprimento regular de drogas, o controle dos estoques, a medicação corretamente prescrita, e seguida pelo doente. A bacteriologia passava a ser o recurso de eleição para o diagnóstico, o acompanhamento da evolução da doença e para a avaliação para a alta.

A política de extensão da cobertura das ações de saúde surgiu quando no campo da luta contra a tuberculose já estavam resolvidos problemas técnicos, como o esquema terapêutico, o diagnóstico pela microscopia direta e a vacinação BCG intradérmica, e problemas administrativo-

pedagógicos como o método de controle dos doentes e o de treinamento de pessoal. Estava aberto o caminho para a interiorização da luta contra a tuberculose, mediante uma estratégia de integração das atividades de controle da tuberculose nas unidades gerais de saúde pública, visando a estancar a corrente de doentes em fase avançada que vinham do interior, com poucas possibilidades de recuperação.

A continuada diminuição dos coeficientes de mortalidade por tuberculose torna necessário recorrer a indicadores da magnitude do problema mais sensíveis, como a prevalência da tuberculose-infecção em escolares. Simultaneamente, pretende-se vacinar a maior parte da população, mediante a realização de campanhas de massa e programas sistemáticos em coletividades de crianças e adolescentes. Desloca-se a ênfase da luta contra a tuberculose para a prevenção primária (proteção dos sadios pela vacinação BCG intradérmica), o que se supunha daria um novo rumo ao controle da doença.

Apesar da falta de uma política nacional de saúde voltada para os interesses da população, e da crise político-financeira que abalava a DNT, a luta contra a tuberculose, durante a maior parte do período, manteve sua unidade e continuidade, sob a égide da Comissão Técnica da Campanha, que estabelece tanto as normas técnicas e operacionais como os critérios de avaliação epidemiológica.

3. UM NOVO ESTILO DE ENFERMAGEM

Introdução

Este capítulo trata da contribuição decisiva das enfermeiras da Campanha para a implantação e manutenção de uma rede dispensarial nas capitais brasileiras e do entrosamento desta com os sanatórios. Apresenta a evolução do desenvolvimento de recursos humanos para a tuberculose e demonstra como as propostas de extensão de cobertura vieram a alterar radicalmente a posição das supervisoras da Campanha. Relata ainda sua participação nos programas nacionais de levantamento da prevalência da infecção tuberculosa e sua participação nas pesquisas operacionais, treinamento de pessoal e implantação do programa de vacinação BCG intradérmica.

A organização de uma rede dispensarial exigia da Campanha um esforço, ao mesmo tempo, de recrutamento de enfermeiras para trabalhar nas capitais dos estados e de adequação dessas profissionais às novas necessidades do serviço. O *Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem* (Ass.Bras.Enf., 1980, p.52), mostra que das 3600 enfermeiras em atividade no país, cuja população era estimada em 60 milhões de habitantes, apenas 546 (15%) trabalhavam em saúde pública, enquanto que 2473 (quase 70%), trabalhavam em hospitais; os restantes 15%, trabalhavam no ensino ou em outras atividades. Além disso, cerca de metade delas trabalhava no Rio de Janeiro, então Distrito Federal. Apesar dos esforços da CNCT, a modificação nos quadros de pessoal do serviço público federal determina uma quebra no processo de formação e sustentação de equipes de enfermeiras, que se vinha fazendo sem solução de continuidade desde os primórdios da Campanha. A partir dos enquadramentos do pessoal na virada da década de 50 para 60, quando "a CNCT teve seus padrões de salário equiparados ao serviço público federal", surgiu uma crise, pois "os serviços autárquicos proporcionavam melhores salários e vantagens, acrescidos ainda de condições de estabilidade e acesso a outros padrões de vencimentos". Assim é que os relatórios anuais do setor de enfermagem, a partir de 1958, assinalam dificuldades de recrutamento, pedidos de demissão, quadros incompletos nos sanatórios e alto percentual de entradas e saídas. (Souza, 1977, p.26,28-29,31-32). A nova situação afetou duramente os quadros de enfermeiras, exatamente porque, não tendo outro emprego, elas não podiam arcar com o ônus da depreciação do salário e da instabilidade no emprego. Em 1967, já havia no SNT mais médicos do que enfermeiras (202 médicos e 177 enfermeiras); havia ainda 37 assistentes sociais, 30 nutricionistas, 19 dentistas e três farmacêuticos.

As circunstâncias em que ocorre a formação de um perfil de enfermeira adequado à ação dispensarial se revestem de dificuldades especiais: para as enfermeiras egressas dos sanatórios, por terem que adquirir uma outra visão da luta contra a tuberculose; para as recém-saídas dos cursos de graduação, porque a formação de enfermeiras voltava-se cada vez mais para a prática hospitalar; e para as enfermeiras de saúde pública das secretarias, pois não tinham recebido o preparo técnico e psicológico para aceitarem o novo desafio. O trabalho de reorganização de

um dispensário visava à racionalização e à produtividade do trabalho, em termos de descoberta e controle de casos. Em 1961 e 1962, foram preparadas 31 enfermeiras para a reorganização de dispensários, em cursos de dois meses (240 horas). No setor de enfermagem é formada uma "equipe itinerante" para a reorganização de dispensários nas capitais dos estados. Nesses anos, foram reorganizados dispensários nas cidades de São Luís do Maranhão, Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Curitiba, Florianópolis, Belo Horizonte, Goiania, Cuiabá e Brasília. Em 1962, foi feito um levantamento das condições de funcionamento dos dispensários das capitais brasileiras e visitas de supervisão a todos os dispensários reorganizados ou em organização. Ao mesmo tempo, os serviços de enfermagem nos sanatórios de administração direta da Campanha se defrontavam com enormes dificuldades legais e financeiras para completar seus quadros, desfalcados através dos anos. Além disso, com o advento da quimioterapia, haviam se modificado as características da clientela hospitalizada e portanto da assistência de enfermagem, estando conseqüentemente defasados aqueles parâmetros iniciais de previsão de pessoal para os serviços de enfermagem. Havia também uma premente necessidade de transferir recursos até então destinados à manutenção dos sanatórios para outras metas da luta contra a tuberculose. Buscando-se um encaminhamento para esses problemas, em 1965 realiza-se a primeira pesquisa em enfermagem na Campanha, voltada para a avaliação da utilização do pessoal.

Durante o primeiro governo militar, a região nordeste, onde se concentrava a maior parte dos serviços apoiados e orientados pela Campanha, que já contava com um coordenador médico, passou a contar com uma enfermeira que, sediada na delegacia federal de saúde do Recife, ficou encarregada da supervisão dos serviços da região. Com o tempo, foi ocorrendo uma certa especialização das enfermeiras do setor quanto às áreas de supervisão, devido às facilidades que representavam o conhecimento do histórico dos serviços a serem visitados e os relacionamentos anteriormente estabelecidos com o pessoal local.

A renovação de métodos em meio à instabilidade

A mudança no modelo de ação da Campanha ocorre enquanto se processam mudanças fundamentais no seu quadro de pessoal, num contexto de crise do serviço público e, ao mesmo tempo, em meio a acontecimentos políticos dramáticos, que no entanto afetam pouco as supervisoras, devido ao seu desligamento dos acontecimentos ocorridos "fora" do mundo da Campanha.

Até a virada da década de 50 para a de 60, a situação funcional do pessoal da Campanha era totalmente irregular, o que se refletia diretamente no modo como eram efetuados os pagamentos: "a gente recebia por aquela famosa *verba três* ... a gente ficava um ano dando vale, pedindo dinheiro ..." (Dep.nº34, p.20-21). Em 1958, houve uma primeira efetivação do pessoal: "todo mundo que era verba 3, pagamento por serviços prestados, pagamento contra recibo, foi efetivado ... e em 62 todo mundo que recebesse dos cofres públicos foi efetivado ... então desapareceu o pessoal da Campanha, virou tudo Serviço Nacional de Tuberculose, quer dizer, todos passaram a ser funcionários [estatutários]" (Dep.nº11, p.78). A remuneração do trabalho na Campanha já não se fazia em termos competitivos: "em 67 surgiu a oportunidade de eu vir

pra escola [Ensp] ... eu ia ganhar três vezes mais, sem viajar, sem me sacrificar tanto, com transporte pra me pegar na porta, me levar e trazer ..." (Dep.nº25, p.58). Com o enquadramento, o que se ganhou em segurança perdeu-se financeiramente. Em consequência, a transferência de uma enfermeira da Campanha, de sua cidade para o setor de enfermagem, já encontrava certas dificuldades, mesmo porque muitas delas tinham o compromisso de ajudar sua família: "naquela época nosso salário já era pouco pra eu me sustentar no Rio e sustentar minha família lá ... já se estava falando em tempo integral ... falavam que ia chegar, mas não chegava ..." (Dep.nº8, p.38).

Após o enquadramento, desapareceu a possibilidade de contratação pelas leis trabalhistas. A instabilidade no emprego e a descontinuidade administrativa do serviço público federal foram motivos de opção por outros empregos: "eu fui a última enfermeira contratada que pegou o enquadramento ... essas outras meninas não pegaram o enquadramento e elas saíram, que não tinham um vínculo seguro ..." (Dep.nº8, p.77). Uma delas explica: "na época do ministro Leonel Miranda havia uma proposta de acabar com os serviços públicos de saúde, privatizar todos ... eu não tinha vínculo empregatício com a Campanha, eu era paga por *serviços prestados* e fiquei com medo de ficar desempregada ... fiz concurso e fui pro Ipase." (Dep.nº3, p.21). Ou então: "eu era contratada, era uma verba da Campanha, não tinha segurança nenhuma, aí fiz concurso para o estado da Guanabara, passei e pedi demissão da Campanha ..." (Dep.nº31, p.26-27).

Também desapareceu a possibilidade de oferecer suplementação financeira para o pessoal das secretarias que fosse trabalhar nos dispensários o que, além de criar problemas de seleção de pessoal, enfraqueceu politicamente a Campanha: "o estado nunca podia pagar aquilo que deveria, os ordenados eram muito baixos, então a Campanha suplementava ... depois a Campanha não pôde mais, isso criou um problema sério ... porque as pessoas já estavam acostumadas a receber aquilo ... o serviço ficou prejudicado ... a gente não sentia estímulo dos funcionários ..." (Dep.nº25, p.57-58).

O novo estilo de trabalho foi desenvolvido em uma época politicamente conturbada. Se as supervisoras já eram arreadas ao debate político, as viagens, as dificuldades de comunicação da época e o ritmo de trabalho intenso desligavam a supervisora ainda mais do andamento dos acontecimentos fora do campo onde se desenvolvia seu trabalho: "naquela época, era uma luta pra se conseguir um telefonema interurbano, você se desvinculava de tudo o que estava acontecendo no país ..." (Dep.nº18, p.63). Um trabalho tão absorvente talvez não deixasse muito espaço para outros interesses fora do universo da Campanha: "as enfermeiras da Campanha, eram da Campanha e então elas se completavam dentro do setor, talvez elas não sentissem bem essa necessidade de contato com o mundo exterior da enfermagem ... um mundo além do setor ... quando eu fiz um levantamento das enfermeiras que eram filiadas à ABEn [Associação Brasileira de Enfermagem] foi um desastre ..." (Dep.nºXII, p.152-154). No que se refere à política nacional uma supervisora diz: "a grande maioria não 'tava *dando bola* pra o que acontecia no país, a gente nunca teve militância partidária, apesar de meu pai ser político *no estado*, eu nunca me envolvi ..." (Dep.nº41, p.107-109). Essa impressão de desligamento político das enfermeiras é reforçada em outro depoimento: "elas não se engajaram, ninguém nunca

tomou posição, ou de direita ou de esquerda ... as enfermeiras não se filiam a partidos, quer dizer, elas são apolíticas, em geral, durante o meu tempo todo foi assim, eu acho inclusive que isso é questão de formação, nós recebemos orientação da escola nesse sentido ... enfermeira não é politizada ... eu toda vida fui de direita, mas nunca tive consciência que eu era de direita, foi preciso haver um golpe de estado pra eu me situar ..." (Dep.nº24, p.52-53).

A complexidade das políticas locais não parecia ser levada em consideração nem pelas supervisoras, nem pelo órgão de enfermagem. Também não era considerado o impacto que sua atuação poderia ter sobre os interesses locais, apesar de que o preparo profissional poderia ser sólido o bastante. Este aprendizado cada uma fazia às próprias custas e na medida de sua sensibilidade: "aquela ingenuidade, aquela inexperiência nossa de recém-formada, eu achava uma temeridade, você sair pra enfrentar autoridades, pessoas com resistência à mudança, lidar com outras categorias profissionais ... as enfermeiras saíam pra chegar lá e fazer um carnaval — *só volta se deixar o serviço implantado!* então você tinha que entrar em conflito, e nós não estávamos preparadas pra isso, saímos com aquelas lições decoradas, mas não pra ter *jogo de cintura* pra trabalhar com aquelas velhas raposas ... então foi aí que muita gente *se estressou*, que muita gente *quebrou a cara* ... ou foi aí que muita gente aprendeu ..." (Dep.nº34, p.15).

Quando a política federal pendeu para a esquerda, a orientação adotada pelo diretor do SNT de incentivar a participação de todas as categorias de trabalhadores nas decisões causou muito desconforto a supervisoras cuja expectativa era a de que o país tomasse outro rumo: "a gente reagia estranhando, profundamente, achando um absurdo ... que coisa horrorosa, como é que pode, esse pessoal tem capacidade, tem cabeça pra pensar alguma coisa ? mas o pensamento do povo, em geral, era que o Jango ia ficar mesmo no poder, o povo estava pensando que ele ia conseguir a virada, e o operário tinha voz no país, o pessoal subalterno tinha voz ... em face disso, ninguém ia abrir a boca pra dar sua opinião, você procurava se manter no seu canto, com suas idéias pra dentro de você mesma, quem tinha que conversar, conversava com as pessoas mais íntimas ... o que se pensava é que não podia continuar a situação como estava, o país tendendo pra esquerda, houve comentários em surdina ..." (Dep.nº24, p.46-47).

Sobre o golpe militar de 1964, há depoimentos bastante ingênuos de várias supervisoras, desligadas dos acontecimentos, apesar da grande movimentação popular havida semanas antes em todo o país, "com importante participação das mulheres de classe média, como as procissões político-religiosas ...". No momento em que acontecia o Comício da Central do Brasil ... "um anticomício se realizava ... com santos entronizados e velas acesas nas janelas das casas da classe média assustada". Dias depois ocorre a *Marcha da Família com Deus pela Liberdade*, encabeçada por setores do clero e entidades femininas ... encabeçadas pelas principais damas do *soçaiete* ... reunindo centenas de milhares de pessoas, em São Paulo e também no Rio." (Ribeiro, 1985, # 1770, 1772 e 1781). Enquanto isto as supervisoras poderiam estar completamente desorientadas, principalmente quem estivesse fora da sede: "eu voltei no dia 30 de março, quando acordei de manhã, a colega disse — *eu não consegui ir trabalhar porque não tem transporte* ... ligou o rádio, tinha havido a revolução ..." (Dep.nº1, p.35). Quem estava longe: "eu soube pelo rádio ... eu recebi um telegrama, que não dizia nada [de revolução], mas como quem diz assim, trate de vir

embora ... mostrei o telegrama ao secretário, esperei o próximo avião e vim embora ..." (Dep.nº25, p.36-38). Outra supervisora explica: "as pessoas foram chamadas pra voltar aos seus lugares, porque não se sabia o que ia acontecer, as pessoas estavam sendo presas ..." (Dep.nº42, p.58-59). As supervisoras na sede poderiam estar um pouco mais informadas, até por injunção do serviço: "no dia 27, eu fui saber se a viagem estava certa e aí o *diretor* informou que os vôos estavam suspensos, que as tropas estavam de prontidão, que a situação do país não era boa e que a viagem tinha sido adiada ..." (Dep.nº18, p.82). Outras até estariam bem mais informadas, talvez pela proximidade com pessoas politicamente engajadas: "ele [o marido] já estava reformado, então ele se apresentou no quartel *pra o que desse e viesse* ... a tendência dele era de esquerda ..." (Dep.nº24, p.49).

Só o clima da organização deixava transparecer a gravidade dos acontecimentos, que não eram comentados: "quando eu cheguei no trabalho achei o ambiente muito tenso, as pessoas não queriam falar, todo mundo muito calado, muito pra si mesmo ... a *chefe* estava demissionária, logo mudou também o diretor ..." (Dep.nº25, p.38-39). E depois: "quando eu voltei, a *chefe do setor* já era outra, as colegas já tinham ido pra outros lugares, eu fui a última ..." (Dep.nº42, p.58-59). A intranquilidade era generalizada: "foi feita uma averiguação nas contas da divisão, pelo que eu sei estava tudo em ordem ... um belo dia, saiu publicado no diário oficial ... a aposentadoria dele [o diretor], da mulher dele ... e algumas pessoas sumiram como por encanto ..." (Dep.nº18, p.82-84). A informação é a de que não havia comprometimento político de nenhuma das supervisoras: "as reações variavam com as pessoas, umas desiludidas, outras apavoradas, mas na seção de enfermagem, não tinha ninguém envolvido em política partidária, então não havia nenhum receio, dentro da seção só havia aquela expectativa de quem seria o novo diretor ..." (Dep.nº18, p.83).

O que ficou registrado na memória é que o trabalho sofreu uma prolongada descontinuidade: "aí ficamos sem viajar, aguardando as mudança, tudo parado, não se definia o que se ia fazer, só em 66 é que eu fui viajar de novo ..." (Dep.nº25, p.39). Quando foram reiniciadas as supervisões, transparece o clima de medo e tensão reinantes em todo o país: "havia um cuidado muito grande das pessoas ao ir aos estados e não se manifestar politicamente, porque a gente tinha medo, não sabia quem *dedurava*, a gente ficava numa certa neutralidade, com as políticas estaduais ... em certos estados os secretários de saúde não mandavam medicação pra municípios que não tivessem o mesmo credo político deles e a gente falava pro secretário que ele não podia deixar o doente ficar crônico, a gente fazia uma pressão, agora em relação ao princípio político em si a gente não interferia ..." (Dep.nº41, p.105-106).

As dificuldades na implantação do projeto da Campanha de ação dispensarial parecem ter aumentado à medida em que avançava a expansão do modelo, pois se no início eram escolhidos os estados que apresentavam melhores condições de trabalho e maior receptividade das autoridades de saúde, depois o esforço já era de abranger todas as capitais, o que levava a que se procurasse trabalhar junto a todas as secretarias de saúde. A situação parece bastante delicada: "era uma situação difícil pra enfermeira da Campanha, porque ela não estava atuando dentro de seu próprio serviço, ela estava tentando vender uma idéia de implantar um serviço

dentro de outro serviço, que era estadual, que era autônomo, então eu acho que elas tinham que desenvolver uma estratégia toda especial pra lidar com essa situação anômala, porque não deixava de ser uma ingerência de um serviço federal num serviço estadual ..." (Dep.nº9, p.26).

As "enfermeiras de dispensário" em alta

A mudança do discurso da Campanha abalou a estrutura de poder, mesmo internamente à enfermagem: "deixou de ter prestígio quem trabalhava em hospital ... o hospital ficou cada vez mais relegado, mais abandonado pelo pessoal da sede" (Dep.nº11, p.68-69). O fenômeno foi notado inclusive no hospital-escola da Campanha: "essa queda de prestígio de Curicica decorreu da mudança da interpretação do papel do hospital na luta contra a tuberculose ... e aquele estudo, que mostrou que os doentes levavam anos no hospital só comendo, dormindo e sem curar ... o hospital foi perdendo prestígio, e é claro que se a instituição perde expressão, os profissionais que trabalham nela vão junto ..." (Dep.nº21, p.121). A nova mentalidade em relação à doença, decorrente de uma nova tecnologia, que podia garantir a cura de pelo menos grande parte dos doentes, tendo sido difundida a partir dos dispensários de tuberculose, ficou relacionada a este tipo de serviço, sendo mantidos os sentimentos de medo e aversão quanto ao sanatório, lugar de exclusão e de morte: "quando eu fui trabalhar no dispensário, os doentes não estavam internados, minha família não fazia relação de transmissão com esses doentes, mas no dia que eu tinha que ir ao sanatório visitar meus doentes, eu tinha que chegar em casa e tomar um banho, porque todo mundo reclamava que eu não podia entrar em casa com a roupa que eu tinha ido ao hospital ..." (Dep.nº8, p.11-12). O modelo organizacional do sanatório não acompanhou a evolução dos conceitos relativos ao controle da tuberculose. Os meios mecânicos de proteção utilizados no sanatório correspondiam àquela concepção sobre a transmissão da doença de antes do advento da quimioterapia que, por seu poderoso efeito na eliminação das populações bacterianas, veio criar o conceito de isolamento quimioterápico: "tinha que usar máscara, avental, um turbante para proteger os cabelos ... eu achava horrível ..." (Dep.nº8, p.11). Apesar de anacrônicos, esses meios, de grande potencial simbólico, continuavam a ser valorizados, o que possivelmente passava à comunidade a idéia de perigo. No dispensário a proteção por barreira consistia nos anteparos de vidro, existentes nos balcões de atendimento e nas mesas dos consultórios; no entanto se confiava mais na quimioterapia como meio de proteção, conferida pela rápida diminuição da população bacteriana albergada pelos doentes: "o pessoal do sanatório tinha muita preocupação de usar máscara e capote com os pacientes ... isso era um negócio que me chocava muito, que lá no dispensário ... a gente também falava com os pacientes fora daquele vidro ..." (Dep.nº8, p.33-34).

O estudo de necessidades de pessoal de enfermagem promovido pelo setor de enfermagem da Campanha também abalou o prestígio da enfermeira sanatorial. A abordagem funcionalista procurava detectar os *desvios de função* das diversas categorias de pessoal de enfermagem, bem como o tempo dedicado pelo serviço de enfermagem a cada paciente em um dia, nos diversos tipos de unidades de enfermagem, discriminando os chamados dias úteis dos fins-de-semana e ainda as atividades diretas (junto ao paciente) das indiretas. O método

empregado para a coleta de dados foi o da *observação intermitente*, através do registro instantâneo das atividades de todos os elementos de enfermagem, de 15 em 15 minutos. O estudo desenvolveu-se em dez unidades de enfermagem, em que se observaram 11 497 atividades, executadas por 157 pessoas, pertencentes a seis categorias funcionais. Os resultados da pesquisa mostraram que o tempo médio de enfermagem gasto por paciente nas 24 horas era de cerca de 50 minutos, sendo que mais da metade deste tempo era representado pela categoria de atendente. A categoria enfermeira-chefe de unidade foi a que apresentou os maiores desvios de função, acentuadamente para o que se considerou ser o nível de escriturário. O trabalho de campo foi coordenado pela enfermeira que viria a ser a próxima chefe do setor, Raimunda Becker, que conta: "a pesquisa se originou de um pedido de pessoal de enfermagem ... eu fui chamada pela chefe do setor pra fazer essa pesquisa em Curicica ... fizemos uma pesquisa piloto ... como o hospital era muito grande e a pesquisa envolvia a observação das atividades de enfermagem nos três turnos de trabalho mesmo trabalhando uma amostra deu um volume de trabalho que era uma enormidade ... caixas e mais caixas de material ..." (Dep.nºXII, p.63-65). A exemplo de outros estudos do mesmo teor, desenvolvidos à época em vários serviços e em diversas regiões do país, os resultados dessa pesquisa operacional não tiveram uma repercussão direta nos serviços de enfermagem de sanatório, mas seus resultados foram divulgados, no Centro de Estudos do próprio sanatório de Curicica, publicados na Revista do SNT e na Revista Brasileira de Enfermagem, e apesar de não explicarem a situação encontrada, contribuiu para o debate do papel da enfermeira nos serviços de saúde no Brasil. Além disso, este trabalho correspondeu ao primeiro treinamento em pesquisa promovido pela Campanha para enfermeiras, fundamental para a participação do setor de enfermagem nas futuras pesquisas de campo promovidas pela Campanha.

As atividades de treinamento também serviam como estratégia de aproximação entre enfermeiras da secretaria de saúde e as da Campanha, em benefício do entrosamento dispensário-sanatório e inclusive para atrair enfermeiras lotadas em sanatório para trabalhar nos dispensários: "aquele seminário foi muito bom porque dali resultou inclusive a possibilidade de retirar enfermeiras do hospital, deslocando para a área dispensarial ... trabalhou-se nesse sentido, e depois elas mesmas preferiram ..." (Dep.nº21, p.130). A modalidade de ensino era extremamente diretiva, de modo a alcançar objetivos bem limitados e a curto prazo: "era uma *lavagem cerebral* ... era pra mudar mesmo o comportamento do indivíduo em relação ao trabalho ... o seminário era de quarenta horas, as exposições eram de manhã e de tarde se fazia grupos de discussão, nas plenárias as enfermeiras tinham possibilidade de colocar suas dúvidas e dificuldades ... podia discutir, colocar o que quisesse ... o que elas não tinham era argumento pra contrapor ao que era colocado ... e era uma coisa impositiva, inarredável e a *supervisora* era muito incisiva e crítica ..." (Dep.nº21, p.132).

A nova política de ação dispensarial repercutiu na percepção do pessoal dos serviços existentes nos estado em relação ao seu próprio trabalho: ao contrário da impressão de uma enfermeira saída do sanatório para trabalhar num dispensário — de que essa mudança estaria correspondendo a um avanço profissional — o caminho inverso poderia ser percebido como um retrocesso, apesar da pobreza do dispensário: "quando saí do dispensário eu me senti traída pela

enfermagem da sede, eu achava que estava tão bem ali, que eu estava me realizando e realizando alguma coisa boa, e de repente, fui pro hospital ... pra mim foi um castigo, depois eu vi que as coisas não eram assim, cheguei a ser chefe do sanatório, mas a época do sanatório parecia assim, uma passagem, não era um negócio pra vida inteira, eu nunca achei que ia ficar no hospital ... essa minha relação com os pacientes, era uma relação diferente da relação do dispensário ... eu não tinha tanta doação aos pacientes do hospital ..." (Dep.nº8, p.32). O depoimento de uma enfermeira de sanatório, futura chefe de enfermagem do Rezende, a respeito de seu estágio no DE, é de uma revelação: "meu primeiro encontro com o dispensário ... eu com um pé lá outro cá, um olho lá outro cá ... eu adorei, foi uma experiência maravilhosa, era um campo novo que se abria pra mim ... o encanto que eu tive de ver e ouvir uma entrevista com um paciente, feita pela *supervisora*, eu não esqueço ..." (Dep.nº15, p.63).

A reorganização dos dispensários

Duas partes principais, via de regra desenvolvidas simultaneamente, compunham o trabalho de reorganização de um dispensário: a revisão dos arquivos para implantação das novas normas e o treinamento do pessoal auxiliar nas rotinas correspondentes. Essas tarefas eram executadas com o dispensário em pleno funcionamento, isto é, atendendo a sadios, suspeitos, doentes e seus comunicantes (os que coabitavam com um tuberculoso), o que tornava o trabalho complexo, pesado e desgastante. A revisão dos arquivos era comparada como uma limpeza: "tinha a história de *limpar* os arquivos, o paciente que tivesse mais de cinco anos sem comparecer ao serviço, seu prontuário era retirado, mas ele permanecia no sistema, que a gente anotava a *vida* do paciente na ficha-índice, se esse paciente voltasse, abria-se um outro prontuário, com o mesmo número antigo ..." (Dep.nº8, p.50).

O treinamento era o ponto crucial para a manutenção do serviço após a partida da supervisora: "as primeiras coisas eram discutir a tuberculose como problema de saúde pública, porquê justificava tratá-la com prioridade, que faixas etárias ela agredia, a forma de transmissão ... o treinamento era teórico-prático ... primeiro as informações teóricas, depois a gente executava as tarefas e mandava que eles executassem, a gente corrigia, complementava ... o treinamento era em um horário e no outro horário era a organização dos arquivos ... a parte de organização era simultânea ao treinamento ... o treinamento era de cerca de um mês, depois a gente ficava outro mês acompanhando o desenvolvimento do trabalho ... era o estágio supervisionado ..." (Dep.nº3, p.16-17). O período de treinamento possibilitava também uma certa especialização dos melhores elementos nas tarefas mais complexas, de acordo com as habilidades e aptidões e também o interesse e o senso de responsabilidade de cada um: "a gente treinava todos, mas já procurava ver aquelas pessoas que tinham melhor preparo, mais facilidade de se comunicar, e a gente já escalava — este aqui fica com o PPD (prova tuberculínica), esse daqui fica com a entrevista, treinava também pra visita ..." Também era prevista a necessidade de substituições: "acabava todos eles sabendo fazer tudo, se você chamasse um funcionário trabalhando lá no balcão de *suspeitos*, na *triagem*, ele sabia trabalhar no arquivo, se botasse o da *triagem* pra ir entrevistar doente, ele sabia ..." (Dep.nº2, p.17). Quando não havia enfermeira, geralmente no

interior, era selecionada também uma responsável pela enfermagem: "em geral o atendente que coordenava era o que tinha melhor capacidade pra se comunicar ..." (Dep.nº3, p.17). Ou então: "eu consegui uma atendente que se apaixonou pelo serviço, aquela menina tinha loucura pelo serviço, ela fazia o controle do comparecimento, ela mandava cartinha chamando ..." (Dep.nº18, p.52).

A divisão do trabalho entre os funcionários dos diversos setores era mais ou menos assim: "tinha que atender a demanda pro R.X., tinha uma funcionária pra ler o filme com o médico, transcrever os resultados que ele ia lhe ditando, enrolar o filme, botar etiqueta dizendo em que número começava e em que número terminava, separar as fichas e arquivar na triagem ... outra funcionária entregava os resultados, se fosse *suspeito* mandava pro médico, se fosse *ilegível*, pro raios X, e se fosse *pneumopatia não tuberculosa*, orientava pro serviço geral de saúde; a rotina do atendimento no balcão (*suspeitos* e doentes) era pedir exame de escarro, encaminhar pro médico e abrir o prontuário dos casos novos". (Dep.nº2, p.17). Uma das tarefas consideradas mais difíceis por algumas supervisoras era treinar alguns funcionários para fazer *a estatística* do movimento dispensarial, principalmente naqueles primeiros tempos em que o modelo de organização ainda não havia sido simplificado, inclusive devido à necessidade de obter dados confiáveis, um dos principais objetivos da reorganização: "aquela estatística complicada ... era horrível e você tinha que ensinar pros funcionários e eles tinham que fazer certo ..." (Dep.nº2, p.28).

A entrevista "pós-clínica" era feita apenas com os doentes VT e PS, ou seja, fazendo uso do esquema quimioterápico. Os principais objetivos eram informar o diagnóstico e orientar sobre a doença e o tratamento: "a gente ficava na obrigação de dar o diagnóstico, alguns doentes ficavam chocadíssimos ... a gente procurava conversar com eles, acalmar, orientar e deixar bem claro que ele ia ficar bom, ficar curado ... o doente perguntava e a gente complementava o que fosse necessário ... ele perguntava se podia dormir com a mulher, namorar, beijar, se podia trabalhar ... depois a gente orientava sobre o medicamento que ele ia tomar, o tempo ..." (Dep.nº2, p.18-19). O impacto da notícia poderia ser forte: "eles ficavam muito surpresos, uns choravam, outros não podiam mais nem falar, outros ficavam indiferentes você, estava falando e a pessoa estava no ar ... quando isso acontecia, eu pedia o endereço deles, se tinha apelido, onde era a rua que entrava, e ia visitar, pra conversar, às vezes eu mandava voltar no outro dia pra conversar com eles mais a vagar ..." (Dep.nº8, p.21).

Antes de iniciar o tratamento do doente eram tomadas várias medidas de rotina para verificar a conveniência de se investir naquele caso: "o paciente nunca começava logo o tratamento ... ele era visitado, depois que era confirmado o endereço, passava pela reunião, pra ver se era caso de internação, e a gente ou chamava pra internar ou levava a primeira medicação em casa ... tinha também a reunião no sanatório, que era uma vez por semana, pra estudar os casos que iam ser internados e os casos que iam sair do hospital, eu conversava pra eles voltarem pro dispensário, pra apanhar a medicação, a responsabilidade que eles tinham no tratamento ..." (Dep.nº8, p.21e23). O controle do comparecimento era diário: "o acompanhamento era feito através o fichário de apazamento ... no fim do dia, a gente verificava aqueles doentes que tinham faltado, e no dia seguinte, imediatamente, mandava visitar; e como segunda prioridade,

aqueles doentes que tinham sido inscritos, pra localizar o endereço, pra eles poderem começar a tomar o remédio ... o índice de abandono aceitável era de 10 a 15 por cento ..." (Dep.nº2, p.18-19). Os doentes do interior tinham prioridade para internação e até poderiam passar mais tempo no sanatório: "todo doente que fosse *virgem* ou *PS* [possivelmente sensível] eu fazia um esforço muito grande pra internar ... esses pacientes as vezes não tinham onde ficar, então, quando eles sabiam o resultado da reunião, já estavam prontos pra internar e às vezes eu ia levar no hospital ... os doentes do sertão, em vez de três meses, eles passavam seis meses no hospital" (Dep.nº8, p.20e26).

Além dos casos a serem internados para fazer a primeira fase do tratamento *standard*, havia os casos crônicos, com indicação de cirurgia pulmonar, mesmo nos sanatórios em que não houvesse equipe cirúrgica: "no hospital você tinha doentes em todas as fases ... os doentes que iam passar só um período e os doentes que eram crônicos ... os crônicos, uns iam morrer ali e outros iriam ficar bons, mesmo sendo crônicos, que eram os doentes pra cirurgia ... tinha passado no sanatório uma equipe de Curicica que se chamava *equipe itinerante de cirurgia* ... vinha enfermeira, médico, pra fazer a cirurgia daqueles pacientes ..." (Dep.nº8, p.30e32). Havia ainda alguns pacientes crônicos, sem indicação cirúrgica, fazendo uso das chamadas *drogas de segunda linha*, menos eficientes e que por serem muito tóxicas só eram usadas em pacientes hospitalizados: "os doentes ficavam falando sozinhos ... depois que suspendia a medicação o doente voltava ao normal ..." (Dep.nº8, p.34-35).

A nova estratégia, a nova medida e o novo método

A implantação das atividades de controle da tuberculose em centros e postos de saúde ocorria do seguinte modo: "a tuberculose era um serviço dentro da unidade, que tinha outras atividades e um arquivo único, não precisava de planta física especial, nem de pessoal especializado em tuberculose, tinha enfermeiras [de saúde pública], não tinha tisiologista, os médicos da unidade é que realizavam essa tarefa, dentro das normas da Campanha ..." (Dep.nº3, p.20). A experiência de uma supervisora que fez estágio em uma dessas unidades é por ela relatada com entusiasmo: "os doentes chegavam na recepção e faziam a queixa e a gente já fazia a triagem: atendimento só pelo laboratorista, só pela enfermeira ou aqueles que precisavam ir ao médico ... então eu via muito claro, como é que a gente podia racionalizar o atendimento e distribuir o serviço pra que a clientela fosse bem atendida, não esperasse ... eu nunca mais tive dúvidas do que era um serviço integrado ..." (Dep.nº1, p.53-54). Com a nova proposta começaram a ser organizados ou reorganizados dispensários no interior daqueles estados que já tinham um sistema de entrosamento dispensário-sanatório na capital, o que exigiu uma nova adaptação das supervisoras, que até então vinham trabalhando quase que exclusivamente nas capitais: "eu estava com uma viagem programada pro *interior do centroeste*, só que eu não sabia onde era *essa cidade* ..." Também o tipo de trabalho e até de viagem era bastante diferente: "fui lá e fiz o treinamento de pessoal, era uma funcionária ou duas, e implantei as normas, mas não era uma estrutura feito dispensário, não ..." (Dep.nº2, p.22). Ou então: "quando eu fui pro *interior do nordeste*, eu me senti com uma responsabilidade muito grande, porque aí eu estava

sozinha ..." (Dep.nº15, p.131). Esse trabalho de interiorização podia não parecer tão empolgante: "reorganizei as duas unidades ... serviços pequenos, não foi uma coisa de grande vulto como nas unidades da capital ..." (Dep.nº2, p.40).

No que se refere ao Levantamento da Prevalência da Infecção Tuberculosa, de crucial importância para a avaliação epidemiológica, apesar de se contar com uma tuberculina padronizada, a falta de sistematização na técnica levava a que ocorressem discrepâncias nos resultados dos inquéritos realizados em diferentes localidades do país e por diferentes equipes, o que levou à constatação da necessidade "de se treinar, em escala nacional, enfermeiras habilitadas na aplicação e leitura do teste tuberculínico, pra medir a prevalência da infecção tuberculosa na população, particularmente em escolares ... a enfermeira Britta Sundin foi designada ... pela Organização Mundial de Saúde pra vir pro Brasil fazer esse trabalho ... o setor de enfermagem programou como seria feito isso no Brasil todo ..." (Dep.nº21, p.166). O trabalho desenvolvido pela consultora Britta Sundin durou de setembro de 1967 à setembro de 1968, ficando habilitadas 177 pessoas que, regressando às suas unidades de origem, se responsabilizavam pela continuidade dos treinamentos: "a gente fez aquele cronograma de viagens e ela seguiu pelo Brasil afora ... em cada lugar a gente definiu quem seria o contato dela pra efeito de instalação, mobilização dos grupos e aí foi feito aquele trabalho belíssimo que cobriu o Brasil todo ..." (Dep.nº21, p.166-167). Foram programados nove treinamentos regionais, nas cidades do Rio de Janeiro, Brasília, Belém, Recife, Fortaleza, São Paulo, Salvador, Belo Horizonte e Porto Alegre. O método adotado para o treinamento foi denominado por Marsicano & Castro (1968, p.1) de *progressivo*, pois inicialmente eram treinadas cinco enfermeiras, que já possuísem experiência em provas tuberculínicas e em supervisão, e depois cada supervisora da etapa inicial treinava mais dois ou três elementos, ainda sob supervisão da consultora da OMS. Depois, cada uma dessas enfermeiras promovia os treinamentos necessários ao programa de tuberculose local.

O treinamento prático tinha que ser feito em coletividades que reunissem no mínimo mil pessoas, pois cada enfermeira a ser treinada deveria aplicar de quatrocentos a quinhentos testes: "a gente ficava procurando gente em todo lugar, era presídio, forças armadas, sanatório ... a gente foi fazer um trabalho numa colônia de leprosos ..." (Dep.nº3, p.18). No caso a seguir, a coletividade era a colônia do Juqueri: "sete mil doidos ... uma área imensa ... foi cansativo demais, demais ..." (Dep.nº7, p.31). O depoimento de uma das supervisoras treinadas é o de que "no começo a gente achou estranho, uma agulha que só flambava ... ela ensinou a palpar e medir o nódulo com uma regüinha especial ... os pacientes as vezes apresentavam reações de *hiperemia* muito grandes, e até *flictenulares* (bolhas), mas que não tinha nódulos ... e a gente sabia interpretar que eram reações inespecíficas, a gente ficou hábil rapidamente, fazia o teste com muita segurança, a gente ficou *craque* ..." (Dep.nº3, p.18-19). A avaliação da técnica de aplicação era feita por observação direta, enquanto que a padronização da leitura de cada enfermeira era feita por comparações sucessivas com a curva padrão, com a leitora padrão e consigo mesma, estas em *leitura dupla cega*, até se atingir o padrão mínimo de acertos estabelecido. (Marsicano & Castro, 1968, p.3 / Azevedo et al., 1969, p.10).

Até junho de 1969 foram realizados mais 89 treinamentos sob a coordenação da DNT, nos quais foram habilitadas em todo o país 984 pessoas, que com as 177 iniciais perfaziam um total de 1161. (Azevedo et al., 1969, p.11). Em 1970 foi elaborado o protocolo para o Levantamento da Prevalência da Infecção Tuberculosa (em escolares da primeira série do 1º grau, nas capitais brasileiras), iniciado no ano seguinte. Apesar de que a técnica da vacinação BCG por via intradérmica fosse a mesma da aplicação da prova tuberculínica, a consultora Britta Sundin não teve autorização para incluir no programa de treinamento a vacinação por via intradérmica, pois a Comissão Técnica não havia ainda deliberado sobre o assunto. Mesmo assim, o treinamento do pessoal de enfermagem na técnica padronizada pela OMS para a prova tuberculínica criou a possibilidade de se implantar esse tipo de vacinação no Brasil. Assim, quando menos de dois anos depois se decidiu fazer os ensaios com a vacina intradérmica, as supervisoras da Campanha, sem nunca terem trabalhado com esse produto vacinal, transpuseram sozinhas sua experiência com a prova tuberculínica para a aplicação da vacina: "eu fui a primeira enfermeira da divisão que aplicou BCG intradérmico ... a gente foi pra uma escola em Paquetá ... foi uma preparação tão grande ... e os cuidados? compraram uns óculos de lente branca, sem grau, porque pensavam que o BCG podia espirrar nos meus olhos ... e o tremor? e a assistência? era gente, pra assistir esse BCG ... fotografias ... foi um sucesso ..." (Dep.nº8, p.58). A maior dificuldade foi a falta de conhecimento prático sobre a evolução da lesão vacinal e dos cuidados com as reações indesejáveis, o que foi motivo de grandes preocupações: "aquele menino ... teve aquela reação ... a gente visitava, ia levar remédio ..." (Dep.nº8, p.58).

Treinamento e supervisão em equipe multiprofissional

No início da década de 60, algumas supervisoras, por sua própria iniciativa, pediram autorização para fazer o curso da Escola Nacional de Saúde Pública (que durante o governo militar chamou-se Instituto Presidente Castello Branco); depois todas as supervisoras do setor chegaram a fazer esse curso: "foi uma época que o setor de enfermagem tinha a preocupação de preparar todas as enfermeiras, todo mundo foi fazer curso de saúde pública ..." (Dep.nº8, p.62). A participação de enfermeiras, médicos e assistentes sociais, em cursos multiprofissionais de saúde pública e de planejamento de saúde, proporcionou a esses técnicos da Campanha a oportunidade de atuar em pé de igualdade com outros profissionais, provenientes de vários serviços e eles se sentiram bem no grupo e se saíram bem nos cursos. Aqueles cursos para enfermeiras destinadas a reorganizar dispensários passaram a incluir enfermeiras também de sanatórios, de modo a favorecer o entrosamento entre esses dois órgãos; em 1967, o curso foi aberto para assistentes sociais e nutricionistas, com alguns conteúdos específicos para cada profissão e em 1968, passou a incluir os médicos, de modo a facilitar o trabalho em equipe. A partir do ano seguinte passou a denominar-se *curso de ação integrada*, que durante certo tempo era realizado anualmente: "quando começou essa ação dispensarial grande, o curso foi dirigido pra uma atividade multiprofissional, se sentia a necessidade do treinamento conjunto da equipe, pra equipe falar a mesma linguagem ..." (Dep.nº11, p.72).

Da nova estrutura da DNT, em 1970, passou a constar uma Coordenação de Treinamento e Divulgação, que além dos cursos abrangia a biblioteca e a Revista da DNT. A implantação deste novo órgão foi entregue a uma supervisora da Campanha: "quando se organizou o setor de recursos humanos, coordenado pela Ieda [Barreira e Castro], doutor Laurênio era o diretor da divisão, ela me chamou pra trabalhar com ela, foi um tempo de muito trabalho, trabalho muito interessante, treinamento de pessoal, seminários, cursos de Ação Integrada ... os cursos eram bem organizados e se tentava introduzir metodologias de ensino novas ... os cursos tinham objetivos bem definidos, havia uma participação muito grande dos alunos, havia muitas sessões de discussão em grupo, eram cursos multiprofissionais ... as pessoas saíam desses cursos em condições não só de implantar programas em suas unidades, como também de atuar como supervisores ..." (Dep.nº9, p.28-29).

As técnicas de ensino podiam ser muito variadas e até pouco conhecidas entre nós, mas os enfoques eram geralmente de natureza técnico-científica. Só mais tarde, e coincidindo com o processo de abertura política, passaram a ser incluídos temas mais polêmicos e de natureza econômico-social. Essa orientação didática, além de visar ao processo ensino-aprendizagem, tinha o objetivo de facilitar a integração do grupo multiprofissional: "todos queriam o curso integrado, mas os médicos que vinham dos estados não aceitavam muito, não ... veio uma psicóloga que usava técnicas de psicodrama, introduziu-se um *quebra-gelo* pro pessoal se integrar melhor ..." (Dep.nº36, p.205).

Essa experiência positiva criou uma atitude favorável ao trabalho em equipe multiprofissional, que apontava como uma possível solução para os impasses criados na supervisão. Essa predisposição foi sentida assim: "esse problema [da supervisão] foi tão evidentemente sentido que afinal montou-se esse tipo de equipe multiprofissional ..." (Dep.nº21, p.109). Ou então "veio a idéia de fazermos uma equipe ... poderiam integrar a equipe uma enfermeira hospitalar e uma enfermeira dispensarial ... ficou bem melhor, todos os problemas se resolviam naquele momento, não se trazia problema pra resolver aqui na chefia ..." (Dep.nº24, p.40). Quando a supervisão às unidades (sanatórios e dispensários) passou a ser feita em equipe de enfermeira, médico, assistente social e nutricionista, alterou-se um pouco a atividade: "a gente tinha um primeiro contato com o diretor da instituição e a partir daí cada um procurava sua área; nos sanatórios e nos dispensários das capitais sempre tinha enfermeira ..." (Dep.nº3, p.9).

Evolução no período

A implantação de um programa nacional de luta contra a tuberculose baseado na ação dispensarial exigiu a presença constante de profissionais da Campanha nos estados, agora junto às unidades das secretarias estaduais de saúde, o que tornava sua missão mais complexa e delicada. Para tanto foi necessário promover um treinamento formal para enfermeiras, o que não ocorrera até então, pois para adaptar seu preparo básico de enfermeira ao trabalho sanatorial era suficiente um estágio nos diversos setores do hospital.

A partir de 1961, foram treinadas enfermeiras para os dispensários de tuberculose das capitais brasileiras. Para os dispensários que não dispunham de enfermeiras que pudessem ser treinadas no Rio de Janeiro formou-se no setor de enfermagem uma "equipe itinerante", a qual era integrada por concluintes desses cursos e que foram responsáveis pelo planejamento, organização ou reorganização de serviços em todo o Brasil, o que incluía o treinamento de pessoal de diferentes níveis, inclusive para o trabalho educativo com doentes e comunicantes, a dinamização do serviço de visitação e a implantação de uma nova estrutura e funcionamento. Essa rede dispensarial atingiu um alto grau de padronização, quer fossem reorganizados por enfermeiras da Campanha lotadas nos estados, por enfermeiras das secretarias de saúde ou por enfermeiras do setor de enfermagem, integrantes dessa equipe itinerante, graças ao sistema de treinamento e supervisão.

Os acontecimentos políticos decorrentes da renúncia de Jânio Quadros e que terminaram por desembocar no golpe de 1964 determinaram uma solução de continuidade em todos os aspectos da vida do país, afetando portanto a Campanha Nacional Contra a Tuberculose e seus programas de trabalho. Embora o clima geral fosse de alta ansiedade, nenhuma enfermeira da Campanha chegou a ser molestada pessoalmente em consequência da situação do país. Ficaram elas à margem, apenas aguardando os acontecimentos e o reinício de suas atividades. No mesmo período, a adoção pela CNCT das diretrizes internacionais para o controle da tuberculose, estabelecidas no Oitavo Informe, fez com que a enfermagem da Campanha tomasse nova feição. Houve um grande esforço de adaptação e de aceitação do objetivo de integrar as atividades de tuberculose às ações gerais de saúde pública, o que implicava no desaparecimento, nas unidades sanitárias, da "enfermeira de tuberculose". Ao mesmo tempo, a atenção das supervisoras foi desviada para as atividades de planejamento, pesquisa e treinamento relacionadas a provas tuberculínicas e vacinação intradérmica. O advento dos programas de aplicação em massa de PPD e BCG modifica radicalmente o modo de atuação da supervisora, pois o dispensário de tuberculose deixa de ser o centro de irradiação da luta contra a tuberculose. Em contrapartida, esses dois programas — o de levantamento da prevalência da infecção e o de preparação à implantação da vacinação intradérmica — determinaram a incursão das supervisoras de enfermagem na prática da pesquisa de campo, na qual se desempenham com grande precisão e desenvoltura, tanto na execução operacional da pesquisa quanto no seu gerenciamento. Dessa participação resultaram vários trabalhos científicos, de autoria de grupos de enfermeiras ou em co-autoria com médicos e estatísticos, artigos esses apresentados em congressos e publicados na Revista Brasileira de Enfermagem e na Revista da DNT. Outra tendência que começa a se delinear a partir da década de 60 é a do reconhecimento da supervisora como expert no desenvolvimento de recursos humanos altamente qualificados.

3ª FASE: OS PLANOS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO (1972-1979)

1. DA TUBERCULOSE À PNEUMOLOGIA SANITÁRIA

Introdução

Este capítulo descreve como se deu a reforma administrativa do MS que ampliou o escopo do órgão federal de controle da tuberculose, ao tempo em que o controle do programa de combate à tuberculose passa à área da previdência; trata ainda das repercussões da extinção da seção de enfermagem, para as enfermeiras do nível central e para as enfermeiras da Campanha.

As circunstâncias em que ocorre a mudança do escopo do órgão federal de controle da tuberculose são de uma crise econômica internacional que repercute diretamente nas condições de vida dos países dependentes, causando a deteriorização dos níveis de saúde. No Brasil, à crise econômica segue-se uma crise política caracterizada pela *desestabilização* da ditadura militar. Em 1973, os países árabes cortaram 25% das exportações de petróleo, começando assim "uma enorme crise econômica internacional. Os países como o Brasil, dependentes de importações de capitais e de petróleo, foram os mais afetados: "de repente, de 73 para 74, a produção industrial brasileira desabou, era o fim do *milagre* ... (Ângelo, 1992, p. 184-186). A crise da economia acompanha-se de uma crise política, pois o regime militar "dependia de uma certa eficácia do seu modelo econômico para justificar e coonestar sua legitimidade ... que era dependente do êxito, mas não do consenso ..." (Rocha et al., 1982, p.244-245). Ainda no governo Médici, a crise econômica e a deteriorização dos níveis de saúde da população fazem com que o governo mobilize mecanismos compensatórios contra "a miséria absoluta" em que se encontra grande parte da população, o que além de denegrir a imagem do "Brasil grande", impede a expansão do mercado consumidor de bens e serviços, inclusive os de saúde. Os programas de expansão de cobertura atendem ao mesmo tempo às recomendações das agências internacionais de saúde, às reivindicações das classes trabalhadoras e aos interesses da indústria farmacêutica. O quadro geral apresentado pela saúde pública mostra importantes taxas de mortalidade infantil e desnutrição, bem como de doenças infecto-contagiosas, conjugadas às doenças crônico-degenerativas. Assinala-se ainda "o retorno da tuberculose como enfermidade significativa nacionalmente". (Braga & Paula, 1986, p.93e97).

A política de saúde do governo Geisel procurou responder ao momento, que se caracterizava como de crise sanitária: uma epidemia de meningite e o aumento da mortalidade infantil constatada em vários centros urbanos, demonstraram que o crescimento econômico não fora acompanhado pelo bem-estar social. As medidas tomadas para minimizar as tensões sociais incluíam, no que se refere ao setor saúde, além da proposta de extensão de cobertura, a criação

de uma série de órgãos e uma intervenção no setor saúde com o objetivo de diminuir as tensões sociais e cujo instrumento de viabilização é o 2º PND. Neste são incluídas metas relativas ao desenvolvimento social, inclusive em relação à saúde, o que o diferencia do 1º PND; cria o ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Conselho de Desenvolvimento Social /CDS (lei nº6118/74), que reúne os ministros da área social, sob orientação direta do Presidente da República.

Não obstante, agrava-se a crise do setor saúde, que além de não atender às necessidades básicas da população, apresenta uma insolvência econômica e financeira, devido ao aumento dos gastos com hospitalização e evidencia-se a desorganização e ineficácia da rede de serviços. Em 1974, o orçamento do MS atingia o menor percentual de participação no orçamento da União desde o início do regime militar (de 3,65% em 1964, para 0,9 em 1974, *in* Tomazi, 1986, p.56), o que resultou "quase uma paralização dos serviços de saúde pública".

A lei nº6229/75, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, pretende orientar a modernização e racionalização do setor. (Cordeiro, 1982, p.83-84 e 1985, p.163-164). Evidencia-se a tendência de desdobrar o setor saúde em ações de saúde para os indivíduos e ações de saúde de alcance coletivo, sendo as primeiras de responsabilidade do MPAS e as segundas do MS. A expansão da assistência médica na previdência contribui para o processo de desgaste posteriormente sofrido pelo ministério da Saúde. Por sua vez, os hospitais e ambulatórios da previdência ou por ela financiados, em consequência de um gerenciamento incompetente de todo o sistema, entram em um clima de descrédito total frente aos seus usuários. Ao MS coube "a formulação da Política Nacional de Saúde e a promoção ou execução de ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo." A criação do SNS levou à nova reestruturação ministerial, "obedecendo aos critérios de modernização administrativa vigentes ..." o que foi estabelecido pelo decreto nº79.056/76 (Rodrigues & Alves, 1977, p.22-24). Foi extinta a Secretaria Nacional de Saúde, que fora criada na reforma de 74, e no seu lugar foram criadas três novas secretarias nacionais: a de vigilância sanitária, a de ações básicas de saúde e a de programas especiais de saúde (Snpes), onde se situou a ex-DNT, agora com seu escopo ampliado para a área de pneumologia sanitária. (Rodrigues & Alves, 1977, p.32). A ação do MS foi distribuída por quatro áreas programáticas, a primeira das quais era a de controle e erradicação de doenças transmissíveis, da qual fazia parte o Programa Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis, que incluía o programa de Controle de Endemias, que abarcava o programa de Tuberculose, a ser desenvolvido pela Snpes, secretarias estaduais de saúde e FSesp. (Rodrigues & Alves, 1977, p.37-38). Os ministros da saúde perdem prestígio durante o regime militar, por serem civis, por não terem respaldo político e pelo esvaziamento do MS em favor do MPAS. Sua autonomia administrativa e financeira também diminui, devido à criação de novos órgãos, que passam a concentrar os recursos e controlar o processo de planejamento, como o Inamps, a Ceme, as superintendências regionais do ministério do Interior, a Seplan (Secretaria de Planejamento da Presidência da República) e o Ciplan (Coordenação Interministerial de Planejamento).

A partir da segunda metade dos anos 70, os sanitaristas "a partir de noções de epidemiologia e de modelos organizacionais difundidos por organismos internacionais ...

substituem a antiga utopia sanitária da sociedade higienizada e regulada, por uma nova utopia — a dos serviços de saúde regulados. A política de saúde é entendida como reorganização racional dos serviços, em que a lógica do planejamento substituiria a lógica do mercado." Conceitos como organização regionalizada e descentralizada dos serviços de saúde e principalmente o de integração (de atividades preventivas e curativas, do cuidado individual e ações coletivas) eram centrais na nova proposta, orientada para a unificação do sistema de saúde. Forma-se um novo tipo de intelectual de saúde pública, voltado para a discussão dos determinantes do processo saúde-doença, para a crítica do modelo de assistência médico-sanitária vigente e para a elaboração de uma proposta reformadora. (Souza Campos in Merhy, 1987, p.122). A declaração de Alma-Ata (1978), sobre os cuidados básicos de saúde como estratégia para o alcance da meta *Saúde para todos no ano 2000* (SPT 2000), reforça a proposta de integração das atividades de controle da tuberculose aos serviços gerais de saúde para alcançar a cobertura nacional do programa de controle da tuberculose, veiculada pela Opas/OMS. Esses discursos, que se apresentam como apolíticos e técnico-administrativos, são criticados por representarem posições políticas dos países hegemônicos do hemisfério norte, sobre as causas do subdesenvolvimento e dos problemas de saúde dos países subdesenvolvidos. A sigla SPT 2000, na verdade deveria ser entendida como serviços de saúde para todos no ano 2000, consistindo portanto numa posição político-ideológica (Navarro, 1984, p.159 e 169), favorecedora dos interesses do complexo médico-industrial transnacional.

O governo Figueiredo, iniciado em 1979, declara-se comprometido com a causa liberal-democrática, mas greves no *ABC paulista* desafiam seu projeto político. Em fins de 1982, para obter novos empréstimos, o governo Figueiredo aceita as regras do FMI, o que determinou uma brutal desvalorização do cruzeiro, aumentando a dependência da economia brasileira ao capital estrangeiro. (Lopez, 1987, p.128-129). Desde a anistia política, começa a ser discutida a sucessão presidencial, articulando-se uma candidatura civil e uma campanha nacional em prol das eleições diretas para presidente em janeiro de 1985, a qual incluiu a realização de grandes comícios. Mas a emenda constitucional que possibilitaria sua realização, embora obtendo a maioria de votos, não foi aprovada, por falta de *quorum* parlamentar. (Silva, 1987, p.141-142).

A criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social/Sinpas (lei nº6349/77) corresponde à necessidade de racionalização dos gastos da previdência com saúde. (Braga & Paula, 1986, p.103). As atividades médico-assistenciais foram centralizadas no Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) "poderoso aparelho burocrático gerenciando o movimento da medicina empresarial." No entanto, a criação do SNS em 1975 e do Sinpas em 1977 não se acompanha de mecanismos efetivos de integração. Assim, "a assistência médica da previdência social e as ações de saúde pública permaneceram desconectadas e por vezes conflitantes. Em todo o período surgiram atritos e disputas entre as burocracias dos ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social." (Cordeiro, 1982, p.85e87). A maneira de se evitar o "conflito de competências" entre o MS e o MPAS é a proposta de coexistência de duas redes de serviços, complementares, mas autônomas: a "rede de assistência médico-sanitária", caracterizada pela ampla cobertura e maior acessibilidade, dirigida principalmente às comunidades de baixa renda de zonas rurais ou urbanas periféricas e sob o

controle do setor público; e a "rede de assistência médico-hospitalar", preventiva, curativa e de reabilitação, dirigida ao atendimento das necessidades individuais, a ser gerida pelos setores público e privado. (Braga & Paula, 1986, p.198).

Neste sentido, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento / Piass (decreto nº78.307/76), destinado à região nordeste, tornou-se um programa piloto para a implantação de uma estrutura básica e permanente de saúde e saneamento em municípios de até 20 mil habitantes, com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, na ampla utilização de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia, por pessoal auxiliar recrutado nas respectivas comunidades, atuando em minipostos integrados ao sistema de saúde da região. (Braga & Paula, 1986, p.204-207). O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde / Prevsauúde (1980) continha uma proposta de integração das ações de saúde dos dois ministérios mais ligados ao setor. Esse programa representava também uma bandeira de luta do movimento sanitário, que se havia originado nos espaços acadêmicos e que, a partir da crítica ao discurso preventivista, elaborara uma nova abordagem da problemática de saúde, o pensamento médico-social, tendo como conceito central o de saúde coletiva e como instrumento de análise o método histórico-estrutural. Apesar da adesão unânime que este plano obteve na 7ª Conferência Nacional de Saúde, o fato de contrariar amplamente as empresas prestadoras de serviços de saúde, e também as corporações multinacionais, fez com que terminasse sendo esvaziado. (Castro, 1991, p.7). O debate privado *versus* estatal, ou nacional *versus* internacional, recorrente no discurso da política de saúde desde os anos 50, apresenta como novidade a "entrada em cena do empresário da saúde como um ator político que defende publicamente seus interesses, com *lobbies* no Congresso e nas assembléias legislativas, nos ministérios da Saúde e da Previdência Social, nas instituições formadoras de recursos humanos (faculdades e hospitais universitários) e nos serviços públicos estaduais e municipais da área." (Luz, 1991, p.86).

A ruptura no programa de controle da tuberculose

Depois de mais de dez anos de evolução dentro de uma mesma abordagem teórica, sob a égide da Comissão Técnica presidida por Hélio Fraga, o programa de controle da tuberculose sofre uma solução de continuidade, após uma mudança brusca de direção, em meio a uma gestão administrativa. O novo ocupante do cargo, o prof. Edmundo Blundi, pneumologista clínico de renome, assim explica a situação: "o Rocha Lagoa era muito meu amigo, era professor da PUC também, me telefonou, eu fui lá ... fiz minhas observações, que tinha uma comissão técnica que era eterna ... era uma comissão [do estado] da Guanabara, há muitos anos ... eu aceitei ir pra divisão ... agora, eu não queria servir à *revolução*, eu fui contra a revolução militar, e era o governo Médici, mas era uma coisa técnica, não me ia envolver em política ..." (Dep.nº XX, p.47). Na verdade o assunto da Comissão Técnica mereceu prioridade por parte do novo diretor, que tomou posse em 6/5/71 e cinco dias depois convocou a antiga comissão: "tomei posse, fiz meu discurso ... primeira coisa, chamei o Hélio Fraga e toda a comissão técnica e disse — *tem um regimento ... o presidente da comissão técnica tem que ser o diretor ...* o Hélio não concordou ... pra documentar, eu mandei pro conselho jurídico do ministério da saúde, veio a resposta, que eu

tinha que cumprir o regulamento, aí eu tive que demitir o Hélio Fraga ... e fiz uma comissão de caráter nacional: veio o Silveira da Bahia, o Jayme do Espírito Santo, o Paulo Tavares, que era autoridade no INPS ..." (Dep.nºXX, p.47-48). O novo presidente comenta: "o Jayme dizia que era a *Comissão Imbatível*, de caráter nacional, nós propalamos muito isso ... que foi uma mudança inteira, não era possível um grupo só serem os donos da tuberculose ..." (Dep.nºXX, p.58).

Ainda em 1971 foi editado o trabalho *Ação Antituberculose em Nível Nacional*, em cujo prefácio dr Blundi denuncia "o tremendo erro que falsos profetas proclamaram, por toda a parte, de que a tuberculose é doença vencida ... a tuberculose é problema médico, familiar, social e de saúde pública — afasta do trabalho, empobrece o indivíduo, empobrece a nação, invalida, mata." Sintetiza as dimensões do problema calculando que "em um minuto se infectam uma ou duas pessoas, em cada cinco minutos surge um caso novo, entre trinta e quarenta minutos morre um doente de tuberculose." E conclui: "pela elevada mortalidade, pela prolongada morbidade, ambas de terríveis conseqüências, a tuberculose representa, sobretudo, problema de segurança nacional." (Blundi, 1971, p.14e24). As "linhas fundamentais da luta contra a tuberculose no Brasil" foram traçadas em trabalho elaborado por Jayme dos Santos Neves, aprovado pela Comissão e pelo ministro da Saúde. Pontos de destaque são a "vacinação coletiva em massa ... a busca, a identificação e a delimitação dos focos de tuberculose ... e o tratamento de todos os casos de tuberculose [para o que] a luta contra a tuberculose deve estender-se a todo o território nacional" dentro do princípio geral de "unificar e especializar o comando e desespecializar as execuções periféricas." (MS/DNT/CNCT/CT, 1971, p.29,33-34e36). As realizações dessa administração referem-se a: reforma no sanatório Adriano Jorge em Manaus, e planejamento da ampliação do sanatório Barros Barreto, em Belém do Pará, para cobrir as necessidades de internação de pneumopatias não tuberculosas, medicina interna, doenças tropicais, "colaborando no grande empreendimento da Transamazônica" e o treinamento de ação integrada em tuberculose para a Amazônia, "o primeiro realizado fora da sede da divisão"; implantação de esquemas simplificados de tratamento em oito capitais; criação de uma Rede Nacional de Laboratórios de Bacteriologia da Tuberculose, mediante convênio MS/DNT e Opas/OMS, com vistas ao levantamento da prevalência de bacilíferos; lançamento do Plano Nacional de Vacinação BCG, com a meta de vacinar 80% de indivíduos menores de 15 anos, com vacina oral e intradérmica, preparada pela Fundação Ataulpho de Paiva e fornecida pela Ceme; valorização do curso de Tisiologia Clínica e Sanitária, que se vinha esvaziando. (Blundi, 1973, p.4-6). Na situação da entrevista esse diretor comenta as novas diretrizes sobre o tratamento: "por sugestão da Comissão Técnica, houve a mudança do esquema de tratamento, para estreptomina, hidrazida e tiacetazona, estas duas últimas associadas em um só comprimido e tomadas diariamente, o que propiciou ao doente, a comodidade de ingerir apenas um comprimido ... além da injeção de SM durante 30 dias, substituindo os 16 comprimidos administrados anteriormente e também diminuir a resistência bacilar causada pela tomada irregular das drogas pois, ou o doente tomava a injeção de SM e ingeria as duas drogas, ou não ingeria nenhuma, curando-se ou continuando com bacilos suscetíveis ao tratamento." Sobre a baciloscopia ele opina: "eu critico essa história de exame de escarro, só; eu tenho muito tuberculoso que não escarra, mulher não sabe escarrar, criança não sabe escarrar ... tem que funcionar radiologia também, porque tem tuberculose silenciosa ... fica solta por aí, um dia contamina ..." (Dep.nº35, p.70).

O novo presidente da Comissão Técnica encontrou muitos problemas ao tentar fazer valer uma orientação tão contrária à que vinha sendo feita: "diziam que eu não era sanitaria ... mas eu não fazia nada sem ouvir os entendidos ... tive muita dificuldade, por causa dessa mudança, quer dizer, esses homens é que dominavam lá há muitos anos, tiveram que sair ..." (Dep.nº35, p.49-50). As dificuldades incluíam a escolha do *staff*, poucos aceitavam participar da nova administração. A situação era desconfortável, mesmo para os amigos. Um deles conta: "eu fui pra lá justamente porque ele tinha em mim o indivíduo que trabalhava, e ele sabia que eu ia enfrentar ... ele não era da política do serviço, então eles trabalhavam sempre o menos possível ... quando eu vi que era isso, pra não criar caso ... porque ali não era o meu lugar, eu fui levando, fui aparando as arestas quando podia ... eu *engoli muito sapo* ali, pode crer ..." (Dep.nº28, p.35-37). Outro alegava exatamente a condição de amigo para não participar: "uma das razões porque eu me afastei, é que o Blundi foi meu professor, trabalhei com ele, sempre foi grande amigo meu ..." (Dep.nº20, p.38). Mas um ex-diretor elogia: "o Blundi revitalizou a Comissão Técnica, e fez aquele folheto sobre os esquemas, prestigiou a revista, quando eu fui diretor, o Blundi estava na moda ... ele tinha nome na Policlínica, dava cursos freqüentes, muito bons, um número enorme de alunos ..." (Dep.nº17, p.42).

A chefe da Seção de Enfermagem foi convidada a permanecer no cargo, pois tratava-se de pessoa com quem o diretor já havia trabalhado: "não fiquei nada surpresa quando eu fui convidada pra continuar na chefia, exatamente porque eu sabia que ele não conhecia ali *viva alma* ... ele não conhecia nada da dinâmica da tuberculose, nenhum médico queria ser amigo dele, foi uma fase de muita apreensão, de muita frustração, a gestão dele foi muito triste, de muita solidão, de muita separação, de muito afastamento ... por mais que ele procurasse apoio, as pessoas diziam que sim, mas ninguém estava *esquentando*, não ... ninguém ia lá, ninguém comparecia, e eu acho que ele foi se cansando disso ..." O estilo do novo diretor não agradou nem à chefe de enfermagem: "foi um período ruim ... esse curso que era feito todos os anos aqui no Rio de Janeiro, pra onde vinham médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas de qualquer serviço do Brasil ... pela primeira vez, que eu me lembre, um diretor resolveu fazer esse curso fora da sede ... Belém do Pará foi a cidade escolhida, foi uma despesa muito grande, mandar todos os professores pra lá, às vezes pra dar só uma aula, a gente achou aquilo um tipo de loucura ..." (Dep.nºVII, p.101e107).

Apesar da ditadura militar e de todas as dificuldades enfrentadas, estas não são atribuídas a motivos ideológicos ou de política partidária e sim à concorrência entre grupos: "no meu tempo, nunca senti política lá, de direita ou de esquerda e nunca persegui ninguém ... havia um problema com o SNI, que eu consegui contornar ... eu me considero um homem de esquerda, o que houve é o resquício do Hélio Fraga ... eu procurei acomodar, mas esse confronto, eu sentia essa oposição, eu nunca consegui ter paz com os grupos ... essa história da Comissão Técnica, eu sei que eu topei uma bomba, mas eu tinha que fazer, eu fui avisado no ministério ..." (Dep.nºXX, p.57e62). A chefe da Seção de Enfermagem confirma: "ele não podia ter mexido numa coisa que era a *capelinha*, a *maçonaria* da tuberculose ... a coisa mais alta eram aqueles homens que estavam lá há muitos anos, como cientistas, e ele foi mexer nisso ... aí todos *tiraram seu time de campo*, ele ficou completamente isolado, e ele ainda se deu à *besteira* de mexer na

programação, na coisa técnica, na orientação a nível de Brasil ... aí, pronto pegou fogo ..." (Dep.nºVII, p.114-115).

O fato é que esse diretor pediu demissão antes de terminado o período de sua gestão: "eu cheguei a um ponto em que eu tinha medo que esse programa não fosse cumprido, eu sentia que havia muita oposição ao meu nome, eu era combatido por aqueles nomes que foram afastados por forças legais e sinceramente, isso me magoava muito ..." (Dep.nºXX, p.54-55). O ex-diretor faz críticas severas a seus dois antecessores, inclusive no seu discurso de transmissão de cargo. A mais freqüente dessas críticas se refere ao não acatamento das conclusões do Seminário Regional de Tuberculose, realizado ao final do ano de 1964, em Maracay e Caracas, Venezuela, promovido pela Opas/OMS e "assinado por 60 tisiologistas do continente, inclusive pelo representante do Brasil" (Blundi, 1973, p.1). O diretor comenta: "eu discordava da história dos *virgens de tratamento*, era a favor dos crônicos ... quando eu trouxe aquele negócio à tona, foi uma bomba, porque eles assumiram o compromisso em Maracay e aqui não cumpriram o acordo ... eu mudei isso, tem que internar crônico também ..." (Dep.nº35, p.49e58).

A implantação de novas normas nas secretarias estaduais de saúde não chegou a se concretizar, pois a manutenção de um sistema em funcionamento é tarefa complexa, que exige um esforço sustentado por anos: "nós fizemos as normas técnicas para serem aplicadas em todo o Brasil ... uma secretaria de saúde recebeu verba pra medicamentos e comprou automóveis ... um queria fazer um sanatório infantil ..." (Dep.nº35, p.52). A apreciação de um médico da sede é a de que a orientação dessa gestão não chegou a influir: "a guinada técnica sofreu uma reação tremenda, mas a base do serviço não chegou a mudar, não chegou a mexer nas estruturas, as teses que ele trazia eram inteiramente contrárias e ele não teve força pra mudar aquilo que estava tão estruturado, tão arraigado, era um serviço que tinha tradição e isso não se muda de uma hora pra outra ..." (Dep.nº11, p.81-82). O depoimento de uma supervisora resume o clima que havia nesta fase: "voltei pra divisão na época do Blundi, estava aquela pasmaceira, tudo quieto, parado ..." (Dep.nº18, p.94). Outra supervisora diz: "apesar de ser conhecido nacional e internacionalmente, o *diretor* era apático, ele não fez nada pela divisão no período em que esteve lá, a divisão sofreu um declínio ... do apogeu que tinha sido, foi descendo, quase que chegou no fim da ladeira, quase que chegou no zero, quase que foi a falência de tudo ..." (Dep.nº41, p.74-75).

Em 1972, Rocha Lagoa pede demissão do cargo de ministro, pressionado pelo governo, devido à constatação de irregularidades na utilização de verbas (FGV, 1984, p.1740-1741). Em 1973, ainda no governo Médici (1969-1974), é empossado como ministro da saúde, o secretário de saúde do estado de São Paulo, Mário Machado de Lemos, ex-funcionário da Opas/OMS. (FGV, 1984, p.1800). O novo ministro coloca na DNT Jayme dos Santos Neves, membro da Comissão Técnica instituída por Edmundo Blundi. A situação da DNT à época pode ser avaliada em outro trecho do discurso de transmissão de cargo do ex-diretor: "esta divisão, apesar do esvaziamento progressivo, causado pelas mortes, aposentadorias, demissões, idade avançada de muitos, doença de outros, conserva forte estrutura básica, necessitando apenas completá-la, renová-la, a fim de cumprir seu grande destino." (Blundi, 1973, p.2). A situação à época da

chegada do novo diretor à divisão é explicada pelo chefe da SOC: "no 1º PND o recurso pra Divisão só entraria através do BCG, já que a saúde foi contemplada com recursos só para imunização ..." (Dep.nºXV, p.132). A partir de julho de 1973, começou o programa de vacinação BCG intradérmica. O plano de trabalho incluía cobrir 80% da população, "aí todo esforço começou a ser dirigido no sentido de cumprir aquela meta, que nós tínhamos que tirar todo aquele atraso, a gente era o único país no mundo que ainda fazia [a vacina] oral ..." (Dep.nº11, p.70). Assim, "em meio ano se implantou no Brasil inteiro, e não só em unidades de saúde da capital, o pessoal ia cobrir o interior e fazia tipo campanha, então treinaram muita gente ... todo mundo [da sede] se deslocou ... no primeiro ano de implantação o Brasil fez dois milhões de crianças vacinadas ..." (Dep.nº26, p.137). O depoimento de uma enfermeira da Campanha que trabalhava na capital de um estado é o de que: "em 73 veio a campanha nacional, que foi simbolicamente desenvolvida pelo estado, mas com recursos e pessoal da Campanha, nós recebemos um protocolo, fizemos o BCG oral e o intradérmico, chegamos a vacinar 73 mil crianças *na capital* e prosseguimos nos anos seguintes" (Dep.nº34, p.19-20).

A Tuberculose entra no 2º PND

O novo chefe do SOC, o *sespiano* Elias Corrêa Mourão, conta como ocorreu a entrada da Divisão no 2º PND: "em 73 a divisão entrou com o pedido [de medicamentos] ... em 74 esse pedido foi aprovado, então dávamos remédio e vacina de graça ... em 75 entrou verba pra Divisão, aí se dava o remédio e a vacina, e se dava dinheiro pra organização, foi quando os estados puderam então criar toda essa rede de unidades de saúde e treinamento de pessoal e muitos deles pegavam esse dinheiro e pagavam pessoal pra trabalhar pro controle da tuberculose, eram do estado e se deu gratificação ... eles tiraram o controle da tuberculose dos dispensários e espalharam pro interior ..." (Dep.nºXV, p.103 e 144). A execução do programa adotou a seguinte estratégia: "se pegou uma soma grande de recursos pra se jogar no tratamento ambulatorial, foi quando se formaram aqui aquelas coordenações regionais, multiprofissionais, pra implantação direta do programa em todas as regiões ... começou aquela subida do número de unidades gerais de saúde integradas, que foi de 405 para 4 ou 5 mil, quer dizer, se interiorizou". Houve aí uma mudança na filosofia de trabalho até então adotada: "era muito mais importante a quantidade, a extensão de cobertura, do que a qualidade das ações ... com a expansão rápida, cai a qualidade ... se tentou fazer a integração do dispensário ... mas poucos se transformaram, como falhou, se mudou a estratégia — esquece o hospital e o dispensário, vamos esvaziar por fora, aí caiu tudo, foi morrendo ..." (Dep.nº11, p.67e71).

Esta mudança na política da DNT colocou para os técnicos da Divisão a necessidade de se desempenhar junto às secretarias de saúde como assessores de programa. Em 1975, foi realizada a primeira oficina de trabalho para planejamento do controle da tuberculose, integrada por grupos multiprofissionais. A maior parte das secretarias estaduais de saúde não estava preparada para operar neste sistema de planejamento e tanto assim que algumas devolveram grande parte da verba recebida, por falta de condições de atender às exigências do nível central: "com o 2º PND houve necessidade de implantar um modelo de programação, era um modelo

grande, que contemplava todas as ações ... nós saímos pelo Brasil afora, ensinando as secretarias de saúde a fazer programação, definindo propósitos, objetivos, ações, metas e custos ... o que se dava pro estado era o dobro ... [em muitos estados] cresceu a rede de saúde, regionalizou o estado, com o dinheiro do 2º PND, que a Divisão transferia pra lá, se organizou núcleos de controle da tuberculose em cada estado, porque tinha que organizar as prestações de contas ..." (Dep.nº26, p.103e109).

Com base nas diretrizes propostas no 2º Seminário Regional de Tuberculose, realizado na cidade de Bogotá, ao final de 1972, patrocinado pela Opas/OMS (Semin.Reg.Tub., 1973, p.507-515), visando a "ordenar as novas diretrizes e indicar a dinâmica operacional de um programa de interiorização progressiva da luta contra a tuberculose, fora da área especializada dos dispensários e sanatórios", foram elaboradas novas normas, que foram publicadas pela DNT com o título de *Ação Antituberculose a Nível Periférico*. Com a aprovação das normas contidas nesse manual pela Previdência Social (portaria nº10/74, do MTPS), o manual foi reeditado, em tiragem ampliada, em coedição dos órgãos federais e estaduais envolvidos. (MS / SSP & MPAS, 1974).

Apesar do empenho da gestão anterior, em 1974, "foram extintos os cursos de Ação Integrada e o de Pneumologia Sanitária, dando lugar ao Curso de Programação de Atividades de Controle da Tuberculose, a fim de preparar os técnicos da DNPS e das secretarias estaduais de saúde para o processo de planejamento em tuberculose ..." (MS/Snepes/DNPS, 1982, p.6): "a gente precisava de um curso de coordenação de programas para os estados, um curso de gerenciamento, de aumento de cobertura ... multiprofissional, que já não era mais o curso de atendimento ao doente, aí acabou o curso de fisiologia e o curso de ação integrada ... a Escola Nacional de Saúde Pública assumiu como extensão do curso de sanitarista ..." (Dep.nº11, p.74). Aliás, o próprio fundador da Campanha já havia declarado que "a especialidade fisiológica perdeu sua razão de ser", não obstante "a pernicioso resistência do corpo técnico à integração dos dispensários" (Paula Souza, 1972, p.5).

A partir de 1975, mudaram radicalmente as funções de supervisão. Foram criados grupos multiprofissionais para as viagens ditas de supervisão, mas que, na verdade, passaram a ser de acompanhamento dos programas locais, integrantes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Cada equipe ficou responsável "pelo desenvolvimento das atividades de controle da tuberculose em três ou quatro unidades federadas, e foi definido um cronograma de viagens com periodicidade de três meses, as equipes multiprofissionais foram substituídas depois pelos grupos dos Núcleos de Assessoramento e Supervisão ..." (MS / Snepes / DNPS, 1982, p.22).

A eliminação dos programas verticais, como o da tuberculose, significava "transferir do nível central ao foco de operações, por via direta, um complicado sistema de trabalho, cujos insumos suplantavam a realidade local e limitavam as ações antituberculosas aos centro de população cujo desenvolvimento permitisse a manutenção de um serviço especializado". Sua justificação encontra-se nas recomendações do Comitê de Peritos em Tuberculose da OMS, em seu Nono Informe (1974). Nesse sentido opina um assessor em tuberculose da Opas/OMS, "a

integração, ao eliminar uma série de caminhos e estações próprios de um programa vertical ... cumpre aqueles requisitos de economia e torna a comunicação mais ágil e universal." (Teixeira, 1978, p.7-9).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) financiado conjuntamente pelo ministério da Saúde, Inamps e secretarias estaduais, consistia em "um conjunto de ações integradas dos diferentes níveis do governo, com a participação da comunidade, visando reduzir a morbidade, a mortalidade e os problemas sócio-econômicos e de sofrimento humano causados pela doença, mediante o uso adequado dos conhecimentos técnicos e científicos e dos recursos disponíveis e mobilizáveis" e tinha por meta reduzir 5% ao ano a incidência de casos bacilíferos de tuberculose. (MS/DNPS/Snpes, 1979).

A entrada do programa de controle da tuberculose no 2º PND revitalizou a DNT: "entrou o Dr Jaime e foi aquela avalanche de coisas ..." (Dep.nº18, p.96). Ou então: "o Santos Neves levantou a poeira toda ..." (Dep.nº11, p.77). O depoimento da então chefe da seção de enfermagem é muito favorável: "doutor Jaime é uma pessoa muito aberta, tem uma visão muito larga das coisas, tinha uma longa experiência em tuberculose, um *expert* ... já fazia parte da Comissão Técnica, então ele tinha um domínio muito grande da tuberculose e era respeitado nacionalmente e internacionalmente, ele mudou muito a divisão nos dois anos que ele passou lá, ele revolucionou, ele editou aquelas normas, aquele *tezão* [o manual tinha uma enorme letra T, de tuberculose, em vermelho] ..." (Dep.nºXXV, p.75).

Em 1974, compondo o gabinete do presidente Geisel, a pasta da Saúde foi ocupada pelo ministro Paulo de Almeida Machado, então diretor do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia /Inpa. No mesmo ano foi criado o MPAS, que ficando encarregado das ações de alcance individual na área da saúde, deixava ao MS a saúde pública. Durante sua gestão, entre outras coisas, realizou nova reforma na estrutura do MS, promoveu a regionalização dos programas de saúde pública e criou a carreira de sanitarista (lei nº6433/77), abrangendo todas as profissões da área da saúde. (FGV, 1984, p.1993).

O novo ministro indica, para diretor da DNPS, Dawid Scznejder, em circunstâncias curiosas: "o ministro, que era o Machado, mandou chamar dois médicos da divisão e fez uma sabatina ... ganhou o Dawid, aí foi guindado a diretor do Serviço ..." (Dep.nº20, p.71). Este foi o primeiro diretor a assumir o cargo em Brasília: "era uma fase em que se falava muito que a divisão desta vez terminaria no Rio, houve um grande desestímulo, a pessoa ficava mais preocupada com o destino que teria que tomar do que com aquilo que teria que fazer ..." (Dep.nº1, p.60). No SOC, continuou o mesmo chefe e na seção de enfermagem assumiu Déa Dália Vieira de Araujo, enfermeira veterana da Campanha, ex-chefe de Curicica e integrante da equipe do setor de enfermagem, desde a chefia de Clélia de Pontes. Sobre os motivos da curta permanência desse diretor no cargo não há muita clareza: "o Dawid pediu pra sair, a gente nunca soube bem porque ..." (Dep.nº26, p.117). Talvez porque o diretor "não gostava de dar passos longos" (Dep.nº26, p.119), a impressão fosse a de que "Dawid foi a pausa, deixou correr ..." (Dep.nº11, p.77e82).

Ainda durante a gestão de Paulo de Almeida Machado, é nomeado Almir Gabriel. O novo diretor assim se refere à sua nomeação: "pelo menos três meses antes já tinha circulado o meu nome, perguntaram se eu gostaria de aceitar ... na época eu estava muito ligado à implantação da cirurgia cardíaca no Pará, por outro lado, para poder levar adiante a divisão era indispensável ter base suficiente para as mudanças ... a divisão tinha uma situação de enorme prestígio, e pouco a pouco ela vinha perdendo essa condição, vinha perdendo seu *élan*, sua força, no conjunto das ações de saúde, então, depois da terceira ou quarta vez que me falaram, eu vi que tinha possibilidade, o respaldo do ministro, resolvi aceitar o desafio ..." (Dep.nº XVI, p.93). A colocação das autoridades do MS, no que se refere à tuberculose, no entendimento do novo diretor era o seguinte: "o ministro reconhecia que a equipe de tuberculose, ao longo de tantos anos, tinha dado uma contribuição extraordinária e que esse grupo vinha se esvaindo, perdendo o entusiasmo, o *élan* e sobretudo perdendo vários de seus membros ... a preocupação dele era conseguir uma pessoa capaz de retomar o programa de controle da tuberculose com entusiasmo e dedicação ..." (Dep.nº XVI, p.95). Além disso havia a visão da necessidade de integração também a nível central: "a concepção do secretário de Programas Especiais era a de retomar, mas não como uma divisão estanque, separada, ele batalhava por um trabalho *matricial* ... as pessoas que a tuberculose tinha, que se juntaria ao pessoal de todos os outros programas e com isso ele tentaria retirar o caráter de especialidade ... a divisão de Tuberculose passava a ser de Pneumologia Sanitária, que não dava pra sair de um estágio de ultra-especialização para um estágio generalístico, num salto só, a desarrumação seria tamanha que acabaria desagregando tudo e que passaria toda uma fase de governo sem avançar nada, então a hipótese de trabalho era a de degraus ..." (Dep.nº XVI, p.95-96). O propósito do novo diretor era no sentido de: "fazer a Divisão retomar toda sua capacidade técnica e administrativa porque o problema da tuberculose continuava a existir, grave ... nós assumimos na convicção que a Divisão tinha em seus técnicos conhecimento acumulado suficiente e que ela tinha autoridade bastante para mobilizar pessoas, quer do nível nacional, quer do nível internacional, para comporem trabalho conjunto ..." (Dep.nº XVI, p.94).

Em 23/1/76, entra Gabriel e cria o escritório da DNPS em Brasília, que passa a ser a sede oficial da DNT; entretanto, a maior parte do tempo, o diretor ficava na rua do Rezende, no Rio, que de fato continuava a funcionar como sede. A nova gestão entrou com força: "quando o Gabriel veio pra Divisão, tocou de novo na velocidade que a gente já estava acostumado ..." (Dep.nº 26, p.122). Outra apreciação é a de que "Gabriel veio com uma idéia diferente, de nível central, porque [a divisão] estava perdendo a condição de cabeça técnica do sistema, pra ser um órgão puramente administrativo, que não liderava, estava num plano inclinado ... a partir daí começou uma arrancada, ele pegou o nível central desgastado, mas pegou toda a base feita pelo Santos Neves, ele operacionalizou o que tinha sido desenhado, retomou o que estava iniciado ... uma linha atualíssima, com apoio da Opas ... o espírito de organização e essa capacidade de mobilização, ele com o pessoal da casa mesmo, conseguiu dar uma virada ..." (Dep.nº 11, p.76e82). Gabriel reavalia sua atuação do seguinte modo: "na divisão existiam pessoas da melhor qualidade profissional, de dedicação, que garantiam uma reversão, uma luta, no sentido de mudança, por outro lado, o ministro não estava interessado em extinguir, liquidar, a Tuberculose, ele estava interessado em vê-la numa outra posição ... de maneira que, para o meu temperamen-

to, e conhecendo as pessoas que existiam na divisão, retomar o entusiasmo e realinhar conhecimentos científicos e técnicos numa direção que permitisse avançar, era uma coisa que dependia de a gente conversar, trocar idéias, reacender toda a mística desse serviço." (Dep.nºXVI, p.97).

A Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária

O novo diretor promoveu antecipadamente a reforma administrativa que transformou a DNT em DNPS, subordinada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (Snepes), o que juridicamente só ocorreu ao final do ano. (decreto-lei nº 79.056/76). O SOC foi substituído pelos serviços de: Avaliação e Supervisão, Programação e Normas Técnicas, Desenvolvimento de Recursos Humanos, e continuava o serviço de Epidemiologia. O chefe do SOC conta: "uns seis ou sete meses antes de o ministério oficializar as novas seções, nós fizemos uma reunião de todas as pessoas, pra definir as atribuições, já com visão de pneumologia sanitária e o Gabriel implantou o funcionamento, como seria de futuro, mas informalmente ... quando viesse a ordem do ministério, já estaria todo mundo trabalhando dentro daquele sistema, que a gente apelidava as novas *caixinhas* ..." (Dep.nºXV, p.119).

Quando a estrutura interna da DNPS foi alterada, obedecendo a novos critérios de departamentalização, teve como consequência "acabar com os setores profissionais, passar à administração por objetivo ..." (Dep.nº11, p.71). Teve que haver um tempo para a assimilação da proposta: "a gente sentiu assim, uma primeira fase de desconfiança, uma segunda de temor, uma terceira de adesão bem discreta, até que a gente demonstrasse que realmente não estava no projeto pessoal, nem era para tornar a pessoa diferente, nem era num sentido de perseguição de grupo, até que a gente foi conseguindo a confiança das pessoas ... até conseguir a adesão das pessoas que exerciam a liderança e algumas pessoas que detinham o saber e davam a conduta e o tom do pessoal de enfermagem." (Dep.nºXVI, p.102).

Às mudanças na estruturas corresponderam mudanças nos papéis profissionais, que são assim analisadas: "uma primeira coisa que a gente fez foi a desmitificação de alguns profissionais médicos, considerados intocáveis e inatingíveis, que seria o grupo do saber ... na hora que nós começamos a chamar todos os profissionais pra discutir tudo, cada qual foi tomando confiança no seu saber e na possibilidade de fazer esse intercâmbio e essa ajuda mútua, a relação de confiança foi se estabelecendo, realçado o grupo de pessoas que podiam somar o saber com o fazer e disso resultar o programa, e a gente deu o maior reforço, foi por aí que as coisas puderam se enraizar ..." (Dep.nºXVI, p.103-104).

Apesar da nova abrangência da Divisão, foi atribuída prioridade à tuberculose, devido à sua magnitude e relevância, por contar com normas padronizadas e atualizadas que permitiam sua aplicação em unidades simplificadas de saúde, com ênfase no diagnóstico e tratamento de casos bacilíferos. Além disso, "buscava-se a horizontalização das ações, com a integração das atividades de controle da tuberculose na estrutura de saúde existente." (Hijjar, 1985, p.59). O programa das Infecções respiratórias Agudas (IRA), consideradas como uma importante causa de morte, principalmente entre as crianças menores de um ano acometidas de pneumonias, de

origem bacteriana ou viral, foi definido como o segundo mais importante programa da divisão. (MS/Snepes/DNPS, 1982, p.9).

A promoção de atividades médico-assistenciais relacionadas ao controle da tuberculose no âmbito da previdência se deu sob diferentes modalidades: assistência prestada por serviços próprios do Inamps (ex. sanatório de Mecejana, CE); compra de serviços de terceiros (geralmente da rede privada) pelo INPS, mediante contrato global por diária; convênios com secretarias estaduais de saúde, nos quais o INPS transfere 70% do orçamento e a secretaria se encarrega do atendimento, o que reduz os custos do INPS e atende à necessidade de recursos da maioria das secretarias de saúde, favorecendo o tratamento ambulatorial. (Possas, 1981, p.248,252e267). Enquanto a DNT adotava esquemas de baixo custo, apesar de menos eficientes, o Inamps já usava o chamado esquema REI (Rifampicina, Etambutol e Hidrazida). Após a implantação do convênio Inamps/SES/MS, em 1978, ocorre a integração programática em sete unidades da federação e é institucionalizado o esquema *encurtado* (seis meses), de maior eficácia terapêutica e menor toxicidade, que por utilizar drogas muito caras (rifampicina/RMP, isoniazida/INH e pirazinamida/PZA, apresentava um custo cerca de vinte vezes maior. Em contrapartida, em 1979, nos antigos sanatórios de administração direta da Campanha, observa-se uma redução de quase 80% nos leitos para tuberculose, que são colocados à disposição para o controle de outras doenças. (Snepes/DNPS, 1982, p.9).

A CNCT, que tinha perdido sua razão de ser desde o início da década de 60, volta à cena ao final da década de 70, mas em um contexto diferente e com outro significado: "no finalzinho da época do Gabriel, veio a recuperação da Campanha, não foi uma coisa técnica, mas uma coisa muito mais administrativa, que o ministério estava precisando de uma válvula de escape pra colocação de recursos extra-orçamentários, por exemplo, quando se fez os convênios com o Inamps, que como órgão público não podia repassar dinheiro pro Ministério da Saúde, então a Campanha [juridicamente] poderia receber verba de um órgão de administração indireta ... então os recursos de outras fontes passaram a ser administrados diretamente pela divisão, se revigorou a Campanha mais pra receber recursos extras do que pra nomeação de pessoal ... só já mais tarde, quando se pensou na renovação dos quadros, é que se reviveu a Campanha em termos de pessoal ..." (Dep.nº11, p.78).

A previdência assume a tuberculose e a DNPS, as IRA

No governo Figueiredo, o primeiro a ocupar a pasta da Saúde fora o médico baiano Augusto de Castro Lima, meses depois exonerado a pedido, e substituído, pelo piauiense Waldyr Arcoverde, irmão do governador e depois senador da República pelo estado do Piauí. (FGV, 1984, p.202).

Com a integração das ações de controle da tuberculose aos serviços da rede básica de saúde, em todo o território nacional, esvaiu-se ainda mais o poder do diretor, e com a mudança da divisão para a nova capital federal, reduziu-se o interesse dos possíveis ocupantes pelo cargo,

inclusive em função da remuneração, que deixou de ser compensadora. Enfim, o cargo foi diminuindo de importância e tornando-se cada vez mais um cargo técnico, sem maiores prestígios e atrativos, o que inclusive dava margem às pessoas convidadas a ocupá-lo de apresentar condições. O novo diretor da DNPS, Germano Gehardt Filho, assumiu o cargo mas continuou residindo no Rio de Janeiro: "quando Germano assumiu, acabou o escritório de Brasília, ficando somente o escritório do Rio, ele ficou indo uma vez por semana à Brasília ... ressurgiu aí a Campanha, aí começou muita confusão e duplicidade de serviços, quer dizer, duas entidades fazendo a mesma coisa e com as mesmas pessoas, a ponto de não sabermos bem a quem pertencíamos ... mais tarde ficou mais claro, ficando o escritório da DNPS em Brasília e a Campanha no Rio ... o *dono* de tudo era o Germano." (Dep.nº1, adendo).

Pode-se considerar que a integração programática foi concluída em 1981, quando o convênio Inamps/SES/MS, para a transferência da execução das ações de controle da tuberculose às secretarias estaduais de saúde, foi implantado em todas as unidades da federação. (Hijjar, 1985, p.57). O médico encarregado dessa tarefa no Inamps conta: "em março de 1980, o convênio global estava assinado para todo o país ... foi interessante tratar dessa articulação, fazer esse trabalho de consolidação do convênio, só ficou terminado no final de 1981, foi uma contribuição extraordinária que o Inamps deu às secretarias de saúde dos estados ... uma dotação para a compra de medicamentos e um subsídio para ajudar a cada estado no desenvolvimento do programa ... o Inamps lucrou, que antes desse convênio internava 70% dos doentes que diagnosticava na rede privada de hospitais, então representou uma economia e uma melhoria de atendimento aos seus segurados ... por exemplo, nos serviços do Inamps no estado de São Paulo, havia cerca de setenta esquemas terapêuticos diferentes para tratar a tuberculose." (Dep.nº12, p.41). A partir dos convênios, o esquema de curta duração (seis meses), utilizando as drogas mais eficazes: Rifampicina/RMP, Hidrazida/ INH e Pirazinamida/PZA foi implantado em todo o país, para todos os doentes, apesar de seu alto custo, sendo o Brasil "o único país do mundo a usar este esquema com esta duração." (MS/Snepes /DNPS, 1982, p.21).

Outra forma de cooperação DNPS/Inamps foi o sistema de *cogestão* dos sanatórios que eram de administração direta da divisão, no qual aqueles dois órgãos dividiam as responsabilidades quanto à administração e à manutenção de hospitais como o Barros Barreto, de Belém do Pará, o Raphael de Paula Souza, no Rio e o Adriano Jorge, em Manaus, sendo que neste participava também a secretaria estadual de saúde. Posteriormente os sanatórios de tuberculose são progressivamente transferidos para os estados e transformados em hospitais gerais, observando-se uma redução de cerca de 50% no número de leitos destinados à tuberculose. (Ribeiro, 1989, p.52).

Os revezes da enfermagem e a perda da identidade

A partir da gestão Edmundo Blundi, a enfermagem da Campanha passou a se ressentir da falta de respaldo da direção. A chefe dessa época comenta suas dificuldades: "eu não me sentia à vontade pra designar uma colega, eu sentia que o ambiente era ruim, a exemplo dos

médicos, as minhas colegas não queriam colaborar com aquela administração, e eu não me sentia com a força de um chefe, com o *élan* que eu tinha anteriormente, eu me sentia muito acanhada desempenhando aquele papel, mas eu achava que ele não tinha como indicar outra colega, a não ser que ele trouxesse uma enfermeira de fora ..." (Dep.nºVII, p.103-104).

Na gestão Santos Neves a enfermagem já sentia dificuldades enquanto grupo profissional. A chefe de então se dava conta dos prejuízos sofridos em termos de espaço profissional na sede: "era uma situação difícil, que já tínhamos perdido muito do prestígio, do *status*, em relação ao que a seção já tinha sido, foi uma época em que estava começando no setor uma certa disputa, uma certa rivalidade e eu consegui terminar isso, por que eu sempre fui despreziosa, nunca tive a doença da *chefose* e consegui arrumar o grupo, harmonizar, e o grupo cresceu bastante, eu consegui reativar um pouco isso, em função da amizade que eu tinha com o *diretor*, a turma sentiu que eu tinha prestígio, então começou a dar à seção [de enfermagem] o espaço que ela tinha de direito ..." (Dep.nº41, p.72-73).

A passagem da supervisão técnica especializada para a assessoria de programação das secretarias estaduais de saúde não ocorreu sem conflitos e atritos. Conta o chefe da SOC: "a gente tinha quatro sub-chefes de serviço ... havia um papel que era definido pela organização do trabalho e havia o papel que era assumido pelas próprias pessoas, que era bem diferente ... a gente sentia muito a política das pessoas dentro de cada setor, era uma briga interna e uma confusão e eu não me envolvia ... era coisa do pessoal bem mais antigo do que minha presença na divisão ... eu procurava minimizar as coisas ..." (Dep.nºXV, p.108).

Houve também uma divisão geográfica do trabalho de supervisão: "nós fomos distribuídas em equipes, por macro-regiões, então nós fomos implantar aquela programação nesses estados, com a equipe da coordenação estadual: médico, enfermeira e bioquímico ... a programação vinha de cima para baixo, era feita a nível central ... no início desse primeiro ano, a gente foi, treinou e ensinou esse pessoal, depois a gente de três em três meses voltava pra acompanhar essa programação, fazer uma avaliação com o pessoal do estado e tentar reajustar o que não estava sendo cumprido ..." (Dep.nº7, p.38).

Com o programa de interiorização, começou a haver necessidade de lançar mão de argumentos legais para assegurar a prerrogativa de funções que desde o início da Campanha já eram reconhecidas como de competência da enfermagem: "o *farmacêutico* e eu [médico] íamos fazer o treinamento, e a chefia da enfermagem reclamou, que ela achava que nós não podíamos treinar pessoal de enfermagem, que pela lei quem tem que treinar pessoal de enfermagem, é enfermeira ... aí veio a lei da enfermagem, e foi um pega danado com a *chefe da enfermagem* ...". Na verdade, a chefe se referia ao projeto de lei do exercício profissional da enfermagem, que viria a se transformar na lei nº7.498/86 (mais de dez anos após) e afinal sem garantir à categoria o treinamento de pessoal em caráter privativo (Art. 11º, inciso I, alínea "f" [Vetado] in Lorenzetti, 1987, p.171).

A opinião de uma enfermeira é que na verdade ela é quem carregava a equipe: "quando eu viajei com a equipe multiprofissional, a sobrecarga maior era da enfermeira, eu já viajei com

médico, com bioquímico e assistente social, mas eu acho que o peso maior era da enfermeira, é o que sobressaía mais ... eu acho que encareceu e não vi retorno ..." (Dep.nº7, p.47-48). Um médico confirma a contribuição da enfermeira: "era a época da implantação do programa nacional, foi o início das equipes multiprofissionais ... a enfermagem tinha uma contribuição muito grande na parte técnica e ajudava bastante o nosso trabalho como um todo ..." (Dep.nº11, p.61-62).

As visitas aos estados passaram a estar ligadas principalmente a assuntos de treinamento, seja de equipes de enfermeiras em PPD e BCG, seja a coordenação de seminários multiprofissionais que eram realizados em conjunto com o pessoal local: "era pra dar supervisão em BCG ou PPD, então a enfermeira ia só, agora quando era um problema numa área que envolvia aspectos maiores, aí ia a equipe ...", enquanto que: "o seminário era de uma semana, era intensivo, pra atualizar toda a equipe que trabalhava nos dispensários e nos sanatórios, eu participei bem de uns dez ..." (Dep.nº41, p.64-65).

A supervisão às unidades de saúde continuou a ser feita, porém com outras características: "além desse trabalho, a gente fazia também a supervisão, por amostragem, às unidades de saúde ... onde o estado era regionalizado, a gente se apresentava primeiro à chefia da regional e um elemento da regional nos acompanhava até o local ... no nível local, a gente se reunia com a enfermeira, se não tinha enfermeira, com a visitadora, daí a gente partia pra fazer a supervisão com a equipe, das atividades de controle da tuberculose ..." (Dep.nº7, p.39).

A supervisão específica, por área profissional de atuação, praticamente desaparecendo, todos os profissionais passaram a se interessar e a tratar não só dos problemas de planejamento e programação das atividades de controle da tuberculose, como da supervisão do pessoal nas unidades de saúde. Para tanto foi necessário elaborar um instrumento de supervisão, de modo a facilitar a transferência de *know-how*: "quando entrou o 2º PND se passou a fazer supervisão a nível central de secretaria e acompanhar a nível de unidade ... como tinha supervisor que era assistente social, que era bioquímico, não estavam envolvidos com as ações médicas ou de enfermagem ... então apareceu a necessidade de se fazer uma listagem das coisas que o supervisor deveria ver, tanto na quantidade de trabalho, o acompanhamento de metas, como também a qualidade do trabalho ..." (Dep.nº26, p.104e109). Ao contrário, a enfermeira não encontrava dificuldades em fazer as avaliações das outras áreas: "quando não ia bioquímico, a gente via a relação de positividade nos exames realizados, a conservação dos reagentes, do microscópio, a proteção do técnico de laboratório, via com o médico a utilização dos esquemas, o período de tratamento ..." (Dep.nº7, p.39).

Um ex-chefe do SOC registra a grande modificação que houve na função oficial da supervisora: "inicialmente, uma boa enfermeira-supervisora era aquela que estava preparada pra fazer toda a atividade de organização de unidade, de treinamento de pessoal ... depois, com a visão maior de programação, de todos serem responsáveis por uma supervisão, a enfermeira passou a ver não só essa parte da enfermagem, mas também aquela visão de contato com o secretário de saúde, da discussão do programa, de avaliar dados estatísticos a nível central, então

ela teria que ser um elemento capaz de ser bom no trabalho da enfermagem e competente no conhecimento de toda a atividade, então ela passou a ter a responsabilidade de poder analisar a administração mesmo, se o recurso estava sendo liberado ou não, como o serviço estava sendo feito ... enfim, toda aquela atividade que anteriormente não era, explicitamente, da enfermeira, ela teve que crescer pra fazer um trabalho igual, passou a ter uma visão igual, anulou essa coisa da enfermeira, da assistente social ..." (Dep.nº26, p.122-123).

A nova estratégia teve repercussões importantes para a supervisão. A visão de um médico é a de que "deixando de ser serviço especializado, o pessoal de nível universitário passou a fazer mais o papel de treinamento e supervisão do que de execução, como era no serviço especializado puro ... descaracterizando o trabalho da enfermeira ..." (Dep.nº11, p.71).

A enfermagem na DNPS: sobrevivendo fora do ninho

Devido à antecipação na aplicação da reforma administrativa, a seção de enfermagem foi extinta de fato antes que o fosse de direito, o que foi motivo de grande comoção. Quem se encarregou de promover a reforma comenta: "o que a gente pensava é que não ia destruir a enfermagem, pelo contrário, ia melhorar a atuação do enfermeiro na equipe, enfermeiros da melhor qualidade, estavam numa rotina que se tinha estratificado, e o programa de controle da tuberculose já não podia mais comportar aquele mesmo tipo de profissional, porque se pretendia ocupar o país inteiro ... era um patamar mais alto que, no meu entender, podia ser assumido pelo grupo, com toda a competência." (Dep.nºXVI, p.101). O processo tomou a muitas de surpresa: "eu cheguei numa fase em que o grupo de enfermeiras estava sendo dividido ... ninguém sabia pra onde ia, com quem ia ficar, todo mundo se queixando, era um período de angústia ..." (Dep.nº6, p.41-42).

A extinção dos grupamentos profissionais atingiu a todos os profissionais: "isso repercutiu muito dolorosamente em todos, todas as profissões sentiram muito esse fim, a gente se entrosava tão bem, cada uma na sua especialidade, foi muito dolorida pra todo mundo essa mudança, eu queria me aposentar ... talvez até que para o serviço tenha sido melhor, eu até trabalhava com muita satisfação, porque eu sentia muito o apoio do *chefe do novo serviço*, mas para os indivíduos, para cada profissional, eu acho que a gente se sentia melhor quando estava só o grupinho, só cuidando da enfermagem ..." (Dep.nº5, p.35-37).

Essa desorientação fez com que, embora separado, o grupo não se desfizesse logo: "nessa época as enfermeiras, apesar de se terem separado, ficaram muito integradas, cada uma no seu setor ..." (Dep.nº2, p.48). Algumas como que levaram a seção de enfermagem consigo: "quando eu cheguei, já estava na [coordenação de] *Supervisão e Avaliação* e o grupo que estava comigo, estava satisfeito, no início foi difícil, mas depois engrenou, o doutor Gabriel começou a implementar o trabalho e aí a gente se engajou, mas a gente tinha a dona Mercedes [ex-chefe da seção de enfermagem] com a gente, na nossa sala, na nossa *caixinha*, que a gente ainda tinha como chefe nossa ... dona Mercedes é que controlava a gente ..." (Dep.nº7, p.42-43).

As novas *caixinhas* foram logo classificadas entre "fortes" e "fracas", sendo esse critério o fator determinante no grau de satisfação de cada qual: "eu fui prum lugar muito forte, a parte de recursos humanos e nessa nova estrutura a gente fez coisas que eu julgo muito importantes, eu via o recursos humanos como o eixo que movimentava ou que dava idéias ou que fazia girar todos os outros ..." (Dep.nº1, p.61); "parece que o pessoal que não foi escolhido pelos outros chefes, o pessoal menos prestigiado, ficou exatamente nesse setor ... a política do novo diretor era transferir os hospitais de administração direta para as secretarias, era desativar os hospitais, então embora nesse serviço houvesse muito o que fazer, não era o preferido ..." (Dep.nº6, p.41-42).

A enfermagem e as enfermeiras: ganhos e perdas

Sobre os efeitos dessa transição de DNT para DNPS, a opinião do então diretor é a de que se algumas enfermeiras ganharam e outras perderam, entre as seções especializadas a enfermagem foi a que mais ganhou: "algumas se confundiram, não se reencontraram, outras cresceram, o que é importante é que a enfermagem cresceu, porque teve uma participação muito maior na programação e controle da tuberculose como um todo, e não apenas a enfermagem da divisão, mas a enfermagem do Brasil inteiro ... foi o grupo que mais cresceu ..." (Dep.nºXVI, p.102e106).

Ao contrário, o chefe da SOC à época avalia que as maiores vantagens foram para a Divisão e reconhece que a enfermeira teve que abrir mão de sua área de domínio: "a organização ganhou, de modo geral, porque ganhou muito mais gente pra todas as áreas, e o profissional ganhou, ao ampliar sua área de conhecimento, mas o especialista sempre perdeu alguma coisa, porque perdeu sua área de atuação ... enfermeiro era enfermeiro, era *o tal* na enfermagem, mas não tinha responsabilidade de nenhuma outra área, de serviço social, médica ... de repente ele teve que largar mão de muita coisa, pra ser envolvido nas outras áreas, atuação especializada deixou de existir ..." (Dep.nºXV, p.152). As enfermeiras se ressentiram com a extinção da seção de enfermagem: "era cada um por si, você tinha que sobreviver, você já não tinha mais a quem prestar contas, com quem discutir as coisas, a gente ficou assim, muito solta ..." (Dep.nº8, p.70); . "as enfermeiras tinham que se adaptar, não se podia voltar à seção de enfermagem, mas o serviço de enfermagem praticamente deixou de existir, houve um grande prejuízo ..." (Dep.nº6, p.43).

Com a desagregação estrutural, o processo de dissolução era inevitável: "eu como enfermeira me senti muito mais fraca, aquela coisa enfraqueceu principalmente a enfermagem, que continuava a ser procurada pra resolver assuntos duvidosos e eu não via mais as enfermeiras se agruparem com interesse de tentar resolver, era opinião nossa, não era mais opinião de um grupo, isso foi tremendamente difícil e continua sendo, houve um prejuízo ..." (Dep.nº1, p.63). Um ex-chefe do SOC registra a confusão ocorrida quanto às normas específicas de enfermagem: "daí as enfermeiras se dividiram em correntes ... uma corrente só aceitava treinar gente em PPD

e BCG se fosse com quatrocentas aplicações, havia uma corrente que achava que com setenta aplicações a pessoa estava treinada pro BCG ..." (Dep.nº26, p.133).

No que se refere à enfermagem nos estados: "na secretaria nós voltamos ao início, chegamos ao ponto de precisar vir uma pessoa do ministério pra ensinar uma coisa que esse estado já ensinou, então essa coisa foi feita de maneira irresponsável, essa imposição de se fazer uma polivalência, que ninguém pode ser polivalente em todas as áreas, você tem que ter pessoas com um entendimento geral das coisas, mas a especificidade tem que haver ... quando nós trabalhamos em tuberculose, todo mundo entendia o objetivo do controle da tuberculose, mas cada profissional tinha sua especificidade ..." (Dep.nº34, p.31e56).

Evolução no período

Com a substituição da Comissão Técnica presidida por Hélio Fraga, e após um período de estagnação, a tuberculose entra no 2º PND. Em consequência, no decorrer da década de 70, o programa de controle da tuberculose, que incluía menos de seiscentos serviços de saúde e cerca de 23 mil leitos especializados, com a política de integração chegou a incorporar cerca de quatro mil serviços de saúde e reduziu o número de leitos para menos de três mil, quase todos em hospitais gerais ou de tórax. Paralelamente, a notificação aumentou de 47 mil casos em 1974 para 88 mil em 1984, o que representaria 80% da incidência real detectável com a tecnologia disponível no país. Pode-se supor uma redução média mínima de 6% ao ano na incidência real e de 11% da mortalidade nas capitais; o risco anual de infecção médio é estimado em 0,9% (Opas/OMS, 1987, p.3). Como consequência da descentralização e integração do programa de controle da tuberculose, a participação da DNPS no mesmo é consideravelmente diminuída, deixando espaço para que o problema das infecções respiratórias agudas (IRA) passasse a receber atenção.

O terreno perdido com a transferência de grande parte da responsabilidade pelo programa de controle da tuberculose para a previdência não chegou a ser compensado pela ampliação do escopo da ex-Divisão de Tuberculose para o que seria o campo da "pneumologia sanitária".

O processo de horizontalização dos programas especializados do MS, entre eles o da tuberculose, ocorreu com prejuízo para a enfermeira-supervisora da CNCT, no que se refere a poder e prestígio e à sua mesma identidade profissional. Com a extinção da seção de enfermagem, a enfermeira-supervisora perde seu ponto de apoio na estrutura da instituição e a sustentação oferecida pelo grupo de enfermeiras. No entanto, algumas enfermeiras puderam dar contribuição significativa em vários setores da nova estrutura.

2. A MIGRAÇÃO DA METÁFORA

Introdução

Este capítulo analisa como a progressiva diminuição da importância da tuberculose no quadro nosológico determina a decadência do órgão federal encarregado do seu controle, como o câncer passa a desempenhar o papel de metáfora da segunda metade do século 20, sendo por sua vez substituído, na década de 80, pela Aids, sem que, no entanto, se tenha resolvido o problema da tuberculose, enquanto doença dos países ou das pessoas pobres.

No início da década de 80, a tuberculose no Brasil, que à época da criação da "histórica e extraordinária campanha nacional", como a ela se refere um ex-superintendente, em 1946, era de cerca de 300 óbitos por 100 mil habitantes, agora, com uma mortalidade de menos de 10 óbitos por 100 mil, já deixara de ser "o grande problema médico-social" (Villas Bôas, 1982, p. 16). Apesar destes resultados animadores, o diretor da OMS, em discurso proferido no ano do centenário da descoberta do bacilo de Koch, reconhece as limitações dos programas de controle da tuberculose, quando não acompanhados pela melhoria das condições de vida das populações: "Considerando que os postulados biológicos de Koch, ainda que decisivos, não foram suficientes, por si mesmos, para ajudar-nos a eliminar a tuberculose como problema grave de saúde, temos que considerar com franqueza as realidades epidemiológicas e sócio-econômicas que se revestem, pelo menos, de igual importância. Já antes de 1882, em alguns países industrializados começou uma redução gradual do problema da tuberculose, que estava intimamente relacionada com o desenvolvimento sócio-econômico ... As comunidades, enquanto totalidade, se beneficiaram dessa redução; mas, então como agora, subsiste a marcada estratificação social do problema da tuberculose, entre os países, e dentro de cada um deles." (Mahler, 1982, p.1-2).

O modo como ocorreu a integração das atividades de controle da tuberculose no Brasil foi, como em outros países da América Latina, o do "desmantelamento, em todos os níveis, da estrutura vertical existente ... sem antes de adequar e capacitar a infra-estrutura geral para receber os novos encargos ... e sem manter um serviço especializado de tisiopneumologia, para atuar como organismo de referência ... em cada região". (Teixeira, 1978, p.12-13). As reformulações implementadas em favor da reforma sanitária, ou seja, da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela constituição de 1988, deixaram vazios institucionais que, somados à deteriorização do nível de vida da grande maioria da população brasileira, agravaram sobremaneira a situação de saúde do povo e nela os indicadores relacionados à tuberculose. Assim, as autoridades sanitárias no estado do Rio de Janeiro reconhecem que o assim chamado abandono do tratamento pelos doentes de tuberculose no estado é da ordem de 40%; faltam medicamentos, os laboratório dos centros de saúde não estão fazendo o diagnóstico da tuberculose e o sistema de notificação da tuberculose foi "desmantelado". (Adeodato, 1991, p.11).

As circunstâncias em que o conceito de doença metafórica migrou da tuberculose para o câncer, no decorrer do terceiro quartel do século 20, relacionam-se ao desenvolvimento científico e tecnológico, que supera os problemas relacionados à tuberculose, mas esbarra nos obstáculos apresentados pelo câncer, pois para que uma doença seja utilizada como o metáfora, é preciso que seja "um mal não compreendido", que permita uma concepção da doença como "intratável e caprichosa", um tipo de enfermidade "misterioso por definição". (Sontag, 1984, p.9). A metáfora do câncer, embora mantendo algumas das mitologias relacionadas à tuberculose, traz também novos significados, mais condizentes com seu tempo. De um ponto de vista geopolítico, a partir da virada do século, em ambas as doenças considera-se que "o corpo do paciente está sob ataque, e o único tratamento é o contra-ataque. A sociedade e o Estado organizam campanhas para dar-lhes combate. O bacilo da tuberculose e as células no câncer são invasores do organismo e o tratamento visa a sua destruição.

De um ponto de vista econômico, as fantasias sobre a tuberculose refletem as atitudes relacionadas com a primitiva acumulação capitalista, ou seja, uma economia que depende da limitação racional dos desejos, pois as energias, como as economias podem ser esgotadas, esbanjadas, em consequência de um dispêndio temerário. Já o capitalismo avançado exige a expansão, a especulação, a criação de novas necessidades, a compra a crédito, ou seja, uma economia que depende da indulgência irracional do desejo, pois a contenção de energia, a recusa a consumir ou gastar pode levar a um crescimento desregulado, anormal e incoerente. Em ambos os casos o corpo começará a *consumir-se*, o paciente *definhará*. (Sontag, 1984, p.81-82). Mas a interpretação da natureza do processo pelo qual o corpo é consumido, é diferente para cada doença: "na tuberculose a pessoa é consumida, *queimada*; no câncer o paciente ... se *enruga* ou se *encolhe*. A tuberculose é uma doença do tempo ... o câncer é uma doença do espaço ... a tuberculose é imaginada como uma doença da pobreza e da privação, ao contrário, o câncer é uma doença ligada à afluência, ao excesso, uma doença da classe média. De acordo com a mitologia da tuberculose, paixões contrariadas e esperanças frustradas provocam o ataque da doença ou nele se exprimem ... de acordo com a mitologia do câncer, uma firme repressão de sentimentos é que causa a doença ... uma doença dos pulmões é uma doença da alma, o câncer ... é uma enfermidade do corpo ... a tuberculose era concebida como uma morte decorativa e muitas vezes lírica, o câncer é um assunto raro e ainda escandaloso na poesia ..." (Sontag, 1984, p.20e segs).

Mas, como avisava Sontag: "Uma vez que o interesse da metáfora deve-se precisamente a ela se referir a uma doença tão carregada de mitificação e da fantasia de inescapável fatalidade; uma vez que nossas opiniões sobre o câncer e as metáforas que lhe impusemos são um veículo das grandes insuficiências desta cultura, da nossa atitude superficial diante da morte, da nossa ansiedade com os sentimentos, das nossas reações temerárias e levianas aos nossos verdadeiros *problemas de crescimento*, da nossa incapacidade para construir uma sociedade industrial avançada que regule o consumo adequadamente, e dos nossos justificados temores do curso cada vez mais violento da história; a metáfora do câncer se tornará obsoleta ... muito antes que os problemas por ela refletidos de modo tão persuasivo tenham sido resolvidos." (Sontag, 1984, p.107-108). Em 1987, Hubert Lepargneur constata que, mesmo sem destronar totalmente

o câncer como a rainha das doenças do século XX, "a Aids tornou-se *A Doença*." (Lepargneur, 1987, p.133). Mas, se às vésperas do 3º milênio, a Aids se configura como a doença metafórica da virada do século, a tuberculose ainda é "a segunda doença transmissível que mais mata no Rio, só perdendo para a Aids", sendo que "entre os doentes com Aids, a tuberculose passou a ser a infecção mais freqüente, superando a pneumonia". A tendência à redução de 4,5% ao ano no número de casos de tuberculose, que se vinha observando até 1990, foi interrompida, provavelmente devido ao impacto da Aids; fenômeno semelhante está ocorrendo nos Estados Unidos, no entanto a força da tuberculose no Brasil é seis a oito vezes maior que nos países desenvolvidos." (Gerhardt *in* Adeodato, 1991, p.11). Além disso, enquanto que nos países desenvolvidos a incidência da tuberculose aumenta proporcionalmente com a idade, nos países "em desenvolvimento" o pico de incidência da doença ocorre entre os adultos jovens. Daí decorre que nos países desenvolvidos os grupos de idade infectados pelo bacilo da tuberculose e pelo HIV pouco se superpõem, mas nos países em desenvolvimento ambas as infecções têm maior prevalência nos adultos jovens. Assim, supõem-se que o aumento do número de infectados com o HIV aumente secundariamente o número de casos de tuberculose no Brasil, onde 17% dos casos de Aids são descobertos pela tuberculose evolutiva que apresentam. (Opas/OMS, 1987, p.1e4).

A substituição da metáfora da época, da tuberculose para o câncer, ocorre simultaneamente ao esvaziamento e posterior liquidação do órgão federal de controle da tuberculose, esforço este realizado em meio à tentativa de transferir para Brasília os órgãos federais remanescentes no Rio. Esse espaço é ocupado, inclusive fisicamente, no prédio da rua do Rezende, pelo órgão direcionado ao combate ao câncer. Além das modificações estratégicas ocorridas na luta contra a tuberculose, por força do surgimento de esquemas terapêuticos cada vez mais poderosos, do ponto de vista político-administrativo a Tuberculose, enquanto instituição, sofreu sucessivos e intermitentes abalos em sua estrutura, que se somaram ao grande choque que foi o processo de transferência dos órgãos federais para o novo distrito federal. As mudanças políticas e econômicas repercutiam nas pessoas sob a forma de sentimentos de impotência e desalento, que correspondem a seus dramas pessoais, no interior das mudanças que percebem fugir ao seu controle.

No tempo de JK, foram criados incentivos extraordinários para as primeiras levas de funcionários que se dispuseram a ir morar em Brasília (os apartamentos *funcionais*, gratificações adicionais, ensino público e gratuito, o transporte das repartições). Mas a transferência do ministério da Saúde, não sendo este considerado prioritário como o apoio cotidiano ao presidente, só veio a se efetivar em 1974. Já no final do governo Médici, que pretende completar a transferência de todos os órgãos federais e respectivos quadros de pessoal, grande parte dos funcionários tenta resistir, a maioria dos quais radicados no Rio de Janeiro, inclusive o pessoal da Campanha. Tal posição era pouco defensável, primeiro porque enquanto funcionários federais, legalmente poderiam ser transferidos sempre que necessário, no interesse do serviço público; e depois porque era difícil lutar contra o mito criado desde o início em torno da nova capital.

A construção de Brasília no planalto central, no centro geográfico ou geopolítico, no "coração do Brasil", "capital da esperança", servira de metáfora à política de interiorização e

desenvolvimento de JK, sendo encarada como "protótipo do planejamento científico", síntese do plano de metas e do nacional-desenvolvimentismo. A construção da nova capital possibilitou, à época, a cooptação de certos elementos ou categorias profissionais, como políticos, jornalistas e militares, beneficiados por favores ou concessões especiais, contribuindo para a manutenção da relativa estabilidade política do período. A implantação da nova capital simbolizou para as mais diversas perspectivas (como o projeto do empresariado industrial, as ideologias nacional-desenvolvimentistas, o pensamento geopolítico e até mesmo a teoria da revolução brasileira, de certas organizações de esquerda), uma alteração no Estado, que se tornaria mais "técnico" e planejador, sendo a administração vista como modernização da política. (Vesentini, 1986, p.114e segs). O uso da imagem da cidade-capital como símbolo de uma nova era para o Brasil é evidente nas solenidades oficiais que serviram como marcos históricos do início e do término de sua construção: "na sua prática de usar e devorar os mitos históricos nacionais, JK chegou mesmo a refazer na solidão do cerrado, onde se construía Brasília, a Primeira Missa, na mesma data de 3 de maio em que Cabral a fez rezar, quando do Descobrimento ... aliás, como na pintura famosa de Vitor Meirelles, na Primeira Missa brasiliense também compareceram, trazidos pela FAB, uns atônitos índios carajás ... (Maranhão, 1988, p.15). Por sua vez, a inauguração de Brasília ocorreu no dia 21 de abril de 1960, data em que se reverencia a memória de Tiradentes, o alferes Joaquim José da Silva Xavier, um dos mais fortes símbolos nacionais, protomártir da Independência, que inspirou o poeta popular em inesquecível samba-enredo: "foi traído e não traiu jamais a Inconfidência de Minas Gerais".

O esvaziamento da Tuberculose

Nos primeiros tempos da Campanha, com o número de empregos e gratificações distribuídos, vultosas verbas para a construção e manutenção de sanatórios, facilidades de fornecer passagens aéreas, seu poderio era grande e a pessoa-representante da instituição tinha muita força. O andamento em que se movia a organização, em termos de tempo e espaço, se foi tornando pesado, à medida em que se rotinizou. O enquadramento de todo o pessoal no serviço público federal e a extinção do quadro de pessoal da Campanha, as sucessivas reformas administrativas que restringiam cada vez mais a autonomia do órgão próprio à tuberculose, o progressivo esvaziamento do MS em relação ao Inamps, a diminuição da importância da doença mesma no quadro nosológico nacional, a mudança das diretrizes emanadas das agências internacionais de saúde e as novas tecnologias e estratégias recomendadas, bem como o fortalecimento dos estados, em decorrência da *abertura* política, contribuíram para que o órgão nacional encarregado do controle da tuberculose fosse perdendo sua força e até sua especificidade.

Um médico pioneiro de Curicica resume: "no tempo do ministério da educação e saúde, o serviço público era menos complexo, quase todos os órgãos, como o Serviço Nacional de Tuberculose, eram de nomeação direta do presidente da República e por interferência política ... a tuberculose era uma doença de importância muito grande, era um serviço com prestígio nacional, era um cargo cobiçado e politicamente forte, havia os catedráticos de tisiologia ... com a criação do ministério da saúde, já diminuiu a importância do serviço de tuberculose, aí houve

a reforma do ministério da saúde ... apesar de ter passado pra divisão, a Tuberculose ficou ligada a uma secretaria especial, que era ligada a uma secretaria geral, que era ligada ao ministro, quer dizer, num plano hierárquico, tinha uma projeção menor ... a nomeação, que era do presidente, desceu pro ministro, então o *status* do serviço foi caindo, a máquina do serviço público foi se agigantando, começaram a aparecer cargos de maior destaque, mais visados, o serviço foi ficando mais na área técnica do que política ... a tuberculose também caía no cenário nacional, passou a contar com menos recursos, a nomear menos diretores de hospitais, então deixou de ser atrativo ... quando se falou em integração, aí já teve até dificuldade de encontrar quem quisesse, até em função da remuneração, que foi caindo, até delegado federal de saúde está acima ... hoje [1986] você tem dificuldade de escolher uma pessoa que tenha uma certa posição, vida organizada, um *status* ... não pode largar tudo pra ir com um salário de DAS-2 pra Brasília ... " (Dep.nº11, p.78-80).

A proposta inicial da Campanha e a razão de não haver podido controlar a tuberculose no prazo esperado são explicados por um veterano tisiologista: "na década de 40 havia uma situação desesperadora, que a idéia era isolar todos os doentes, como forma de quebrar a cadeia de contágio ... assim, o programa fundamental da Campanha era fazer leitos ... um leito por óbito, que se imaginava que o tuberculoso que não curava, morria dentro de um ano ... como a maior parte dos doentes vinha pras capitais, os óbitos eram nas capitais ... partindo do princípio de que se se internasse durante dez anos todos os casos de tuberculose positivos, eles deixariam de contaminar, se interrompia a corrente de transmissão ... e assim se terminaria com a tuberculose no Brasil ..." (Dep.nº11, p.28-29). A falha apontada no projeto Paula Souza é de natureza epidemiológica: "o Paula Souza não levou em consideração a *reinfeção endógena* ... uns quarenta por cento de brasileiros *contaminados*, e que até à morte teriam a possibilidade de adoecer de tuberculose ... todos esses hospitais foram feitos dentro desse espírito de eliminar o foco do contágio pelo isolamento físico do tuberculoso, não em função de eliminar o foco de contágio, através da quimioterapia, do isolamento quimioterápico ..." (Dep.nº11, p.48-49). O criador da Campanha também se admira de sua longevidade: "atualmente, quando não se precisa mais do armamento especial e complexo para combater a tuberculose, se isso acabou por desnecessário e passou a ter medicamento para uso do centro de saúde ... por que manter a Campanha?" (Dep.nºXIX, p.43).

A liquidação da DNPS e o ressurgimento da Campanha

Em 1980, ocorre a mudança da Divisão para Brasília. Do ponto de vista do pessoal da DNPS, a questão da mudança é a de que: "um ministro vaidoso tinha que levar todo mundo, queria todos os órgãos lá dentro, pouco importou a ele como seria feito isso ... esta centralização dos governos militares levou a isso e o ministro que eles colocaram tinha essa visão ... mas essa transferência geográfica não foi aceita pelos técnicos, todo mundo tinha seus interesses, suas vidas, suas famílias localizadas, há quantos anos, dentro do Rio de Janeiro ..." (Dep.nº26, p.164). Como medida de pressão, o centro de poder foi deslocado para a capital da república: "o Luiz Carlos ficou lá em Brasília, respondendo pela divisão ..." (Dep.nº41, p.88).

Em setembro do mesmo ano, o secretário nacional de programas especiais veio à divisão e fez uma reunião onde estavam presentes o diretor, os assessores e as pessoas que tinham função gratificada: "ele foi muito radical, a divisão seria transferida pra Brasília, que os outros órgãos já tinham ido ... a maneira como a reunião foi feita foi muito desagradável, era um grupo que tinha muito o que dar e foi levado de modo grosseiro" (Dep.nº2, p.51). Essa reunião é lembrada com desgosto: "ele mandou chamar todas as pessoas que tinham cargo de chefia, aí *uma assistente social* falou — *o senhor podia segurar mais um pouquinho, a gente aqui é como uma família, todos antigos, todo mundo tá sentindo muito ... pelo menos deixar terminar o ano, até o Natal ...* e ele respondeu: — *justamente em dezembro é que eu vou botar a pá de cal ...* falou que a Tuberculose queria se sobressair, que tudo da Tuberculose era melhor e que tava na hora mesmo de acabar com isso ..." (Dep.nº39, p.48). Ainda houve uma tentativa fracassada de argumentação: "a gente tentou fazer o ministério entender que iam levar pra Brasília só quem tinha cargo de confiança, umas doze ou quinze pessoas, que isso não fazia a Divisão ser a divisão, um passado todo de trabalho, a inteligência ficava no Rio, em Brasília ia apenas gente pra assinar papel ... ele não quis saber ..." (Dep.nº26, p.164-165). Colocou-se então o dilema — transferir-se para Brasília ou sair da divisão: "houve o preenchimento de um formulário para a aquisição de apartamento em Brasília, para quem concordasse em se transferir, e foi feita uma listagem para a redistribuição, entre os órgãos do MS aqui sediados, do pessoal que não aceitasse sair do Rio. Alguns funcionários foram para hospitais de psiquiatria, delegacia federal de saúde ..." (Dep.nº1, adendo). Também realizou-se um encontro nacional: "houve um encontro do Franz com o pessoal da Tuberculose do país inteiro ... houve um total desrespeito ao trabalho realizado, o Franz que desmontou todo o serviço, e ele não botou nada em substituição, simplesmente destruiu ... essa mania de querer dar seu cunho pessoal nas coisas ... ele não tinha por que destruir os serviços, que eles precisavam dar o respaldo normativo e técnico aos estados, que era o papel do ministério, não podia esfacelar o programa ... são pessoas que não são capazes de diferenciar que pra mudar a forma de operar um sistema não é preciso acabar com ele ..." (Dep.nº41, p.86e114). A visão de quem estava em um estado é a de que "alguém chegou no ministério e meteu na cabeça que todo mundo tinha que ser polivalente, saber a mesma coisa, ele queria acabar com os programas verticais, queria horizontalizar as ações, mas isso foi feito de uma maneira drástica, não podia acabar as coordenações nos estados, de tuberculose, hanseníase, materno-infantil, porque os especialistas são necessários ..." (Dep.nº34, p.29-30).

Na verdade a mudança para Brasília foi somente de parte dos arquivos. O que afinal teve um grande efeito, tanto prático quanto simbólico, foi a desocupação do prédio: "nós recebemos as portarias pra integrar aqueles grupos que iriam *empacotar* o serviço, pra desmanchar a divisão, pra desativar o prédio, tivemos quinze dias, foi horrível ... parte do material foi para Brasília e parte foi pra Curicica". Esse material "logo que chegou em Brasília ficou numas prateleiras, separado por serviço, e o material que foi pra Curicica também, no começo, ficava numa sala grande, separadinho nas prateleiras, depois eu soube que misturou tudo, não sei se o serviço pode recuperar esse material ..." (Dep.nº2, p.51e52). Em 1981, todos os órgãos de administração direta da CNCT no Rio foram anexados ao hospital de Curicica, que passou também a fazer o gerenciamento de pessoal e material da ex-sede nacional: "houve uma *reforma informal*, na qual "o DE, o dispensário de Nilópolis, o Susa, são *anexados* a Curicica, só

existe Curicica, esses móveis, tudo o que está aqui, os funcionários, são de Curicica ..." (Dep.nº11, p.26).

Alguns depoimentos deixam transparecer um clima de rivalidade dentro do MS à época da reforma administrativa que *horizontalizou* os programas, atribuído por um ex-chefe do SOC ao espírito de pioneirismo que acompanhou a tuberculose em toda sua trajetória: "a Tuberculose caminhou mais rápido dentro do ministério, quando o governo dizia — *vai se fazer isso*, a Tuberculose partia pr'aquilo ... quando os outros setores ainda estavam perdidos, sem saber como começar, nós já estávamos muito na frente ... tinha um grupo grande e muito bom, tudo que podia ter de dado estatístico ... chamava todo mundo e ia discutir como fazer aquilo ... acabava sendo orientação pro próprio ministério ...". Afinal o projeto de liquidação dos programas verticais foi efetivado, mas a ameaça de transferir o pessoal da DNPS para Brasília não chegou a se concretizar: "não aconteceu nada, porque na realidade, Brasília não tinha mais condições de levar pessoal transferido com moradia e o pessoal não tinha salário compatível pra alugar apartamento lá, então não tinha como fazer essa transferência de órgãos inteiros do ministério, que ainda estavam aqui, então foi um negócio que amarrou-se através do tempo ..." (Dep.nº41, p.90-91). Quem ficou esperando confirma: "nós fomos ficando por aqui, depois o governo Figueiredo sustou a transferência do pessoal pra Brasília ... fizeram todo esse tumulto, acabaram não levando, ficamos todos no Rio de Janeiro ... o que eles conseguiram foi diminuir um órgão que tinha quatrocentos e tantos funcionários no Rio de Janeiro, para vinte e poucos pra fazer tudo, pra não dar a impressão que tinha encolhido e acabado ..." (Dep.nº26, p.166e173).

A partir daí a sensação geral é de desesperança: "em termos de tuberculose, eu acho que não vai mudar, nem tem mais nada que fazer, não ... em nível de ministério a Tuberculose está um *cachorro sujo* ... eles alijaram o pessoal da Tuberculose e a gente sente que os coordenadores de tuberculose a nível de estado não são chamados nem cheirados, os secretários de saúde resolvem tudo ... em alguns estados o secretário nem mais recebe supervisor da Tuberculose ..." (Dep.nº8, p.88-89). A situação ao final da década de 80 é assim resumida: "foi muito bom e por muitos anos, mas o fim, nem é bom pensar ..." (Dep.nº6, p.46).

No contexto de um movimento de resistência contra a liquidação final do grupo remanescente no Rio, ocorre a reativação da Campanha: "a única maneira foi a Campanha, que estava desativada há tantos anos, ser acionada, porque a Campanha poderia ser no Rio de Janeiro, então a Campanha assumiu toda a atividade técnica aqui, a Campanha teve que crescer e se estruturar, pra poder substituir a divisão ... os próprios DAS e DAI acabaram ficando aqui na Campanha ... e foi criada a Superintendência da Campanha ... a divisão está em Brasília, tem uma sala lá, tem o representante, tem uma turminha, e a gente entra em contato com eles por telefone, manda as coisas, o Germano uma vez por semana vai lá, é isso que a divisão é hoje ...". A segunda parte dessa estratégia de sobrevivência foi criar um Centro de Referência, que estaria ligado ao hospital, aqui em Curicica, que eles não podiam negar, que era da estrutura do hospital ... depois ficou junto ao hospital, mas não subordinado a ele, e por último, a gente conseguiu a portaria do ministro pra o centro de referência ficar ligado à Superintendência da Campanha ...

a inauguração foi em janeiro de 86 ... a Superintendência ficava na rua do Rezende e neste prédio [em Curicica] era o Centro de Referência ... depois acabou vindo a maior parte da Superintendência ... deste lado de cá está a Superintendência, do lado de lá está o Centro de Referência ... e o prédio já ficou pequeno ..." (Dep.nº26, p.165-167).

A reativação da CNCT, que ocorre no interior de um processo de decadência da DNPS é assim explicada: "é mais fácil manobrar os recursos de uma campanha, porque a divisão tem o recurso orçamentário, que implica em Tribunal de Contas, essas complicações administrativas, enquanto a Campanha, não, você dispõe com facilidade, tem mais flexibilidade, joga dali, põe aqui, vai d'acolá ..." (Dep.nº8, p.88-89). O interesse concreto na reativação da Campanha é confirmado: "não havia mais a necessidade de fomentar uma Campanha, que na realidade não vai poder fazer a execução do trabalho em mais nenhuma área, havia era a necessidade de introduzir pessoal no serviço, que não tinha mais outro mecanismo administrativo pra contratação ..." (Dep.nº41, p.91-92).

O registro de quem tudo observou de uma perspectiva estadual é o de que: "essa reforma administrativa que obrigou a divisão a ir para Brasília, reduziu suas equipes de supervisão, que foi descentralizada, o pessoal não avançou, o pessoal estagnou, eles fazem a supervisão do mesmo jeito que eu fazia em 1978, inclusive com os mesmos instrumentos ... a questão não foi retomada ..." (Dep.nº34, p.81). O reflexo deste estado de coisas é sentido nos estados: "a decadência dos programas de controle da tuberculose se dá em função dessa supervisão que perdeu sua sistematização ... antigamente você ia de três em três meses, hoje [out/87] ela vem esporadicamente ... a coisa foi afrouxando ... hoje os programas estão sem objetivo, o quadro nosológico você não sabe mais qual é ... parece que houve uma decadência *de cabo a rabo* no sistema de supervisão ..." (Dep.nº34, p.82)

A extinção pura e simples dos órgãos especializados de Tuberculose nos níveis nacional e estadual teve como conseqüência a dispersão das equipes especializadas, sem que houvesse o cuidado de preservar e transferir o saber teórico e prático acumulado durante décadas: "nós tínhamos chegado a um estágio de desenvolvimento do controle da tuberculose ... de repente você entrega essa coisa pra pessoas que não estão preparadas, com isso o programa *pifou*, a gente está perdendo as pessoas que entendem de tuberculose no estado, todo mundo foi pra outras situações, se você procurar alguém que entenda de epidemiologia da tuberculose no estado, você não encontra e a tuberculose não acabou, ela continua evoluindo, e você perdeu todo um processo, essa coisa desapareceu ... e vai chegar o momento de não saber como deter esse avanço da doença ..." (Dep.nº34, p.30-32).

A decadência da instituição levou ao descrédito seus *experts*, possivelmente por sua não aprovação às sucessivas reformas que se vinham operando no ministério da saúde: "é pena não se ter aproveitado a experiência, se ter alijado muita gente, algumas pessoas poderiam dar muito ainda de si, não para a tuberculose, mas para a saúde, e simplesmente não puderam, não tiveram oportunidade, não foram chamadas ..." (Dep.nº8, p.89-90). As ex-enfermeiras da Campanha, que ficaram lotadas nas delegacias federais de saúde, não conseguem se situar: "agora que as

delegacias foram extintas, a gente não sabe quem vai nos absorver, eu não sei o que vai acontecer comigo, pra onde eu vou, se eu vou ficar na ociosidade ou me aposentar com um salário ínfimo ..." (Dep.nº34, p.46-47).

O Câncer toma o espaço

Em 1961, quando o combate contra a tuberculose iniciava um período de expansão, a luta contra o câncer procurava se firmar. O depoimento é de um ex-diretor da DNT, pneumologista e cancerologista: "em 61, o governo do Jânio lançou uma *ofensiva contra o câncer* ... ele renunciou, acabou a ofensiva ..." (Dep.nº35, p.66). A primazia da magnitude da tuberculose sobre o câncer como problema de saúde pública, no início da década de 60, é ilustrada pelo episódio ocorrido entre o diretor do SNT, Mário Fitipaldi (1963/1964), que ouviu os argumentos desse pneumologista, futuro diretor da DNT: "eu dei raios X pro Blundi pra botar no [hospital de] câncer, fazer diagnóstico precoce ... eu disse pra ele, *você vai pegar é tuberculose*, fizemos uma aposta, eu ganhei ... só dava tuberculoso visitando canceroso ..." (Dep.nº38, p.54).

Ainda nesta época, como naquela dos pioneiros da cancerologia no Brasil, "sempre fora uma aspiração a criação de um órgão administrativo central, com a participação do Estado, já que o tratamento dos cancerosos apresenta um custo extremamente elevado ... a questão central sempre girou em torno da necessidade de sensibilizar o poder público com o argumento de que o câncer deve ser encarado pelas autoridades como um problema de saúde pública ... no início dos anos 60 o SNC [Serviço Nacional de Câncer] tentou institucionalizar a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, que existia de fato, mas não de direito, nos moldes da já criada Campanha Nacional Contra a Tuberculose." (Bodstein et al., 1987, p.104). Em menos de vinte anos (1955-1973), observa-se uma inversão: como a mortalidade por tuberculose cai drasticamente em todas as capitais brasileiras, e a mortalidade por câncer se mantém quase inalterada, ao final desse período, esta doença apresenta taxas muito superiores à da tuberculose, em todas as capitais. A incidência média por tuberculose em 1955 no conjunto de cinco capitais (Recife, Vitória, Rio, Porto Alegre e Belo Horizonte) era de 140 casos por 100 mil habitantes, enquanto a do câncer, à mesma época e cidades era de 103:100 mil. Em 1973, a mortalidade por câncer apresentou uma discreta elevação (112:100 mil), enquanto que a de tuberculose baixa acentuadamente (39:100 mil). (*in* Singer et al., 1978, p.42).

Uma comparação institucional é feita por uma ex-chefe da Seção de Enfermagem da Campanha Nacional Contra a Tuberculose que na virada da década de 70 para 80, quando a Tuberculose passa a Pneumologia Sanitária, e acaba a seção de enfermagem, decide aposentar-se. Ela observa que: "sempre foi muito importante pra mim, pro meu ego, pra minha alma, participar de um grupo forte, fazer um trabalho forte, *tudo em cima* ... se está desmoronando, não tenho mais nada pra fazer, é como uma missão que tivesse acabado ..." E é com este estado de espírito que ela decide ir trabalhar na Campanha Nacional de Combate ao Câncer mas, pelo menos de início, há uma decepção: "eu não encontrei nenhuma afinidade com as enfermeiras, elas não têm nada em comum com a gente, é outra raça, outro país, são outras pessoas ... eu

tinha ímpetos de convidar as minhas colegas lá da Divisão Nacional de Tuberculose, que eu sabia que estavam trabalhando lá num serviço mais ou menos sem espírito, sem *élan*, sem nada ... *venham para cá, venham todas, peçam transferência, aqui é Ministério da Saúde também, vamos fazer um trabalho bacana nesse hospital, vamos modificar tudo, vamos botar isso pro alto, vamos dar uma virada nisso!* o hospital do Inca era um hospital assim, todo por arrumar ... (Dep.nº15, p.49,61e121). Com o tempo, o Inca passa a ser um espaço de realização profissional como o tinha sido a CNCT: "quem criou a Divisão de Enfermagem no Inca fui eu, a divisão está indo muito bem, a assistência de enfermagem é uma das melhores do Brasil ..." Mas agora os centros de excelência não são mais os sanatórios de tuberculose, mas o Hospital do Câncer: "aqui no Inca eu vejo que a assistência de enfermagem é uma das melhores, se não for a melhor de tudo o que eu já assisti no Brasil, é uma assistência maravilhosa, os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, eles dão cuidados que em nenhum hospital pago você vai encontrar, é uma dedicação, é um amor, é um carinho ... além da qualidade técnica, os médicos também, claro ..." (Dep.nº15, p.50). Mas persiste uma certa nostalgia, que aparece sob a representação dos eternos ideais de liberdade e igualdade: "de vez em quando eu saio desse meu limite lá do Inca, pra ser aquele profissional que eu fui na Tuberculose, porque lá havia liberdade, você sentava ao lado do diretor, de todos os profissionais da equipe de saúde para falar no mesmo nível de igualdade, lá eu era muito mais aceita pelos médicos, pelos meus colegas de todas as categorias ..." (Dep.nº15, p.49e121).

No início da década de 80, começa a cessão de áreas físicas da DNPS para o Inca. O processo *invasivo* ocorre paralelamente no Rio e em Brasília. Dos três andares da sede, na rua do Rezende, no Rio, dois são desocupados pela tuberculose e tomados pelo câncer. A exemplo do que ocorrera com a tuberculose, agora o câncer é que se apresenta como prioridade na área da saúde, devido à magnitude do problema do ponto de vista epidemiológico, ao forte impacto emocional que têm essa doença na coletividade e mais uma vez, ao desenvolvimento, pelos laboratórios de pesquisa no exterior, da quimioterapia específica (drogas citostáticas). Na capital federal "nós estávamos muito bem instalados, no terceiro andar, aí o Câncer se instalou lá e foi tomando as salas pouco a pouco e eles tomaram logo a secretária, pra ser secretária do Câncer, e eu fui ficando numa sala, aí foram tomando a sala, botaram uma mesa, aí tomaram a sala de uma vez ..." (Dep.nº8, p.69-70).

A partir da década de 70, a estrutura federal relativa ao câncer já servia de modelo aos técnicos da Tuberculose que lutavam por sua permanência: "era a nossa briga eterna, de criar aqui no Rio, à semelhança do Instituto do Câncer, o Instituto de Tisiologia, que eles não aceitaram criar no Rio, porque tinha que ser em Brasília ..." (Dep.nº26, p.166). O Inca agora é que serve de modelo: "o programa do câncer tem todo um respaldo técnico de um instituto de referência, que desenvolve pesquisas técnicas, na área de quimioterapia, de diagnóstico avançado ... a hora que precisar de qualquer parecer técnico, tem aqui o Instituto do Câncer ... e nós ficamos apenas com a administração do programa, não podemos dar uma resposta técnica pra um estado que diz que o BCG tem um número de reações indesejáveis maior do que o esperado, nós não sabemos mais qual é o esperado e não temos uma equipe que a gente possa mandar pra

lá ... nosso apoio técnico é dado por profissionais sem base técnica, apenas administrativa ..." (Dep.nº11, p.65).

O programa de controle do câncer parecia trilhar antigos caminhos, como se vê na notícia destacada pelo dr Edmundo Blundi e por seu comentário: "*... o chefe da unidade de câncer da OMS, no 14º Congresso Internacional de Cancerologia, organizado pela União Internacional Contra o Câncer, Budapeste, agosto de 86, presentes mais de sete mil especialistas, provocou viva discussão ao denunciar que ... milhões de vidas poderiam ser salvas com simples providências e no entanto, milhões de dólares são gastos no mundo em pesquisas para terapia ... é triste ver que em países em desenvolvimento, onde se encontra a metade dos pacientes de câncer no mundo ... somente uma pequena parte dos recursos disponíveis está sendo destinada aos trabalhos de prevenção e diagnóstico precoce ... embora um terço de todos os cânceres seja perfeitamente evitável ... enquanto que os países desenvolvidos estão gastando todos os recursos em pesquisas da terapia ...*" (Dep.nº35, p.68-69).

Evolução no período

A tuberculose permaneceu como metáfora enquanto não se decifrou sua história natural, ficando envolta em mitos durante toda a primeira metade do século 20, até o desenvolvimento de uma tecnologia médica e administrativa, eficaz no tratamento dos doentes e no controle da doença na comunidade.

A substituição da tuberculose pelo câncer, no desempenho desse papel "de enfermidade cruel e furtiva" no imaginário coletivo, foi acompanhada por mudanças concretas na estrutura física e organizacional da administração sanitária federal. Na década de 60, a decadência dos sanatórios, onde trabalhava a maior parte dos técnicos da Campanha nos estados, abalou a base de sustentação política da Tuberculose e nos anos dos governos militares, ocorre a decadência do próprio órgão de Tuberculose do MS, no contexto da expansão de uma tecnoburocracia, por via de sucessivas reformas administrativas do serviço público federal, da reforma universitária que extinguiu as cátedras de tisiologia, das novas políticas sanitárias, de orientação privatizante e mais tarde de eliminação dos programas verticais.

Como expressão de resistência do grupo da Tuberculose no Rio, surge o Centro de Referência em Curicica, para onde se transferem os funcionários remanescentes. Ao mesmo tempo, como conveniência política e administrativa é reativada a CNCT, cuja superintendência permanece no Rio e à qual termina por vincular-se o Centro de Referência.

TERCEIRA PARTE: A IDENTIDADE DA SUPERVISORA

1º ESTÁGIO: A JOVEM SUPERVISORA

- 1. Tornar-se enfermeira, da campanha**
- 2. Socialização da supervisora: hierarquia e disciplina**

2º ESTÁGIO: DES(CONS)TRUINDO O MITO DA TUBERCULOSE

- 1. A supervisora: saber e poder**
- 2. A mística da enfermeira-supervisora**
- 3. A luta contra o bacilo e a guerra de nervos**

3º ESTÁGIO: O PERDIDO E O GANHADO

- 1. A aventura do trabalho**
- 2. A interdição e a reconsideração do passado**
- 3. O (des)fecho da história: a perda e a elaboração do mito**

"Com seu senso histórico mais afiado pelos constantes desapontamentos, as mulheres estão começando a reconhecer a natureza essencialmente repetitiva de sua luta; a compreender que, além do mais, as circunstâncias nas quais conquistam direitos e liberdades podem, em si mesmas, solapar esses mesmos direitos e liberdades tão dolorosamente conquistados."

Ecléa Bosi

"... a tristeza do indivíduo não muda o curso das coisas: só o grupo pode resistir e recompor traços de sua vida passada. Só a inteligência e o trabalho de um grupo podem reconquistar as coisas preciosas que se perderam, enquanto estas são reconquistáveis. Quando não há essa resistência coletiva, os indivíduos se dispersam e são lançados longe, as raízes partidas."

Rosalind Miles

1. ESTÁGIO: A JOVEM SUPERVISORA

1. TORNAR-SE ENFERMEIRA, DA CAMPANHA

Introdução

Este capítulo descreve o perfil das alunas de enfermagem, futuras supervisoras da Campanha, o processo de socialização que sofreram nas escolas de enfermagem, os modos como ocorreu seu recrutamento para a Campanha e sua integração ao órgão de enfermagem do nível central. Os depoimentos citados nesta seção informam sobre: características das alunas das escolas de enfermagem, motivações para o ingresso nas escolas e condições de recrutamento; regime de estudo e de trabalho das alunas internas, o curso preliminar (de seis meses) e os estágios; as dificuldades provocadas pela disciplina severa e pelo estafante regime de estudo e trabalho; as ameaças de exclusão e as recompensas; as condições de ingresso na Campanha, formas de recrutamento e motivações das enfermeiras.

A participação da mulher no mercado de trabalho qualificado, no setor saúde se fazia nas profissões chamadas de "paramédicas", entre elas a enfermagem. O curso de enfermagem poderia ser, ainda na época da criação da Campanha, uma das poucas chances para uma moça de família sem muitos recursos, mas ciosa de sua reputação, que quisesse tornar-se independente, pois para ser *enfermeira ananéri*, o que não chegaria a "desonrar sua família", na época lhe era exigido apenas o curso normal ou mesmo o ginásial. E em troca de seu trabalho de aluna, tinha residência, alimentação, transporte, uniformes e pequena ajuda de custo; muitas alunas eram bolsistas das secretarias de saúde de seus estados de origem ou mesmo do Sesp, e mais tarde da Campanha.

A maioria das supervisoras da Campanha não teve a enfermagem propriamente como "vocação irresistível". O encaminhamento para a profissão ocorreu por circunstâncias mais ligadas à busca de ascensão social, oportunidade de escapar do controle social estrito existente em suas cidades ou mesmo do destino de esposa e dona-de-casa. Todas elas, antes de estudar enfermagem, moravam em capitais pequenas ou médias (Belém do Pará, Teresina, Fortaleza, Recife, João Pessoa, Salvador, Niterói) ou em cidades do interior. Quase todas eram nordestinas. Das entrevistadas, as exceções são duas nortistas, uma mineira e outra paulista, estas últimas do interior. Na maioria dos casos, houve desde uma certa relutância até uma oposição aberta da família à intenção da mocinha de tornar-se enfermeira, devido ao preconceito existente na sociedade a respeito do trabalho feminino remunerado e exercido "fora de casa" e ainda mais em relação ao trabalho de enfermagem, normalmente realizado por religiosas ou por mulheres sem instrução ou sem a formação moral condizente com os padrões de classe média. Nessa situação, a intervenção de pessoas influentes na família muitas vezes foi decisiva.

Cerca de metade das supervisoras da Campanha entrevistadas veio estudar na Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro; acrescentam-se a estas as que vieram estudar em outras escolas dessa cidade (escolas Raquel Haddock Lobo, Cruz Vermelha e Luiza de Marillac). Assim é que todas saíram de suas cidades para vir estudar na capital federal, com exceção de duas nordestinas e uma portuguesa, esta residente em Niterói. Cerca de um terço estudou em escolas de enfermagem de freiras, sendo duas dessas escolas sediadas no Rio, a da Cruz Vermelha e a Luiza de Marillac, e duas outras no nordeste: a N.S. das Graças, no Recife e a Santa Emília de Rodat, em João Pessoa. A escola de enfermagem da Bahia e a do estado do Rio, e mais a Hermantina Beraldo, de Juiz de Fora também contribuíram com uma supervisora cada. Todas essas escolas mantinham o sistema de internato, pois a oferta de residência era essencial ao recrutamento de candidatas, tanto do ponto de vista financeiro, como para a obtenção do consentimento das famílias, às quais a escola dava a garantia de resguardar a moral de suas filhas, assegurando que sua honra não corria perigo, ou seja, que sua moça *não se perderia*. Na época em que as futuras enfermeiras supervisoras da Campanha fizeram seus cursos, era possível fazer o curso de enfermagem sem nada além do ginásio completo (nove anos de escolaridade), quer dizer, sem diploma de escola normal, nem certificado de conclusão do ciclo colegial (curso clássico ou científico), saindo direto dos bancos do ginásio para a escola de enfermagem. Aí começava a verdadeira aventura de, ainda adolescente, transformar-se numa enfermeira "de alto padrão".

Sete das supervisoras entrevistadas fizeram seus cursos na Escola Anna Nery na época em que ela era considerada a "escola padrão", para efeito de equiparação das demais escolas de enfermagem, isto é, entre 1931 e 1949. As demais, que correspondem a quase dois terços das supervisoras, estudaram sob a vigência da lei 775/49, que permaneceu até à reforma universitária de 1968. As características daquele primeiro currículo da Escola Anna Nery, semelhantes àquelas determinadas pelo *Standard Curriculum for Nursing Schools* de 1917, da *National League of Nursing Education*, dos Estados Unidos, eram: duração de dois anos e quatro meses, isto é, vinte e sete meses intensivos, com apenas duas semanas de férias por ano; exigência de diploma de escola normal ou aprovação em exame de seleção; quatro primeiros meses essencialmente teóricos e depois prestação obrigatória de oito horas diárias de serviços no hospital, com direito a residência, pequena remuneração mensal e duas meias-folgas por semana, o que correspondia a uma carga horária semanal de trabalho de 48 horas, excluídas as horas de instrução teórica e de estudos. A lei do ensino da enfermagem de 1949 e seu regulamento determinaram a exigência às candidatas de curso secundário completo (com prazo de carência de sete anos), a ampliação da duração do curso para trinta e seis meses ou quatro anos acadêmicos, ampliação da parte teórica do currículo, e a obrigatoriedade dos estágios, sendo proibidas quaisquer reduções ou dispensas de aula ou estágio; as faltas do aluno deviam ser compensadas nas folgas, nas férias ou no final do curso." (Carvalho, 1972, p.27,28).

Em ambos os períodos, o regime era o de internato e rígida a disciplina observada nas escolas de enfermagem, freqüentadas pelas futuras supervisoras da Campanha. Muitas dessas escolas poderiam até se assemelhar a conventos, já que funcionavam em casas de religiosas. O folheto de divulgação do novo curso, que intitula-se *A enfermeira moderna: apello às moças*

brasileiras, indica desde logo tratar-se de uma profissão destinada exclusivamente às mulheres. Na capa, a figura de Florence Nightingale, com os dizeres: *Iniciadora da instrução da enfermeira*. Como epígrafes, primeiro um apelo patriótico e sentimental às qualidades femininas: *O Brasil precisa de enfermeiras e convida-vos ao desempenho do "maior serviço que uma mulher bem prendada e educada pode prestar — a assistência inteligente e piedosa aos doentes"*, reforçado por outro apelo, este de ordem caritativa e religiosa, ou seja a citação do Evangelho: *"Porque eu estava doente e vós me procurastes. Estava na prisão e viestes confortar-me. Porque tudo o que fizestes aos mais humildes dos meus irmãos a mim fizestes"*. (Mateus: 25,36.40). Tanto assim, que nesse prospecto a vida da enfermeira é comparada à vida da religiosa: "Nos tempos primitivos, quando todo o trabalho da enfermeira era feito por Irmãs de Caridade, a ele se aludia como uma *vida de sacrifício*. Agora, porém, deve ser chamado *vida de devotamento*, porquanto em nenhum outro labor ... pode a moça encontrar ... oportunidade de praticar a mais meiga de todas as artes da vida, encontrando ventura e propício ensejo de revelar os próprios dons e esquecer-se de si mesma, e tem a visão de todos os que sofrem, para os quais só a enfermeira pode trazer alívio. Compreendendo, nessa visão, a parte que lhe cabe mitigar no sofrimento da grande família humana, passa pela maior prova espiritual de toda a vida." (DNSP, 1922, p.6).

As escolas de enfermagem apresentavam certas características do que Goffman denominou de *instituições totais*, que têm como aspecto central "a ruptura das barreiras que comumente separam as esferas da vida", quais sejam o repouso, o lazer e o trabalho. O *tipo ideal* de instituição total apresentaria certas características, que no entanto não seriam comuns a todas as instituições totais, nem estariam presentes no mesmo grau. Nelas, seriam traços mais ou menos comuns que "todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade; ... cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto; ... todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários; as várias atividades obrigatórias são reunidas em um plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição." As escolas de enfermagem enquadram-se na quarta categoria por ele estabelecida, isto é "instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias de empregados)." (Goffman, 1961, p.17-18). Essa observação não quer dizer que os internatos das escolas de enfermagem não fossem apreciados positivamente pelas alunas, mesmo porque, na maioria das vezes, sua existência é que possibilitou a decisão de fazer o curso.

O mais difícil na adaptação inicial das alunas às escolas era justamente o abandono "da vida lá fora", devido a dois fatores convergentes: o regulamento do internato, que reduzia ao mínimo as saídas das *novatas* e a necessidade de preparar-se para os exames do primeiro semestre, cujo programa era muito intensivo e apresentava um grau de dificuldade elevado para a maioria, principalmente no que se refere às *matérias médicas*. Do ponto de vista intelectual,

estes estudos preliminares constituíam a parte mais importante do processo de seleção, pois quem fosse aprovada naquelas matérias, raramente perderia o curso por uma reprovação mais adiante. A separação da aluna do mundo externo assegurava "uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda do papel." (Goffman, 1961, p.24). A verdadeira prova de fogo eram os primeiros meses no hospital, onde a seleção era feita no exercício do trabalho de enfermagem. Assim, durante os primeiros semestres de escola, ao se ver despojada "dos elementos de apoio com os quais contava" (no caso a família, os amigos, a cidade de origem), a *novata* sofria a "mortificação de sua personalidade" (Goffman, 1961, p.24), mediante a desconsideração de seus hábitos, opiniões, gostos e preferências e acostumando-se a cumprir qualquer tarefa que lhe fosse ordenada, mesmo as mais humildes ou repulsivas.

O processo de "despojamento do eu", mediante um sistema de mortificações, era concomitante a um processo de "recomposição do eu", mediante um sistema de recompensas e punições, em relação à obediência às "regras da casa". (Goffman, 1961, p.50-51). Os hábitos de mortificação da própria vontade, fundamentais na educação da menina para o casamento, facilitavam sobremaneira a aceitação das regras da casa sem contestação, mesmo sem ressentimentos e até com satisfação. Importante influência reorganizadora era o "processo de confraternização, através do qual pessoas socialmente distantes desenvolvem apoio mútuo e resistência a um sistema que as forçou à intimidade numa única comunidade igualitária de destino", o que leva a um profundo e duradouro "sentimento de destino comum". (Goffman, 1961, p.55 e 57). Os papéis femininos tradicionais de provedora das necessidades básicas da família e das virtudes cristãs de obediência, abnegação e modéstia eram grandemente valorizados. Na fase crucial de despojamento, e antes que se tivesse fortalecido a reconstrução da personalidade, ocorria a maioria dos fracassos (do ponto de vista da escola) e desistências (da parte das alunas). Superada essa fase de *provações*, ocorria, na maioria das vezes, "o despertar da vocação de enfermeira".

A repercussão da "ruptura inicial" na personalidade da aluna apresentava-se em diferentes graus de intensidade. Nas escolas de enfermagem essa ruptura seria atenuada pelo fato considerado por Goffman, de que nos casos em que o internamento é voluntário, "o *novato* parcialmente já se afastara de seu mundo doméstico e o que é nitidamente cortado pela instituição é algo que já tinha começado a definir." (Goffman, 1961, p.25). Por outro lado, o trabalho de enfermagem era considerado uma continuação do trabalho doméstico, tanto assim que nos primeiros tempos da escola era "levada no devido valor a experiência [das candidatas] em **direção de casa**, no serviço educativo ou comercial." (DNSP, 1922, p.8). Assim é que a socialização se inicia com o fenômeno de "antecipação", no qual se desenvolve uma forte identificação do indivíduo com um grupo ao qual ainda não pertence. (Motta, 1986, p.87). No caso das escolas de enfermagem essa identificação antecipada é mediada pela figura das enfermeiras diplomadas existentes no círculo social, ou mesmo familiar, das postulantes à carreira.

Neste sentido, Guilhon Albuquerque, retomando os estudos de Goffman, amplia a análise da categoria que engloba conventos, academias militares e escolas, ressaltando seu caráter de voluntariado, posto que, ao contrário do que ocorre nos asilos e nas prisões, "nelas se está porque nelas se crê", e portanto um efeito de "reconhecimento" é indispensável para a elas

pertencer. Destaca ainda esse autor, como outra característica importante, "a ausência de uma barreira intransponível entre o estafe e os pensionistas", ocorrendo em muitos casos (como é o caso das escolas de enfermagem), que ao término do processo de socialização os segundos poderão assumir o lugar dos primeiros. Além disso, nesse tipo de instituição existe sempre um "Ancestral Mítico" ou "Pai Fundador" (no caso da enfermagem, Florence Nightingale), as figuras de "Veterano Notável", mais numerosas e específicas a cada instituição, além de que os próprios membros do estafe servem de modelo para os pensionistas. Deste modo, a instituição oferece de todos os modos "uma imagem à qual seus pensionistas devem se identificar", sendo que a produção dessa imagem "sobredetermina ... todas as práticas repressivas [como] dobrar a própria vontade, mortificar-se, humilhar-se, por-se à prova" como meio de chegar à "destruição da antiga imagem de si e ... construção de uma nova imagem". (Albuquerque, 1986, p.138-140).

Entre os motivos da decisão de estudar enfermagem percebe-se frequentemente o gosto pela aventura, a sede por mais espaço, a ânsia de liberdade ou peio menos de independência econômica, metas essas que paradoxalmente viriam a se constituir como fatores de adaptação da aluna a uma rígida rotina de vida, dando-lhe recursos de vontade e fortaleza para fazer face ao processo de socialização na escola. Ao mesmo tempo, a extrema juventude da maioria das alunas ao chegarem ao internato e o propósito da escola de transformá-las em profissionais competentes e disciplinados, em apenas três anos, acarretava o que se poderia chamar de um corte no seu desenvolvimento psico-social, pois "a socialização pode ser entendida como o processo global pelo qual um indivíduo, nascido com uma gama de potencialidades comportamentais muito ampla, é levado a desenvolver um comportamento muito mais restrito, de acordo com os padrões de seu grupo." (Motta, 1986, p.82). A separação da família, ainda que para quase todas tenha ocorrido em caráter intencional e definitivo, não as eximia de profundos sentimentos de perda, enquanto que a imagem idealizada da escola de enfermagem se choca com a realidade da vivência cotidiana do internato, da sala de aula, do hospital. De uma situação de dependência/dominação da família, da qual se pretende escapar, passa-se à uma situação mais ambígua, na medida em que a aluna assume responsabilidades profissionais, em situações de vida-e-morte, sem que se veja desobrigada da antiga dependência e obediência quase infantis.

Os princípios básicos de avaliação do trabalho da aluna mesclavam a disciplina à mística do servir, os princípios éticos nightingaleanos à uma inspiração *taylorista*. Como é característico das instituições totais, entre os critérios de avaliação ressaltavam aqueles relacionados à disciplina. A aparência da aluna, principalmente quando uniformizada, era um ponto de extrema relevância. A pontualidade e assiduidade, tanto às aulas quanto aos estágios, eram aspectos sobre os quais não havia concessões possíveis, mesmo quando parecesse às alunas como aspectos inconciliáveis. Recompensas e punições de natureza moral eram frequentes, sendo muitas vezes concedidas ou aplicadas pessoalmente pela diretora da escola, o que revela uma rede de vigilância e de informações que ascendia com grande rapidez ao ápice da hierarquia da escola. A autoridade da diretora da escola sobre todos os aspectos da vida das alunas era inquestionável. O que não era tolerado em nenhuma hipótese eram as atividades políticas, mesmo no âmbito estudantil, que eram punidas com grande severidade, mais ou menos abertamente. Um incentivo simbólico de importância afetiva e política, pelo seu caráter demonstrativo do perfil desejado da

aluna de enfermagem, era a escolha da *Dama da Lâmpada*, prêmio concedido por algumas escolas à melhor aluna de cada turma. Uma recompensa de cunho mais prático era o convite para permanecer na escola como enfermeira do hospital-escola e/ou professora de enfermagem. Uma sanção de importantes conseqüências era a "não recomendação" da ex-aluna aos possíveis empregadores, que quase sempre pediam às escolas referências das candidatas à admissão. O produto educacional saído da escola de enfermagem era conforme à tradição da profissão, com seu caráter *paramilitar* e fortemente orientado para a religião.

A Campanha Nacional Contra a Tuberculose apresentava-se no mercado de trabalho como um pólo de atração para enfermeiras recém-graduadas, devido aos seus padrões de excelência organizacional, sua concepção moderna da profissão de enfermeira e das atraentes condições de trabalho. Até a década de 50, havia um recrutamento ativo nas escolas de enfermagem, mediante a oferta de bolsas de estudo a alunas escolhidas pelas próprias escolas, freqüentemente pela própria diretora, e que representavam um poderoso mecanismo de captação de enfermeiras dispostas a trabalhar com tuberculose e a viajar constantemente. Dentre as entrevistadas, todas aquelas que entraram na Escola Anna Néry após a criação da Campanha e antes da vigência da lei 775/49, eram bolsistas da Campanha e portanto tinham o compromisso, pelo menos moral, de trabalhar um mínimo de dois anos a serviço da CNCT. Em meados da década de 50, o recrutamento passou a ser feito entre as recém-diplomadas e a partir da década de 60, deixa de ser feito diretamente nas escolas.

Através desse processo pedagógico, a escola de enfermagem oferecia uma sólida base de formação profissional, tanto técnica quanto ética, com um alto grau de conformidade à ordem pela internalização do código disciplinar. As bolsistas da Campanha tinham incluído no processo de socialização como alunas, uma preparação à sua futura inserção nessa organização e tanto por um trabalho de inculcação desenvolvido pela diretora e professoras, quanto por um fenômeno de identificação, pois algumas das professoras eram enfermeiras da Campanha.

Enfermagem, solução de vida

A **extrema juventude** era a característica de todas, menos uma, que veio a estudar enfermagem, como uma segunda carreira, já perto dos trinta anos, como uma vocação até então adiada: "eu era professora primária no interior do estado, professora de canto orfeônico, educação física e trabalhos manuais ... lecionei durante treze anos, mas sempre pensando em fazer o curso de enfermagem da Escola Anna Nery, achava que fazendo enfermagem eu estava habilitada a ajudar um número maior de pessoas ..." (Dep.nº22, p.1-2). O mais freqüente é que estivessem na **minoridade**, e fossem consideradas sexualmente **virgens**, menos uma, que apesar de muito jovem, já estava desquitada e tinha dois filhos: "logo que me casei tive o primeiro filho e em seguida o segundo e logo me desquitei, com 21 anos ... no outro ano eu vim pra escola ..." (Dep.nº21, p.1). Uma outra depoente enfatiza o compromisso da escola em relação ao controle do comportamento das alunas: "meu pai fez questão de mandar uma carta pra diretora da Escola Anna Nery, dando plenos poderes a ela para que tomasse conta de mim, que eu ainda não tinha

dezoito anos de idade ..." (Dep.nº15, p.1). Das mais jovens, apenas duas se referiram à **vocação**: "minha reação ao PPD dá a maior possível, mais de 25 [mm], tive uma carga maciça, porque eu não deixava o paciente ... acho que nasci pra ser enfermeira mesmo ..." (Dep.nº25, p.1-2). Ou então: "eu acho que eu sempre tive vocação, desde mocinha ..." (Dep.nº29, p.1-2).

Em vários casos já havia o **precedente de mulheres do círculo familiar** que tinham ido estudar enfermagem: "minha irmã Anita quis ser enfermeira e veio para a Escola Anna Nery ..." (Dep.nº14, p.1). Outra supervisora conta: "eu ia passar fim-de-semana com minha tia no sanatório do Maracanaú [na residência das enfermeiras], um ambiente muito agradável ... eu passei a conviver com essas enfermeiras e elas se tornaram quase como um ideal pra vida de uma mulher, elas tinham profissão, eu achava elas muito cultas ... o tipo de vida que elas levavam, eu achei tão diferente do que eu via ..." (Dep.nº36, p.1). A idéia mais presente é a de que estudar enfermagem exigia **qualidades pessoais** específicas, como inteligência, habilidades psico-motoras e afetivas, além de uma coragem excepcional, para uma mulher: "a madrinha do meu irmão caçula era enfermeira obstetra, me viu dando banho nele, achou que eu tinha muito jeito, perguntou se eu não gostaria de estudar enfermagem ..." (Dep.nº29, p.1-2). Outras vezes o interesse partia das adolescentes: "procuramos saber o que era enfermagem, como é que a gente podia estudar ... ela [aluna de enfermagem] era muito inteligente ..." (Dep.nº42, p.1-2). Em casos mais raros a iniciativa poderia partir da própria mãe: "eu estava aguardando nomeação de professora, minha mãe escreveu à Anita ... eu achei um deslumbramento, mas eu pensava que eu não era suficientemente dotada de atributos, porque minha irmã era maravilhosa, ela ajudava minha mãe a dar assistência aos doentes, não tinha medo de nada, e eu tinha ... ela então me encorajou e conversou com a diretora ..." (Dep.nº14, p.1). Ao contrário, a atitude poderia ser de desencorajamento: "minha irmã não achava que eu tinha que estudar enfermagem ... me levou no *hospital* e me mostrou uma *grande queimada*, nua em cima da cama, com um mosquitoeiro, uma cena horrorosa ..." (Dep.nº1, p.1-2).

Algumas vinham de **experiências traumáticas** como a perda da mãe ou do pai: "minha irmã mais velha, que comandava a casa, resolveu vir pro Rio fazer enfermagem, eu disse — *eu também vou, pra ver se eu saio de casa, não fico nesse ambiente, assim sem ter mãe e ao mesmo tempo sem ter ideal* ..." (Dep.nº7, p.1-2). O problema poderia ser o rebaixamento repentino da condição social da família: "eu era a mais velha de cinco irmãos, meu pai passava por uma situação financeira não muito boa e os dois últimos irmãos não puderam vir pra Fortaleza estudar, não dava mais pra pagar o colégio interno ..." (Dep.nº30, p.1-2). E uma outra: "meu pai era rico, nós tínhamos motorista e tudo ... de repente, meu pai tinha perdido toda a fortuna, a gente ficou numa pobreza absoluta ... cinco filhos do primeiro matrimônio e um do segundo ..." (Dep.nº41, p.1-2). O caso poderia ser também um romance proibido na família: "minha irmã tinha um romance ... nós tínhamos que sair da cidade ... as moças do interior que faziam curso normal vinham pro Rio de Janeiro fazer enfermagem ... lá, no colégio de freiras a divulgação era muito grande ..." (Dep.nº31, p.1-2).

Freqüentemente a enfermagem apresenta-se como uma solução prática para uma **moça de família pobre ou empobrecida** e que tivesse aspirações de independência: "eu estava meio

influenciada pra fazer medicina ... ela disse — *que bobagem, você é uma menina pobre, precisa ajudar seus irmãos a estudar, por que você não vai fazer enfermagem? você faz o curso interna, no fim de três anos está formada e já podendo ajudar sua família* ... aquilo calou em mim, eu disse — *coisa formidável, Anita é um modelo de enfermeira, bem aceita na sociedade local ... não sofreu discriminação* ... aí interrompi o científico no princípio do terceiro ano e vim pra Escola Anna Nery ... (Dep.nº30, p.1-2e17). O exemplo de ascensão social poderia impressionar: "minha mãe trabalhava no setor de dietética de uma maternidade, lá no Acre ... eu achava muito bonito as enfermeiras que voltavam da Escola Anna Nery, achava lindo, aquela touca, aquela maneira de andar ... elas saíam como bolsistas do governo e voltavam muito prestigiadas, aceitas pela comunidade, eu ficava encantada ... e achei que deveria fazer enfermagem ..." (Dep.nº3, p.1).

Muitas tiveram que vencer os **preconceitos** e receios da própria família, tanto em relação à enfermagem quanto a ir residir em outra cidade, longe da vigilância da família: "minha irmã tinha ido estudar enfermagem contra a vontade de meus pais, que pra eles enfermagem era sinônimo de prostituição ... ela fez vestibular escondida, eles só souberam quando chegou o telegrama ..." (Dep.nº1, p.1). Às vezes era necessário um apoio externo: "foi uma luta convencer meus pais, levei um tempo pra conseguir a autorização deles ... dona Rosa [enfermeira] teve que explicar que se tratava de uma escola séria, que as moças ficariam num internato ..." (Dep.nº15, p.1). Ou então: "minha mãe só não proibiu porque eu tive um apoio muito grande do meu tio, que era nosso tutor ..." (Dep.nº8, p.1). A existência do internato era um argumento forte, mormente se fosse numa escola de freiras: "minha prima não veio, que o pai não deixou, meu pai impôs uma condição ... que fosse pra escola de freiras ..." (Dep.nº18, p.1).

Em alguns casos o **recrutamento foi feito na escola secundária**, como estratégia para contornar o preconceito que cercava a profissão: "teve uma propaganda nas escolas, procurando levar candidatas de uma classe social média ou elevada, pra que a enfermagem tivesse uma melhor aceitação, porque a enfermagem ... era considerada uma profissão de segunda linha ... que as enfermeiras eram amantes dos médicos ..." (Dep.nº24, p.2). A figura da enfermeira muitas vezes era o que convencia: "uma enfermeira veio dos Estados Unidos e foi falar no colégio sobre a profissão, as vantagens que havia ... quando eu terminei o ginásio, queria fazer enfermagem ... meu pai queria que eu fizesse medicina ..." (Dep.nº41, p.1-2).

Uma **necessidade interior**, a vontade premente de "sair de casa" ou sair da cidade pequena em busca de maiores oportunidades profissionais e culturais, mais a perspectiva de independência financeira imediata da família, como alternativa para o casamento, foram motivos muito fortes para muitas: "o que me atormentava o espírito era encontrar uma maneira de sair da cidade pequena e da coisa chamada família, eu achei que essa era a grande saída, eu queria estudar, e pra meus pais permitirem, teria que ser uma coisa assim, minha mãe controlava muito os filhos, sobretudo as meninas, no sentido de prepará-las para o casamento, elas tinham que ter o aprendizado de prendas domésticas, e a partir daí, casar ... eu sabia que eu só poderia fazer o científico, depois teria que arrumar um marido; eu não queria nada disso pra mim, eu lia muito escondido, e li muitas obras muito adiantadas para minha idade, então fui adquirindo uma base de conhecimentos que me empurrava pra uma coisa maior, eu tinha *garra* de sair pra uma cidade

grande, pra viver em outros contextos, outras situações, outras experiências ..." (Dep.nº15, p.1-3). O curso de enfermagem poderia ser uma fuga de um futuro sem maiores perspectivas: "o meu destino seria ser simplesmente uma professora primária ou procurar um casamento ... e elas [enfermeiras do sanatório] tinham uma vida cheia, davam importância à profissão, participavam da vida cultural da cidade ... tinham namorados, elas eram, pra mim, bonitas, independentes, diferentes da mulher nordestina, apesar de elas serem nordestinas ... a vida dessas enfermeiras fez com que eu achasse que eu estaria me realizando se fizesse enfermagem ... eu tinha muita vontade, acho que atendia sobretudo ao desejo de ser independente, de ter uma profissão cedo ..." (Dep.nº36, p.1-4e34). O estilo de vida de uma aluna de enfermagem poderia ser considerado invejável: "eu achei que a vida da minha irmã na escola de enfermagem era ótima, ficava interna, saía pra onde queria, só tinha que dar satisfações à diretora da escola ..." (Dep.nº1, p.1-2).

Em alguns casos há um **vulto de enfermeira** (ou a figura de um herói) direcionando para a profissão: "minha professora pediu uma composição sobre o que eu queria ser na vida ... eu peguei uma revista que tinha uma foto da dona Laís Netto dos Reys como a figura do ano, como Dama da Lâmpada e tinha uma biografia dela ... ah! eu achei que era aquilo que eu podia ser na vida ... não que eu fosse igual a ela, mas que mulher importante, que figura ... eu queria ser enfermeira ..." (Dep.nº36, p.5-6). A figura idealizada poderia ser a de uma enfermeira da Campanha: "eu admirei demais Adelaide ... ela era uma pessoa muito firme, elegante, bonita, inteligente ... ela me deu um caminho ... eu tinha dezessete anos ... a presença da Adelaide lá veio me confirmar a vontade de fazer enfermagem ... a enfermeira que eu queria ser ... eu não era nada em comparação àquela figura extraordinária ... eu pensava que ela era sábia ... eu a achava superior a eles [os médicos] todos ..." (Dep.nº25, p.9-10).

A inexperiência das candidatas tornava maior a aventura: "meu pai pediu a um frade amigo dele, que ia viajar pro Recife que me levasse até à escola, **fizesse** a inscrição, me recomendasse [às freiras], que eu não tinha experiência nenhuma, nunca tinha saído de casa ..." (Dep.nº7, p.9). A maioria era **inexperiente** em termos de administrar a própria vida, mas algumas já tinham tido um **emprego anterior**, como o de **professora primária**, e estavam em busca de melhores condições de realização pessoal: "eu era professora primária no estado de Sergipe ... ganhava muito pouco e as dificuldades de emprego eram grandes ... tudo dependia de pistolão político e eu não gostava muito de cidade pequena ... uma prima conheceu uma aluna da Cruz Vermelha ... a menina disse que era muito fácil arranjar emprego ... e eu resolvi que vinha pra escola de enfermagem (Dep.nº18, p.1-2).

Outras já tinham se encaminhado para **ocupações de enfermagem**, como parteira, visitadora sanitária ou atendente, devido à necessidade de se sustentar ou de ajudar economicamente sua família: "eu estava em Belém como professora recém-formada, trabalhando em colégios particulares, quando vejo num jornal o edital convocando moças normalistas ou com o ginásio completo para um curso de visitadora sanitária na secretaria, eu me entusiasmei ... uma maravilha de curso..." (Dep.nº5, p.1-2). A oportunidade poderia ser num hospital: "eu fiquei animada pra entrar pro curso da maternidade-escola, aí lá vai briga de família ... não vai fazer parto, com dezesseis anos ... eu entrei no curso, no segundo ano fui ser instrumentadora ... a

primeira do Ceará ... eu tinha meus dezoito anos ..." (Dep.nº13, p.1-4). E o hospital poderia ser de tuberculose: "aos quinze anos conversei com uma enfermeira do pavilhão de tuberculose mantido pela Campanha e comecei a trabalhar lá, como atendente, e estudava à noite ..." (Dep.nº25, p.1-2).

Em certos casos houve um **apoio material** que foi decisivo para o encaminhamento até o curso de enfermagem: "o prefeito deu cinco bolsas de trezentos mil réis, pra mim era muito dinheiro, eu vim pra Escola Anna Nery, com casa e comida ... eu nunca tinha sonhado em vir pro Rio de Janeiro ..." (Dep.nº5, p.2-3); a ajuda poderia ser da própria Campanha: "quando eu terminei o científico o doutor Lucídio me proporcionou tudo para que eu pudesse vir fazer enfermagem no Rio ... a Campanha pagou a passagem de avião pra gente, eu e uma outra auxiliar ... ele nos pagou três meses adiantado ..." (Dep.nº25, p.10-11).

Mas havia também o caso de quem **já tinha pretensões a fazer um curso de nível superior** e terminou optando pela enfermagem, como uma carreira mais promissora: "eu ia estudar farmácia, aí ela mandou pra mim todas as indicações da Escola Anna Nery, eu resolvi vir ..." (Dep.nº29, p.1). Ou então: "meu pai queria que eu fizesse farmácia ... os professores [da escola secundária] nos levaram essa mensagem, o que era enfermagem, como era o curso, em nível universitário, os salários ... eu achei uma profissão bonita, útil, bem remunerada, uma série de vantagens ..." (Dep.nº24, p.1-2).

A prova de fogo

Em muitos casos a aluna no internato se sentia mais guardada e protegida do que presa e cerceada. A casa em si e algumas figuras significativas no contexto da escola, com todo seu poder simbólico, quase sempre são lembradas com emoção: "era aquele prédio grande, bonito ... o internato, pra mim foi muito importante ... ele me dava mais segurança, eu longe da minha família, perdi minha mãe com treze anos, aos dezesseis já estava saindo de casa ...". O estrito controle dos movimentos das alunas no tempo e no espaço, que resultava quase que num *esquadrinhamento* da vida, para muitas não constituía nem mesmo uma novidade, pois o processo de *educação para a submissão* havia começado há tempos: "a escola tinha horário pra tudo e a gente já vinha com essa disciplina mais ou menos estabelecida, eu não senti muita diferença entre o tipo de criação que eu tinha, que meu pai era pastor evangélico e ainda por cima de clã sertanejo e eu saí do colégio interno feminino pra uma escola de enfermagem interna feminina, então o sistema era praticamente igual ..." (Dep.nº41, p.4-6). Ou então: "não foi difícil pra mim, porque eu sempre fui uma pessoa disciplinada ... perdi minha mãe com um ano e sete meses, fui morar com meus avós. Com seis anos de idade perdi meu avô, continuou a mesma linha ... antes dos doze anos perdi a minha avó ... meu pai arranhou um tutor e eu fiquei na casa de uma senhora idosa ... talvez eu ache mais difícil me rebelar do que obedecer ..." (Dep.nº22, p.3).

A adaptação ao internato das escolas variava muito de uma aluna para outra. Há quem se encontrasse melhor no internato do que em casa. Muitas gostavam das novidades do novo

estilo de vida: "o internato era agradável, eu morava numa cidade do interior, tudo pra mim era novidade, eu adorei aquele ambiente da escola, a gente aprendia muito com as colegas, foi um tempo muito bom ..." (Dep.nº29, p.4). Ou então: "eu nunca tinha estado em cidade grande ... eu achei um privilégio ..." (Dep.nº14, p.2). Outras, achavam a residência confortável e apreciavam poder estudar sem pagar nada, e ainda ganhar algum dinheiro: "o internato era uma beleza ! além do convívio com as colegas, a gente tinha tudo ali, café, almoço, janta, condução pra levar e trazer pro pavilhão de aulas, pra qualquer estágio, ainda tinha uma bolsinha ... lá em casa, pra eu receber algum dinheiro, eu tinha que dar um duro danado ..." (Dep.nº25, p.12-13). Apesar de tudo, a sensação poderia ser de liberdade: "embora o regulamento do internato fosse rígido, pra mim, com tudo isso, ainda tinha mais liberdade do que em casa ..." (Dep.nº6, p.2).

A maioria estranhava as novas normas de convivência, principalmente as que fizeram o curso de enfermagem em escolas de freiras: "aquela mentalidade das freiras ... a gente era muito podada, tinha que chegar oito horas da noite, não tinha liberdade nem sequer dentro do internato ..." (Dep.nº42, p.3). Mesmo as que haviam estudado em colégios de freiras, estranhavam: "me doía muito a saudade de casa, eu já tinha sido interna, mas era em um colégio bom, de menina rica, embora eu não fosse rica, aquela alimentação de pós-guerra, muito ruim, emagreci muito ..." (Dep.nº30, p.6). Ou então: "eu senti a diferença da maneira como as irmãs nos tratavam no colégio e as freiras da escola de enfermagem ..." (Dep.nº18, p.2). O passado e a disciplina também eram motivo de desgosto: "a gente estava habituada em casa com empregada, com mamãe, papai, colégio particular ... mudança muito grande, de clima, de vida, feijão preto, alface quebrada, aqueles camburões grandes, horário, sino pra tudo ... e na escola a gente tinha que lavar e passar roupa, eu não sabia ... tinha que guardar tudo no armário, trancado ..." (Dep.nº31, p.3-4).

Nos primeiros seis meses, praticamente não havia autorização para saídas e o ensino teórico-prático era intensivo, fora as horas de estudo noturno e nos fins de semana: "nos primeiros seis meses todo mundo engorda, sala de aula de oito às cinco da tarde, com um intervalo de meio-dia à uma pra almoçar e escovar os dentes ... química, física, patologia, farmacologia, uma loucura ... no primeiro ano saía só uma vez por mês, de dia, mas a gente não agüentava nem sair, tinha que estudar fim de semana e de noite, porque ou você é aprovado ou você vai embora pra casa, que o *preliminar* ninguém repete ..." (Dep.nº31, p.3-4). A hierarquia e a disciplina eram muito rígidas: "chamavam de preliminar também às alunas, elas não tinham direito nenhum, só deveres ... preliminar tinha que levantar no ônibus quando chegava uma aluna mais adiantada, tinha que se levantar da cadeira, mesmo no posto de enfermagem, preliminar era assim o recruta do exército ..." (Dep.nº21, p.2). Mas o convívio permanente com o grupo de colegas terminava por tecer fortes laços de solidariedade: "por estarmos juntas assistindo aulas, dormindo, tinha a fila do banho ... a gente trocava ali nossas brigas, raivas, desesperanças, tristezas, e também nossas alegrias, era uma família ..." (Dep.nº15, p.8).

As professoras (e os professores) causavam impressão muito forte e duradoura e ficaram na lembrança como figuras notáveis: "o primeiro contato que a gente teve na escola foi com a dona Elvira, ela ensinava uma técnica e ficava ali, enquanto a gente não aprendesse, ela não saía

..." (Dep.nº25, p.15). Ou então: "dona Olga Lacôrte tinha uma aparência que a gente ficava logo entusiasmada ..." (Dep.nº29, p.3). Apesar de que o currículo poderia ser muito diferente do esperado, o aprendizado de ter muitas vezes suas opiniões desconsideradas já havia sido feito antes da entrada na escola: "eu pensava que ia começar aprendendo a aplicar injeções e dar remédios, foi tudo ao contrário, nós começamos a preparar cama, naturalmente a minha idéia era errada, a certa era da escola " (Dep.nº22, p.7). A avaliação da qualidade do curso geralmente era favorável: "o curso correspondia à expectativa, a aula na microbiologia, eu me sentia tão importante, diziam que aquela aula era a mesma que davam pros estudantes de medicina, eu me sentia o máximo ..." (Dep.nº36, p.9-10). Ou então: "nós tínhamos um desenvolvimento científico muito bom, era dada a parte científica e em seguida a parte de enfermagem, nós aplicávamos imediatamente ... o hospital era excelente ..." (Dep.nº24, p.5).

Após o que nas escolas americanas se chamava período probatório, a aluna passava a ocupar um *status* mais elevado na coletividade. As aprovadas no preliminar recebiam a touca em cerimônia solene e desde aí eram consideradas integrantes do corpo discente da escola, passando então a praticar/prestar serviços de enfermagem: "depois da sala de técnica, a cerimônia da recepção de touca, aí partimos para o hospital ... (Dep.nº22, p.7-8). Além da cerimônia da recepção da touca, denominada na Escola Anna Nery de *imposição de insígneas*, havia também a escolha em cada turma da *Dama da Lâmpada* (cognome de Florence Nightingale), suprema honraria concedida a uma aluna: "eu fui a segunda ... só não fui dama da lâmpada porque *uma colega* fazia questão de passar as noites sem dormir e tirou o primeiro lugar ..." (Dep.nº41, p.3).

A super-utilização da aluna como força de trabalho, bem como o despojamento de seus direitos, pretensões e vaidades ocorria mesmo era na prestação de serviços nos hospitais, onde se configuravam as diferenças de posição e de prestígio, sendo que as atividades atribuídas às alunas muitas vezes tinham a característica de trabalho doméstico e servil: "a gente era força de trabalho, fazia o papel das atendentes que o hospital não queria contratar ..." (Dep.nº8, p.3). A aluna poderia se sentir envergonhada: "quando eu tinha que pegar aquele balde, lavar cama na frente dos estudantes de medicina, sair com comadre, eu me sentia mal ... a educação nordestina, qualquer pessoa de classe média tem empregados, e aquela concepção de que trabalho é coisa de escravo ... às vezes pensava em ir embora ..." (Dep.nº36, p.9). A reação poderia ser de horror: "começou o hospital, aí tome desmaio, eu tinha medo, tinha nojo do doente, o cheiro do hospital me repugnava ..." (Dep.nº31, p.3). O programa de atividades era estafante: "passávamos o dia todo no hospital, chegávamos às duas horas pra ter aula até seis, sete horas, era muito pesado, e desde o primeiro ano dávamos plantão noturno ..." (Dep.nº30, p.7).

O processo pedagógico: o despertar da vocação

A educação da futura enfermeira se fazia pela disciplina, mas também, e de modo tão ou mais importante, pela inculcação de uma mística da enfermagem e pelo oferecimento às

alunas de modelos ideais de enfermeira, que pudessem provocar aquilo que Amália Corrêa de Carvalho se refere como "comportamentos imitativos positivos ... não apenas no que se relaciona à sua competência profissional, mas principalmente em relação às suas atitudes e aos seus valores morais e sócio-profissionais" (Carvalho, 1973, p.527e segs) A regra era a obediência — aos regulamentos e às ordens. A figura da diretora era central na manutenção da disciplina da escola. Para atingir esse objetivo ela usava da influência da religião e também de sua personalidade: "aquela maneira de dona Laís ditar as aulas de ética profissional, uma pessoa muito forte, mística, espiritualizada, moral, ela me marcou muito, eu achava maravilhoso aquilo tudo que ela falava da enfermeira e ali começou, sem que eu soubesse, como se fosse uma semente que ela foi plantando na minha mente, no meu sentimento e aquilo foi se desenvolvendo ... eu acho que foram aquelas aulas, aquelas preleções, aquele alto saber daquela mulher que fez com que eu viesse a gostar da enfermagem ..." (Dep.nº15, p.5-6). Ou então: "dona Laís era maravilhosa, ela sabia a vida da gente toda, quando alguma coisa precisava ser esclarecida, ela mandava chamar no quarto dela ... você chegava uma fera, ela conversava, e você saía convencida, tranqüila, calminha, ela tinha um carisma, que deixava você de bem com a vida, ela dizia que a enfermeira deve ser um elemento que quando ela passa num ambiente, ela espalha uma aura de bondade, paz, tranqüilidade ... era uma coisa tão bonita ..." (Dep.nº30, p.6e26). E ainda: "dona Laís era muito católica, a gente fazia retiro espiritual, não porque ela obrigasse, mas porque ela era uma mulher de uma enorme capacidade de persuasão ..." (Dep.nº13, p.35).

Era no estágio que se cumpria uma importante parte do aprendizado do papel da enfermeira e do que a escola considerava um comportamento profissional adequado, e que era fortemente influenciado pelo modelo das relações de gênero existentes nas famílias: "você repetia o modelo de família patriarcal — o doutor como um pai, mais importante, com os privilégios, a mãe, que era a professora de enfermagem, e nós estudantes como filhos, também os rapazes [os estudantes de medicina] tinham privilégios, eles prescreviam, você ficava assistindo pra cumprir ... elas [as professoras] passavam isso da forma mais eficaz, que é através do contato, pelo exemplo, a relação da professora [de enfermagem] com o professor [de medicina] mostra como deve ser minha relação com o estudante de medicina, e pela maneira como ela ia me dizendo as coisas pra eu fazer, como a mãe passa pra filha o papel dela de mulher ... a formação da Escola Anna Nery visava uma integração de tudo aquilo que elas queriam que acontecesse, intelectualmente, com a tua parte emocional, sobretudo através da vivência, o fazer as coisas, o ir no dia-a-dia fazendo ...". As relações profissionais no hospital eram no sentido "de uma relação hierárquica, de poder, pela atividade, mas inclusive de superioridade social, a medicina era uma profissão superior, a maioria era de homens, um curso mais longo, mais importante do que o de enfermagem, mas nós não éramos subordinadas dos médicos, nem dos estudantes de medicina, eles pediam as coisas, podiam dizer alguma coisa, mas não podiam reclamar ... mesmo o professor, se ele tinha reclamações, ele teria que falar com a nossa professora, ele chamava a atenção da professora, pra professora chamar a atenção da gente ..." (Dep.nº36, p.28,35e38).

Apesar das pesadas tarefas no hospital, da rígida disciplina no pavilhão de aulas e do regime de internato, **esses** ambientes de estudo, trabalho e convivência, apesar das dificuldades de adaptação, acabavam por oferecer também oportunidades de crescimento, tanto profissional

como pessoal, configurando-se mesmo como uma *formação* e não um mero adestramento ou capacitação. Apesar das reclamações, os testemunhos são no sentido de que, passado o período de adaptação, começava a se operar uma metamorfose no interior da aluna de enfermagem, que rapidamente aprendia a assumir grandes responsabilidades e sentia fortalecer-se sua auto-estima: "comecei a gostar da profissão, porque comecei a me sentir interagindo com outros seres humanos, só que os outros estavam doentes, que havia muita humanidade dentro de mim e dentro deles, foi isso que me salvou e me fez ficar na profissão ..." (Dep.nº15, p.5). A maneira como o curso era conduzido, "levava a gente a ter o desejo de ser enfermeira, a achar que estava fazendo uma coisa muito importante na vida, ah! eu me sentia muito importante, a primeira vez que eu fiquei com vinte doentes passando mal numa enfermaria ... era um impacto, mas um impacto de desafio, eu me realizava como eu sendo de uma importância grande demais pr'aquelas pessoas ..." (Dep.nº36, p.19). O corporativismo também se fazia presente: "a enfermeira era formada pra ser uma elite, ser uma pessoa de elite, ter um comportamento de elite ..." (Dep.nº30, p.42). Os resultados poderiam ser surpreendentes para a própria enfermeira: "foi um período que *fez a cabeça* da gente com muita segurança ... uma coragem, uma fortaleza incrível, e também um amadurecimento, um crescimento pra gente ..." (Dep.nº15, p.10).

Os desafios da superação

As verdadeiras proporções das dificuldades a serem vencidas poderiam só ser ponderadas com mais clareza no próprio curso: "na escola foi terrível, porque eu não fazia nenhuma idéia do que fosse enfermagem, quando eu me senti livre de João Pessoa, de minha família, é que eu vi o que tinha pela frente, a grande tarefa, o imenso trabalho diante do meu conhecimento, da minha emoção, da minha mentalidade ... incorporar-me a um grupo, conviver com colegas ... eu era uma mocinha muito só, embora venha de uma família grande, eu era muito introspectiva, foi difícil meu aprendizado em termos das relações sociais ... me socializar foi algo terrível pra mim e isso aconteceu dentro da Escola Anna Nery ..." (Dep.nº15, p.3-4). Mas as próprias dificuldades poderiam ser estimulantes: "a grande coisa que o curso de enfermagem foi pra mim, foi isso, um desafio a todo momento ..." (Dep.nº36, p.17). O processo poderia ser vivido como uma descoberta: "você começa a se descobrir em tudo, você começa a crescer ..." (Dep.nº31, p.3).

A escola funcionava um pouco na base da sobrevivência dos mais aptos, ao longo do curso havia uma forte seleção em virtude das desistências, das reprovações e dos desligamentos: "nós éramos umas quarenta e oito, a gente passava numa *prova de fogo* de seis meses, quando terminou essa fase já diminuiu bastante e no final do curso éramos 23 ou 25, algumas foram reprovadas, houve até casos de expulsão de alunas que não entendiam aquelas regras que havia na escola ..." (Dep.nº29, p.3).

Embora nas escolas o ensino fosse realmente orientado para a competência, no umbral da escola de enfermagem, as indecisões sobre qual caminho seguir e do que seria capaz poderiam ser angustiantes. Mas o desejo de aventura continuava presente: "um dos momentos

que eu acho mais angustiantes na minha vida ... será que eu vou logo arranjar um emprego? será que vou me dar bem no emprego, vou dar conta? eu não tinha vontade de voltar pra família ... eu queria ir pra África ..." (Dep.nº36, p.45). Ou então: "quando me formei, em 1949, tinha a sensação de estar preparada, mas não sabia como me sairia, meu papel seria bem diferente do de aluna e eu teria que levar em frente o bom nome da escola ..." (Dep.nº22, p.8).

A disciplina e as indisciplinas

O regime disciplinar era semelhante ao das corporações militares: "o aspecto físico era muito importante, uniforme completo, limpo e passado, sapato limpo, aquela redezinha no cabelo, a touca, mãos limpas, nós não podíamos usar esmalte nas unhas, não adiantava você querer relaxar ... o aspecto ético, como se conduzir na enfermaria, tratar os médicos de senhor e doutor, as professoras de dona fulana ... a parte técnica também era muito rigorosa ... o plantão noturno era dia sim dia não e mesmo que o serviço estivesse pouco, você não podia dormir, tinha que ficar acordada a noite inteira, e dali ia pra aula, se alguém dissesse que você dormiu, você poderia ser punido ... era mesmo uma disciplina militar ..." (Dep.nº25, p.19e26).

A maioria dos problemas se referia a dificuldades de adaptação ao rígido regulamento da escola, e apesar de que trouxessem aborrecimentos e aflições, geralmente não tinham maiores conseqüências: "tive sérios atritos, aquela estrutura da escola de dar prioridade ao pessoal que estava saindo, no ônibus as mais antigas saíam primeiro, eu achava aquilo horrível, um dia quase rompi com tudo, eu disse pra irmã que eu ia embora ... a superiora gostava muito de mim ... quando me formei ela arranjou um emprego pra mim ..." (Dep.nº2, p.1-2). Ou então: "nós cortamos o cabelo como a revista *Vogue* trazia, chamava *taradinha*, naquela época ... era um escândalo ... a touca nem pregava direito, e a gente foi parar na diretora ..." (Dep.nº36, p.54).

Apesar do regime de estudo/trabalho estafante, os problemas decorrentes da vida acadêmica eram raros, pois as alunas suportavam melhor a disciplina voltada para objetivos que lhes pareciam claros e justificáveis: "as dificuldades no pavilhão (de aulas) e no hospital me pesavam menos e eram mais fáceis de contornar ... a disciplina do pavilhão de aulas tinha um sentido ... de ensino ..." (Dep.nº36, p.19).

As ameaças de exclusão e as recompensas

A aplicação da pena máxima era cogitada com relativa freqüência, não só em conseqüência de deslizos morais, mas também às que tivessem uma dificuldade maior de adaptação às regras da casa: "aí vi que tinha que disciplinar meu pensamento, minhas ações dentro da escola, porque eu queria terminar o curso, pra poder ver o que eu ia fazer da minha vida ... durante o curso, por três vezes distintas, por motivos diferentes, quase fui mandada embora da escola, então eu vi o perigo de ter que voltar pr'aquela situação da qual fugi ... quando eu me apercebia que algo estava para ruir sobre minha cabeça, tratava de me reeducar,

me autodisciplinar para superar aqueles problemas ..." (Dep.n^o15, p.3-4). Problemas relacionados ao despertar de uma consciência política eram tratados pela escola com todo o rigor: "a gente começou a ter um certo convívio com alguns estudantes, despertar um pouco, e a gente criou um jornalzinho, mas as freiras não aceitavam, eu fui eleita pro diretório acadêmico, no dia da posse me botaram de plantão na Santa Casa ..." E depois: "a diretora não queria mais me aceitar na escola, que eu era uma menina rebelde, com idéias comunistas e que eu não servia pra enfermagem ..." (Dep.n^o42, p.3). Outra situação: "começou quando uma menina encostou a bicicleta na porta da escola pra tomar café e a chefe de disciplina confiscou a bicicleta ... aí outras ficaram do lado dela, houve uma sessão do diretório acadêmico, elas foram ao DCE e o pessoal ficou solidário com elas, a coisa chegou aos jornal, ao conselho universitário ... foi uma coisa demorada, até a suspensão, umas por seis meses, outras por um ano ..." (Dep.n^o30, p.19).

Grandes recompensas eram a indicação para receber uma bolsa de estudo. As ex-bolsistas da Escola Anna Nery entrevistadas concordam em que a seleção era feita pela própria diretora e segundo critérios muito pessoais: "lá dentro de mim, eu acho que o critério era mesmo o de simpatia da D.Laís, ela sabia a vida da gente toda, de como a aluna se comportava na escola ..." (Dep.n^o30, p.27). As bolsistas das escolas do Rio, pelo menos nos primeiros tempos, entravam na Campanha diretamente pelo setor de enfermagem e às vezes ainda como alunas: "em 48, dona Laís me botou como bolsista, em 49, eu ainda não era formada, eu e outra colega, fomos designadas pra acompanhar a turma do curso de visitadoras sanitárias ... então, eu ingressei na Campanha, recebendo praticamente como funcionária ..." (Dep.n^o13, p.4-5). O medo da tuberculose não constituía um impedimento, mesmo porque essa preparação já começava na escola de enfermagem: "a Campanha ofereceu bolsas de estudo, como eu era de família numerosa, eu achei bom aceitar, eu não fiquei com medo, já havia trabalhado com tantas doenças contagiosas, de modo que tuberculose não seria uma doença tão apavorante ..." (Dep.n^o29, p.5). Ou então: "fui bolsista da Campanha pelo menos dois anos, depois da orientação dada por dona Ariadne, eu não sentia medo em trabalhar em tuberculose, sentia mais medo do meu desempenho no trabalho do que da própria doença em si ..." (Dep.n^o22, p.9).

A concessão das bolsas ocorria geralmente no segundo ano do curso, quando as alunas já haviam vencido a barreira do *preliminar* e o processo de formação da enfermeira já se encontrava em pleno andamento: "no segundo ano da escola uma professora falou da possibilidade de nos transformarmos em bolsistas da Campanha, não somente eu me tornei bolsista, mas também colegas minhas de turma ...". A escola mesma se encarregava de estimular as bolsistas em relação ao futuro trabalho, que era apresentado como bem mais do que um emprego. Ao enraizamento comum na mística de servir da enfermagem, se acrescentava a inculcação do espírito cívico e patriótico, já por si exaltado naqueles tempos do pós-guerra: "tuberculose era um desafio para o Brasil ... vai todo mundo juntar seus esforços pra resolver esse problema de saúde ... foi assim que passava pra gente e assim que eu aceitei ..." O espírito de grupo entre as futuras enfermeiras da Campanha se formava desde os tempos de escola de enfermagem, apurando-se o sentimento de *destino comum*: "entramos todas na Campanha, aquela mesma turma de moças, aquela mesma família, começando a vida profissional todas

juntas ... isso foi muito gratificante, uma se apoiava na outra, emocional e profissionalmente ..." (Dep.nº15, p.6-8).

Alunas de outras escolas não relatam essa preparação das bolsistas em relação ao seu compromisso com a Campanha: "na escola tinha dois tipos de bolsa — da Campanha Nacional Contra a Tuberculose e do Instituto do Açúcar e do Alcool ... eu tive a felicidade de já entrar percebendo bolsa da CNCT ... sabia só que eu estava recebendo aquele dinheirinho todo mês, pra ajudar ... no final foi que eu soube que tinha que ir lá na divisão de tuberculose, aí eu fui pro Sancho ..." (Dep.nº7, p.9).

Uma ex-superintendente de enfermagem conta: "as que iam terminando esses cursos, já sabiam que iam ter o privilégio de entrar para o trabalho da Campanha ... se apresentavam a mim e elas tinham ingresso na Campanha. (Dep.nº14, p.12). Mas nem todas as bolsistas se deixavam impressionar por tão grande honra; em relação a essas o apelo se fazia também no terreno da honra, mas já relacinado à obrigação de retribuir a ajuda recebida: "A situação dos sanatórios a esse tempo era estarecedora e algumas diplomadas bolsistas, temerosas de enfrentar essa situação, deixaram de cumprir o contrato moral assumido com a Campanha ..." (Cordeiro, 1951, pg 415). Nem sempre as bolsistas recebiam recomendação por parte da diretora da escola, por mais alta que fosse a opinião e a consideração que a aluna pudesse ter em relação a ela. Por outro lado, nem sempre a chefe de enfermagem da Campanha validava as referências feitas pela escola, como é o caso a que se refere o comentário feito por uma superintendente da Campanha: "*essa menina, quando entrou na Campanha ... me disseram cobras e lagartos dela ... que era revoltada, malcriada, comunista, que não se ajeitava com ninguém, no entanto, ela até hoje não fez nada, que eu não aprovasse ... o serviço dela está perfeito ...*" (Dep.nº30, p.47).

As portas de entrada da Campanha

Praticamente todas as supervisoras entraram na Campanha mediante contrato precário (termo de ajuste), sem concurso e sem garantias, selecionadas mediante treinamento e supervisão. No nordeste, o mercado de trabalho era quase que restrito aos serviços de saúde do governo federal, sendo que na Campanha, ainda que as condições do emprego fossem precárias, a enfermeira permaneceria em um dos seus sanatórios, localizados sempre nas capitais dos estados e que possuíam uma enfermagem de alto nível: "em 1952, o que existia lá era o Sesp e a Campanha Nacional Contra a Tuberculose ... um amigo meu conhecia o *representante da Campanha* e eles estavam ampliando o serviço de enfermagem ... não tinha carteira de trabalho, o ordenado era pago contra recibo ..." (Dep.nº42, p.7). Além disso, não havia dificuldades para a admissão: "em 1956 ... uma colega de turma ia ser entrevistada pelo [diretor do sanatório] pra entrar para o Sancho, fui com ela e fui admitida também ..." (Dep.nº2, p.2).

Como os sanatórios representavam o que de melhor havia em termos de organização hospitalar e de qualidade de assistência de enfermagem no país à época, eles serviam como

campo de estágio para as escolas de enfermagem, e deste modo se constituíam, por si mesmos, em um polo de atração de recém-diplomadas: "o estágio no sanatório Clementino Fraga foi muito bom, o hospital era moderno, bonito, a chefe de enfermagem era nossa professora ... de todos os serviços que a gente tinha passado, foi o melhor, foi ali que a gente conheceu realmente um serviço de enfermagem, então houve um entusiasmo grande de todo mundo da minha turma ..." (Dep.nº8, p.6-7). Ou então: "algumas professoras da escola de enfermagem eram da Campanha e durante o estágio visitamos o sanatório, e eu encontrei uma conterrânea [internada] lá, fiquei com pena, achei que deveria me dedicar à tuberculose ... a formatura era em março e eu comecei a trabalhar em fevereiro de 55 ..." (Dep.nº6, p.3).

Outras candidatas foram atraídas na ocasião da abertura do hospital: "na escola afixavam avisos dos locais que precisavam [de enfermeiras] ... afixaram o da Clínica Tisiológica, que ficava anexa ao Hospital das Clínicas, umas oito ou dez enfermeiras foram convidadas, era o melhor ordenado da época, a gente ia organizar e trabalhar, com todo o material humano e hospitalar também, o melhor possível ..." (Dep.nº24, p.9).

Mesmo com o término do programa de bolsas de estudo para as alunas de enfermagem, que a partir de 1950 se foi extinguindo rapidamente, encerrando-se em 1955 (Souza, 1977, p.16 e 24), o setor de enfermagem continuava recrutando enfermeiras recém-diplomadas para seus sanatórios. Como a contratação era a título precário, sem nenhuma garantia, as formalidades para a admissão eram mais do que sumárias: "a chefe do setor marcou uma entrevista com o diretor do hospital, que estava no Rio, e nós fomos conversar com ele, as coisas não ficavam bem definidas, mas o emprego saiu ..." (Dep.nº36, p.49-50).

A partir de 1961, com o programa de expansão da rede dispensarial, a estratégia de recrutamento adotada pelo setor de enfermagem passou a ser a de oferecimento de bolsas de estudo para enfermeiras com alguma experiência profissional que, após um treinamento intensivo, poderiam ser contratadas para fazer parte da chamada *equipe itinerante*, cujas integrantes deveriam permanecer vários meses em um estado, trabalhando sozinhas, não em serviços próprios da Campanha, mas junto a serviços das secretarias de saúde. A divulgação do curso poderia ser feita entre elas mesmas, sendo um grande atrativo inicial, o salário: "uma colega de escola me disse que o curso da Campanha estava aberto ... fui lá na quinta-feira, na sexta-feira já comecei a aula, no sábado pedi minha demissão dos Bancários ... fiquei trabalhando no Samaritano de noite... o que me interessou muito foi o salário ... ganhava quinze mil ... e a Campanha me contratava por vinte e seis, sendo que se a gente estivesse viajando ganhava mais vinte e seis de diárias ..." (Dep.nº18, p.5e7).

A entrada na Campanha poderia ser meramente circunstancial: "a chefe do setor era minha amiga, me convidou pra trabalhar e eu aceitei, entrei na Campanha em 66, dois anos e pouco depois de formada, na verdade eu não tinha desejo de trabalhar em tuberculose, era um emprego, até arranjar outra coisa ..." (Dep.nº3, p.1). O recrutamento das candidatas era em parte feito por comunicação informal entre o pessoal da Campanha e possíveis candidatas: "uma

amiga minha falou com uma colega da Tuberculose, que disse que quando estivessem chamando, ela avisaria ... em agosto de 63 ela me chamou, pra fazer um curso ..." (Dep.nº25, p.29).

O fascínio pelo Rio de Janeiro e a vontade de viajar

O movimento das enfermeiras era muito mais no sentido norte-sul do que ao contrário. Uma enfermeira recém-diplomada que estivesse empregada pela Campanha em sua cidade, mesmo que em excelentes condições de trabalho, poderia ainda achar que não tinha uma porção de aventura suficiente em sua vida: "eu era apaixonada pelo Rio, todo nordestino gosta de cidade grande, em casa eu entrava dez horas da noite ... eu comecei a trabalhar em janeiro de 53, mas antes do final do ano, eu pedi demissão, mudei de armas e bagagens, vim desempregada ... aí fui lá na rua do Rezende ... tinha vagas pra Curicica ... foi fácil, porque também eu já tinha alguma experiência ..." (Dep.nº24, p.11). Outro motivo aliado ao desejo de vir para o Rio de Janeiro, poderia ser um desgosto amoroso: "rasguei a carta, fui perdendo o estímulo para o trabalho também, porque foi meu primeiro namorado, eu era louca por ele ... tirei férias, vim pro Rio, fui na rua do Rezende ..." (Dep.nº7, p.13). Quem vinha do nordeste, com aspirações de liberdade e crescimento dificilmente queria voltar: "perto do final do curso fui começando a pensar em trabalhar, porque ou eu arrumava emprego ou ia pra casa ... eu queria ficar no Rio, queria crescer, ganhar dinheiro, já tinha sofrido tanto ... aí todo mundo se inscreveu em todos os cursos, empregos ... inclusive na Campanha, e nós fomos chamadas para um treinamento pra dispensário de tuberculose ..." (Dep.nº31, p.6-7). Ao contrário, quem tinha vindo do nordeste, para lá não queria voltar: "a chefe do setor me disse que eu ainda podia chamar colegas, porque tinha vagas [no sanatório] ... uma [colega] disse assim pra mim — *pro nordeste? vou nada, de lá eu vim!* bem, aí só apareceu [uma colega] querendo ir também ... que queria exatamente sair de casa ..." (Dep.nº36, p.48). A contratação de uma supervisora poderia ocorrer em sua cidade mesma e de forma instantânea: "se eu aceitasse fazer um estágio de três meses no Rio, seria contratada imediatamente ... aí eu disse — *eu quero ir, eu vou pro Rio de Janeiro, se eu consultar minha família eles não vão deixar, e agora eu sou profissional ...*" (Dep.nº8, p.8-9). A identificação com a figura da chefe de enfermagem e a vontade de viajar poderia ser o ponto decisivo para convencer uma candidata: "a *chefe do setor* era uma pessoa sedutora, tinha *status*, alegria, me dava a impressão de que gostava do que fazia, era bem sucedida em todos os aspectos ... quando ela falou que eu tinha possibilidade de ter uma bolsa de estudos fora do Brasil, pronto, aí completou, foi a gota d'água ..." (Dep.nº36, p.45).

Conclusão

Funcionando em regime de internato, as escolas de enfermagem apresentavam algumas das características das instituições totais, descritas por Goffman. Enquadradas por um rígido código de ética e normas disciplinares estritas, submetidas a um sistema de recompensas e sanções, as alunas eram estimuladas a adotar valores de honestidade, responsabilidade, obediência, abnegação, modéstia e persistência. A formação da enfermeira reforçava os traços

de obediência, disciplina, fidelidade, diligência, dedicação, abnegação, discrição, economia, etc., inerentes à mística feminina, e muito convenientes ao papel de um representante com "funções delegadas". Nas escolas, o objetivo de formação moral era tão importante quanto o de formação técnica. Se não houve propriamente um chamamento/chamada da vocação, esta foi despertada nas alunas mediante um processo pedagógico que de certo modo se opunha às aspirações de autonomia que as levaram a procurar a escola, meta esta que, pelo menos em parte, a aluna tinha que postergar para depois da formatura. As motivações mais freqüentes que levavam as adolescentes a ingressar nas escolas de enfermagem eram a perspectiva de independência financeira, o desejo de ascensão social, a libertação dos limites estreitos da vida familiar ou dos papéis femininos tradicionais. A identificação com figuras inspiradoras, mulheres diferenciadas que exerciam a profissão de enfermeira, foi, para muitas, razão importante para o ingresso nas escolas. A descoberta de si mesma se fazia na experiência da solidão acompanhada, na comparação de si mesma com as outras, na busca de seu lugar no grupo, na superação da crise da adolescência, na construção de sua identidade como pessoa adulta, no esforço de vencer os desafios.

As enfermeiras da CNCT, até a década de 50, foram recrutadas nas próprias escolas de enfermagem. No princípio, mediante a oferta de bolsas de estudos a alunas selecionadas pela diretora. Mesmo depois de encerrado o programa de bolsas, em 1955, o setor de enfermagem da Campanha passou a recrutar, para seus sanatórios, enfermeiras recém-diplomadas, cuja seleção ocorria sob a forma de estágio probatório. A partir da década de 60, com o advento da política de ação dispensarial, o setor passou a dar preferência a enfermeiras com alguma experiência profissional.

De certa forma, as mesmas motivações que levaram as jovens a entrarem nas escolas de enfermagem aparecem como razões para o ingresso na CNCT, destacando-se aí a possibilidade de dar vazão ao espírito de aventura e a identificação com a figura marcante da chefe de enfermagem.

2. SOCIALIZAÇÃO DA SUPERVISORA: HIERARQUIA E DISCIPLINA

Introdução

Este capítulo discute como a Campanha dá continuidade ao processo de socialização iniciado nas escolas de enfermagem, o processo de adesão à mística da Campanha e a transformação de jovens enfermeiras em suas representantes oficiais e as injunções por elas vividas nesse papel. As pessoas entrevistadas contribuem para fundamentar esta seção através de informações e comentários que dizem respeito a: chegada da enfermeira no setor de Enfermagem da CNCT, treinamento inicial, dificuldades causadas pela ruptura com o meio de origem e pela vivência na cidade grande; aprendizado de novas competências; atribuições das supervisoras; características da chefe do setor de Enfermagem, das supervisoras e da equipe itinerante; relações e tensões entre o sanatório de Curicica e o órgão central; coesão grupal dos profissionais que trabalhavam na sede da Campanha; relações entre o órgão central de enfermagem e a periferia; inquietações geradas pela falta de estabilidade no posto; redes de relações grupais e revezes políticos eventualmente sofridos pelo fato de pertencer a determinado grupo.

A socialização da enfermeira na Campanha constituía a culminação de um processo formativo, iniciado com a educação da menina, continuado durante sua escolarização, e acentuado durante sua profissionalização na escola de enfermagem. Embora a Campanha se inserisse na burocracia estatal, a socialização ocorrida em seu interior guarda semelhanças com o processo descrito por Liliana Segnini, que ocorre no Brasil, no interior de uma organização bancária privada de grande porte, o Bradesco. Pontos comuns são a origem modesta dos atores sociais, a oportunidade de ascensão social propiciada pela carreira, a instabilidade no posto, o caráter fortemente normativo do processo pedagógico — até mesmo a coincidência da denominação de seus cursos: "cursos de integração" no Bradesco, "cursos de ação integrada" na Campanha — a obsessão pela padronização de métodos, de técnicas e mesmo das mentalidades, o poderoso apelo moral, com vistas à transformação do funcionário em "guardião da ordem" institucional, as técnicas disciplinares referentes à organização do espaço e ao controle do tempo e os esquemas de controle à distância. (Segnini, 1988, p.71-72 e 112-113).

A origem mais ou menos modesta (pelo menos à época em que foram estudar enfermagem) da maioria das moças que viajaram de suas cidades para se formarem enfermeiras e vieram a tornar-se supervisoras da Campanha, as vantajosas recompensas financeiras ofertadas, aliadas à mais absoluta instabilidade quanto à sua permanência mesma, na escola primeiro e logo no órgão central de enfermagem na Campanha, configuravam uma situação propiciadora de uma forte adesão às normas institucionais e até a adoção dessas coletividades como se constituíssem uma segunda família.

Grande parte das supervisoras, ao chegar ao setor de enfermagem, já havia trabalhado em algum sanatório ou em algum dispensário estadual de tuberculose; as que foram recrutadas sem experiência, foram submetidas a treinamento intensivo antes de serem contratadas. A partir da década de 60, o recrutamento para a Campanha deixa de ser feito diretamente nas escolas, o que determina a diminuição do grau de homogeneidade do grupo. Essas enfermeiras vinham de experiências extremamente diversificadas e já tinham mais maturidade para lidar com situações emergentes, e maior autonomia de decisão, já que iriam trabalhar com supervisão à distância. Esse grupo treinado diretamente para viajar era denominado "equipe itinerante". As enfermeiras da equipe itinerante eram supervisionadas pelas colegas mais antigas no setor e havia um entendimento tácito de que essa atividade tinha vários objetivos superpostos: fazer o controle de qualidade do trabalho desenvolvido pela Campanha no estado, avaliar o desempenho da colega e promover seu desenvolvimento profissional. De um modo ou de outro, quando realmente chegavam a integrar o setor de enfermagem a supervisora já trazia um forte *esprit de corps*. A relação inicial dessas enfermeiras que chegavam ao setor, sem nunca terem trabalhado em um serviço da Campanha, poderia ser mais fraca, mesmo depois do treinamento e independentemente da qualidade de seu desempenho futuro. Das 21 supervisoras entrevistadas, cerca de metade ainda trabalhava na Campanha à época da aposentadoria, e as demais haviam passado para outros órgãos do ministério, para o estado ou para o município.

Do meticuloso treinamento das futuras novas supervisoras se encarregavam, como na referida instituição bancária (Segnini, 1988, p.81), funcionárias que além de já terem sido executoras da tarefa que ensinavam, comungavam com os princípios organizacionais. As técnicas pedagógicas eram fortemente influenciadas pela modelagem do comportamento, com adoção de objetivos operacionais, preleções normativas e discussões em grupo em torno de questionário padronizado e cujas respostas eram apresentadas em reunião plenária, para *correção* das respostas consideradas erradas ou inadequadas. A relação enfermeira-paciente, devido à sua importância estratégica para os fins perseguidos, era objeto de atenções especiais: dramatizações de entrevistas com doentes, abrangendo diferentes situações (doente novo, doente *faltoso*, preparação para hospitalização, entrevista com comunicantes) seguidas de comentários sobre o modo como os respectivos "roteiros de entrevista" foram desenvolvidos e para reforço da aprendizagem dos aspectos positivos. Esta orientação geral não chegava a desagradar a maioria das participantes, que apreciava a orientação firme e segura que recebia para o desempenho de suas atribuições, que proximamente seria objeto de supervisão.

No estudo de Segnini sobre a organização bancária, essa autora, ao descrever o processo de "transformação do funcionário em vetor da filosofia da organização" observa que isto "implica em sua adesão total à mesma". Deste modo, o processo de treinamento adquire um papel fundamental para a formação de "um *comportamento moral desejável*, através da minimização das diferenças individuais, uniformizando-as de acordo com os padrões de conduta caracterizados pela obediência ao ideário organizacional." (Segnini, 1988, p.95). Também no treinamento da supervisora da CNCT, um aspecto crucial era a motivação perene para o trabalho e a crença na excelência do sistema, com sua política de luta contra a tuberculose e com suas normas técnicas, a serem constantemente implantadas e ensinadas. Entre as *regras da casa*, que deveriam desde

logo ser introjetadas pela supervisora, durante ainda o treinamento inicial, se incluíam a estrita disciplina quanto às ordens de viagens e da absoluta necessidade de dar conta cabalmente das tarefas e missões para as quais fosse designada, o que aliás consistia apenas na transposição dos princípios aprendidos na escola de enfermagem (obediência à sua escala de trabalho e dar conta de suas obrigações no estágio, em qualquer circunstância).

A denominação de supervisora firmou-se aos poucos e ligava-se à função exercida de fato pelas enfermeiras da Campanha, lotadas na sede nacional da rua do Rezende. Essa denominação foi auto-atribuída pelo grupo, que se espelhou nas sempre visadas colegas do Sesp, onde existia um quadro de supervisoras do nível central, com função gratificada. Ao contrário, na Tuberculose, a única a receber gratificação era a *responsável* pelo setor de enfermagem, ainda que internamente, pela verba da Campanha, pois até 1970 este cargo não existia na estrutura formal do SNT, ou seja, do ministério da Saúde. Também aquele título de "enfermeira do setor" não satisfazia por não denotar uma linha de autoridade em relação às chefes de serviços de enfermagem de sanatórios e dispensários, que deveriam ser por ela supervisionadas. Apesar de que as chefias dos serviços de enfermagem das unidades da Campanha fossem gratificadas, a única vantagem financeira que se oferecia à "supervisora" era o recebimento de diárias durante as viagens que, se economizadas, podiam funcionar, e quase sempre funcionavam, como uma complementação salarial.

O perfil profissional da supervisora era diferente daquele de uma enfermeira de um serviço de saúde e uma das diferenças mais importantes era a necessidade de ter uma visão ao mesmo tempo ampla e em detalhe do seu campo de trabalho, isto é, de cada atividade desenvolvida nos serviços de saúde, a avaliação geral de cada unidade e a compreensão geral do programa de controle da tuberculose, ainda que de um prisma tecnicista. Para chegar à adequação do produto educacional da escola de enfermagem ao perfil de enfermeira desejado pela CNCT, o que mais faltava, além do treinamento técnico-científico para suas novas funções, seria a formação de um grupo mais ou menos homogêneo pela impregnação dos ideais da Campanha, o entusiasmo pela luta contra a tuberculose, o espírito de lealdade ao grupo e a fidelidade à instituição, ou seja "a mística da Campanha."

A aprendizagem das recém-ingressadas na Campanha ocorria nas fontes geradoras do modelo de luta antituberculosa: primeiro Niterói, depois Rio e Recife, mais tarde a própria sede e as secretarias estaduais. A vinda à sede das que se formaram nos estados, em geral, representava a primeira viagem à capital do país e portanto o *banho de civilização*, que favorecia a aquisição de uma maior desenvoltura social. O treinamento recebido no Rio representava um crescimento profissional orientado diretamente para os propósitos da instituição. Além da aprendizagem de normas e procedimentos especializados, incluía a formação de uma *mentalidade padronizada*, imbuída da necessidade de implantar e manter a ordem, conforme à missão institucional da CNCT. O treinamento, além de intensivo, tinha a duração necessária à assimilação desses valores.

A Campanha Nacional Contra a Tuberculose caracterizou-se como um centro formador de enfermeiras supervisoras de nível nacional, cuja competência foi adquirida principalmente na ação, mas também mediante um programa formal de educação continuada. As supervisoras trabalhavam mais individualmente do que em grupo, mas guardavam uma forte referência em relação à sede central, de onde emanavam as ordens e as diretrizes de ação, e ao setor de enfermagem, onde encontrava-se entre seus pares.

Para o "público externo" possivelmente todas fossem identificadas como supervisoras, no entanto internamente, ao ser distribuído o trabalho, havia uma diferença entre supervisora e enfermeira da equipe itinerante, estas destinadas para reorganizar dispensários de tuberculose. A decisão de quem fazia reorganizações e quem fazia supervisões, baseava-se em critérios não muito explicitados, mas que de algum modo se referiam à competência, que nem sempre estava relacionada à antiguidade no serviço, sendo mais bem entendida como decorrente de um conjunto de qualidades pessoais, que na experiência direta em campo transformava-se em tirocínio, a ser permanentemente comprovado no sucesso dos trabalhos realizados. Revive-se aqui as figuras de "aluna preliminar" e de "aluna senior" da escola de enfermagem, onde a primeira devia obediência e respeito à segunda, mesmo considerando ilegítima sua autoridade.

Esse modelo de organização do trabalho trazia em seu bojo relações de competição pelas vantagens, decorrentes do prestígio de cada uma, segundo fatores que conferiam maior ou menor grau de legitimidade às concessões obtidas. O merecimento seria avaliado segundo critérios profissionais ("dedicação, zelo e competência com que se houve no desempenho de suas atribuições", conforme diziam as portarias de elogio do diretor) ou segundo critérios de necessidade pessoal (problemas na família). Quando consideradas justas, as concessões eram interpretadas como o reconhecimento pelo valor da enfermagem da Campanha em geral e da supervisora em particular; quando consideradas injustas, eram atribuídas à esperteza da colega ou a um apadrinhamento.

A expressão dos conflitos latentes era evitada ou minimizada devido a sentimentos de hierarquia e disciplina fortemente internalizados e as tensões internas eram atenuadas pelo *fatalório* (*gossips*), como compensação simbólica. O conflito subjacente às relações internas ao setor de enfermagem se fazia sentir em vários domínios. No âmbito interno do órgão de enfermagem nas oposições entre chefe/supervisoras e entre *Supervisoras e supervisoras* (equipe itinerante), tendo como ponto nevrálgico as escalas de viagem. Quando em missão nos estados a competição entre as supervisoras se evidenciava pela eclosão de conflitos relacionados ao grau de autoridade encarnada pelas diferentes supervisoras, o que também dependia de seu prestígio na sede nacional.

A distribuição do trabalho entre as enfermeiras do setor incluía dois aspectos principais: a região ou estado de destino, a duração da viagem de supervisão e o tipo de trabalho a ser desenvolvido: treinamento, supervisão ou reorganização. A mesma enfermeira poderia desenvolver alternadamente os três tipos de trabalho, dependendo da disponibilidade de pessoal para viajar em dado momento e da disposição da supervisora. No caso das viagens de

reorganização a demora fora da sede refere-se à estada em uma mesma cidade, atuando em um ou em vários serviços (um ou mais dispensários e/ou sanatório) geralmente por dois ou três meses em cada um. Às vezes a supervisora poderia demorar-se em uma cidade por até um ano. No caso das supervisões propriamente ditas, apesar de a escala de viagem incluir várias cidades, geralmente capitais de estados de uma mesma região, a duração da viagem era consideravelmente mais curta, de duas a dez semanas. No caso de supervisoras casadas ou com filhos, havia uma certa condescendência, no sentido de evitar sua ausência de casa nos finais de semana, a não ser que, por necessidade financeira, a própria supervisora se interessasse de viajar por mais tempo, fazendo arranjos locais que lhe permitissem economizar parte das diárias. A mesma enfermeira poderia alternadamente fazer viagens de reorganização e de supervisão, conforme o seu próprio interesse e a necessidade do serviço.

Quanto à competência, valorizava-se primordialmente a atuação em âmbito nacional e nas capitais dos estados, bem como a habilidade adquirida no trato dos problemas da Campanha junto às secretarias de saúde, sendo portanto depreciada a experiência apenas em nível de serviços de saúde locais, principalmente se localizados no interior dos estados. Esse sistema de valores colocava em extrema desvantagem qualquer enfermeira "de fora" da Campanha ou mesmo "de fora" do setor/seção de enfermagem. Na sede central, as enfermeiras formavam um grupo muito coeso que, não só apresentava fortes resistências ao ingresso de membros de fora, como também avaliava seu desempenho como superior ao de outros grupos de enfermeiras do ministério da saúde. As relações entre o órgão central de enfermagem e as enfermeiras lotadas nos serviços de tuberculose eram assimétricas, com nítida desvantagem para estas. As relações entre supervisora e enfermeira da Campanha no estado (membro da equipe itinerante ou enfermeira lotada em uma unidade de saúde) causavam desconforto e ressentimentos por sua assimetria e súbita impessoalidade. As supervisoras da Campanha comportavam-se em relação às enfermeiras estaduais como se estas lhe fossem subordinadas hierarquicamente, o que na verdade não o eram de direito. Sempre que a situação se encontrasse polarizada por categorias em oposição como *de-dentro/de-fora*, se fazia presente "a prevenção e a suspeita em relação às motivações e práticas dos que não se sociabilizaram no mesmo meio." (Duarte, 1987, p.192).

A perda do posto no setor de enfermagem teria como conseqüência natural a ida para um serviço de tuberculose integrado ao sistema da Campanha. Na alternativa de trocar de emprego, a melhor opção ainda seria trabalhar em um serviço público (onde os salários eram maiores do que nas casas de saúde e mais favoráveis as condições do serviço de enfermagem). De qualquer modo, essa mudança acarretaria prejuízos de várias naturezas: o rebaixamento salarial, agravado pela perda do importante ganho extra representado pelas diárias; a perda do *status* de enfermeira federal, pertencente ao órgão de maior prestígio do MS; e a substituição de um trabalho de caráter intelectual, cercado pelo *glamour* das viagens, e considerado *limpo*, pelo trabalho de enfermagem hospitalar, de caráter manual ou burocrático e aproximado das atividades domésticas. A alternativa mais viável seria ir para Curicica, o que ocorreu mais de uma vez, por iniciativa ou não da supervisora. Por seu porte e importância política, formava Curicica um mundo fechado e à parte, onde por sua vez os "de fora" não eram benvistos nem benvindos, a não ser quando já incorporados à comunidade do hospital. Esse era um dos motivos de mal estar

entre as equipes do sanatório e as "do Rezende". Outros seriam o contraste no estilo de vida e trabalho dessas pessoas que viajavam, participavam de reuniões de poucos, nas quais se decidia o futuro de muitos, não faziam plantões nem tinham a obrigação de trabalhar no domingo, e não tinham que participar do sofrimento dos doentes e assistir às suas mortes.

A chegada no setor de enfermagem

Para quem viesse da Escola Anna Nery para a Campanha, essa passagem se fazia sem maiores dificuldades, principalmente na fase sanatorial da Campanha: "até porque as pessoas que estavam à testa do serviço eram pessoas vindas da escola, foram nossas professoras, foi o mesmo caminhar da escola, nós não tivemos problema de adaptação ..." (Dep.nº15, p.12). Ou então: "foi quase como um prolongamento, porque eu tive a orientação excelente da dona Delzuite, que era a chefe do serviço, e da Ariadne Lopes, que era a supervisora, elas marcaram minha vida profissional ..." (Dep.nº22, p.13). Já uma enfermeira contratada para a equipe itinerante, poderia notar uma grande diferença nas normas de convivência adotadas nas duas instituições: "na Campanha nós éramos tratadas como profissionais, exigia horário, trabalho, aparência, mas nós não éramos garotas, éramos bem tratadas, com disciplina, mas cada um fazia o que queria ...". As enfermeiras que entraram diretamente para a equipe itinerante sentiram um descompasso entre a competência adquirida em sua formação profissional e as novas funções para as quais recebeu treinamento na Campanha: "eu levei quatro anos sendo preparada pra ir pro hospital dar injeção, fazer curativo, mandar as auxiliares fazerem as coisas, de repente entro num setor que não tinha nada a ver com a minha cabeça ... controlar comunicantes, ver a visita domiciliar ... e aquelas estatísticas ..." (Dep.nº31, p.17-18). Ou então: "eu trabalhava em pronto-socorro, de repente fui aprender tuberculose, saí reorganizando serviços" (Dep.nº1, p.6).

Muitas das supervisoras que chegaram ao setor de enfermagem já como enfermeiras da Campanha, além da experiência adquirida em sanatório, traziam também uma experiência das secretarias estaduais de saúde, e até uma qualificação formal: "de 55 a 60, trabalhei no Sancho e nos dispensários, e na divisão de tuberculose do estado de Pernambuco, eu trabalhei de 60 a 67, depois eu vim fazer o mestrado em saúde pública, terminei o curso com boa classificação ... aí o doutor Laurênio me convidou pra ficar na rua do Rezende". (Dep.nº41, p.39).

A chegada de uma *novata* no setor poderia ser mais ou menos confortável, de acordo com as circunstâncias de sua entrada. Poderia haver uma surpresa agradável: "quando chego lá, depois de tantos anos, encontrei Adelaide, aquilo foi uma alegria pra mim, uma coisa maravilhosa ..." (Dep.nº25, p.29). A situação poderia ser de constrangimento, mesmo que a enfermeira viesse trazendo uma bagagem de experiência da própria Campanha: "a seção de enfermagem tinha bastante enfermeiras, eu não recebi nenhuma orientação, fiquei me agarrando com aquelas que tinham boa vontade, graças à amizade de algumas, fui conseguindo a amizade das outras que já estavam lá, mas no começo, foi difícil, todo mundo muito importante, aqui no Rio, e eu, uma nordestina recém-chegada, metida a saber as coisas, tive uma certa dificuldade, viu? mas dei a volta por cima! (Dep.nº2, p.21). Outra seria a situação de alguém que, embora

convidada pela própria chefe, viesse de outro serviço e sem maior experiência em tuberculose: "ela me convidou pra trabalhar com ela e eu aceitei, só conhecia lá uma colega contemporânea de escola, foi com quem tentei o primeiro contato ... o pessoal da Campanha era muito bom, já com nome, já conhecido, percebi que o pessoal era muito melhor do que eu, que além de não conhecer tuberculose, tinha pouca tarimba daquele tipo de trabalho que estava sendo proposto, me senti insegura ..." (Dep.nº3, p.2-3).

Enfrentando a cidade grande

A chegada à sede para fazer um estágio em dispensário de tuberculose poderia constituir, para uma enfermeira recém-contratada, um desafio extraordinário a ser vencido: "a *chefe do setor de enfermagem* falava e eu não entendia ... eu nova, aqui no Rio de Janeiro, precisando de uma assistência danada ... mandaram a passagem, mas não mandaram dinheiro nenhum ... ela disse — *você tem que se apresentar em Nilópolis*, aí eu disse — *e onde é Nilópolis ?* ela respondeu — *ah! você tem que tomar um trem na estação Pedro II* ... dona Mercedes me viu muito *aperreada*, e me perguntou — *você está hospedada onde? ... então você vai para a rua tal, toma o ônibus tal e salta na Central do Brasil, toma o trem tal, vai olhando as estações, aí você pergunta ...* ela foi dizendo quantas ruas eu tinha que andar e que logo tinha uma casinha velha que dizia *dispensário de tuberculose* ... eu não tinha coragem de dizer que estava com pouco dinheiro ... aí fui embora ..." (Dep.nº8, p.12-13). O primeiro dia de estágio incluía as dificuldades de ir e voltar, mais a adaptação ao serviço: "me apresentei ao *chefe do dispensário*, ele foi me mostrar o serviço, depois de uns três ou quatro dias, o *médico* me botou com aquelas fichas *Mac Bee* e aquele estilete, pra fazer a estatística, e foi embora ... eu tinha que apresentar aquele trabalho no outro dia, era muito complicado pra mim, quando saí já estava quase escurecendo ..." (Dep.nº8, p.13-14).

Apresentar no setor de enfermagem suas dificuldades de estagiária também era uma tarefa difícil: "eu queria falar que não tinha dinheiro, mas a *chefe do setor* me mandou fazer um trabalho na biblioteca ... eu estava sem saber como ia fazer esse trabalho, aí apareceu a *supervisora*, me perguntou de onde eu vinha, conversou comigo e ensinou como eu devia fazer o trabalho ... aí falei que estava sem dinheiro ... ela perguntou à *chefe* pela bolsa e a chefe disse — *ela ainda não recebeu? o dinheiro está na pagadoria* ... dona Mercedes foi comigo, assinei umas papeladas e recebi um cheque do Banco do Brasil, olhava pro cheque e não sabia o que fazer ... dona Mercedes mandou alguém comigo lá, e me deu dinheiro pra pagar o ônibus ..." (Dep.nº8, p.14-15).

Vestindo a camisa do time

A maioria do grupo de enfermeiras que participou da reorganização do Azevedo Lima ficou, por conta da Campanha, morando em Niterói, no Icaraí Palace Hotel, o que ensejou um convívio muito estreito, lembrando os tempos de escola, em que professoras e alunas viviam sob

o mesmo teto: "aquele hotel só hospedava gente velha, de repente passou a hospedar um grupo de moças, quase todas bem vestidas, alegres ... a gente convidava os namorados ... aquela reminiscência da Escola Anna Nery ..." (Dep.nº15, p.24).

O propósito, o "estilo" da reorganização e o estado de espírito da equipe encarregada era assim: "o pessoal da Campanha entrou *de chapa* no Azevedo Lima pra organizar o hospital, pra começar a ser o berço da nova política de combate à tuberculose, dentro das diretrizes da Campanha Nacional Contra a Tuberculose." Como experiência pessoal, "pra mim foi uma coisa formidável, você está começando um trabalho novo e tem esperança de que esse trabalho começasse a repercutir na incidência da tuberculose ..." (Dep.nº30, p.29). Apesar da "teoria do capital humano", as condições de trabalho eram determinadas pela necessidade do serviço e não no interesse do bem estar da enfermeira: "eu acabava meu horário às duas horas e ficava até às seis, fazendo esse trabalho de organização, que era impossível fazer durante o expediente ..." (Dep.nº30, p.31). Nos primeiros tempos, a avaliação da nova enfermeira era feita pessoalmente pela superintendente de enfermagem, o que levava as novatas mais motivadas a aplicar-se ao máximo ao trabalho, de forma a contentá-la. À superintendente cabia corresponder a esse esforço, reconhecendo e promovendo os melhores talentos: "Delzuite gostou do meu trabalho, foi um dos primeiros a ficar pronto, mas graças a essa *dobrada* que eu dava de horário, né? ela me botou como supervisora das enfermeiras novas." (Dep.nº30, p.36). Nem sempre as mais autoconfiantes eram as escolhidas, mas parece que não havia como recusar: "quando a *chefe geral* me convidou para chefiar esse serviço, recusei porque não me achava competente; ali, ao lado dela, eu estava segura, mas viajar para outro estado, sozinha, eu recusei inicialmente, mas depois fui convencida a aceitar ..." (Dep.nº22, p.19).

Na época da implantação dos sanatórios nos estados e durante o desenvolvimento da rede de dispensários do Recife o treinamento inicial era feito em serviço, ou pela participação na organização ou reorganização de algum serviço ou por um estágio nos principais setores de trabalho, considerado como um período probatório. Nesta fase o sistema de aprendizagem poderia denominar-se de tutorial: "as recém-formadas, pela mão de uma mais experiente, iam se engajando no trabalho; ia junto uma filosofia toda completa de enfermagem: encaminhar candidatas pros cursos de auxiliar de enfermagem e para os cursos superiores de enfermagem, animar a Associação Brasileira de Enfermagem local, conseguirem elas mesmas, com certa participação do órgão central, a melhoria dos conhecimentos delas." (Dep.nº14, p.14).

No início, na maior parte dos casos, havia uma certa "especialização" entre reorganizações e supervisões de sanatórios e dispensários. As supervisoras mais antigas, que tinham começado seu trabalho na Campanha organizando os sanatórios, continuaram atuando esta área: "por exemplo, fazer um planejamento pra abrir um hospital, era um grupo de enfermeiras especializadas ..." (Dep.nº20, p.25). Havia as supervisões de rotina dos serviços de enfermagem dos sanatórios, fortemente centradas na padronização de métodos e técnicas: "a gente tinha primeiro que se relacionar com a direção, com a administração do hospital, depois tinha que verificar, no local, como estava funcionando o serviço de enfermagem, como a assistência era dada ao pacien-

te, se as rotinas estavam sendo obedecidas, adaptadas às necessidades, se precisava fazer alguma modificação naquelas padronizadas pelo Serviço Nacional de Tuberculose..." (Dep.nº24, p.39).

As supervisoras que haviam trabalhado nos dispensários do Recife treinaram outras para organizar dispensários e faziam a supervisão dos primeiros trabalhos dessas novatas, criando assim como se fossem duas categorias de supervisoras, com uma hierarquia de prestígio: "essa coisa do dispensário ficava conosco e as *meninas*, que eu chamava meninas, apesar de que a gente era quase da mesma idade, elas foram contratadas pra ficar um prazo de mais ou menos três meses (em cada cidade) pra organizar tudo" (Dep.nº36, p.169). O treinamento inicial das novatas era intensivo e tomou a forma de um curso, com objetivos bem definidos, que a evidência da prática mostrava serem plenamente atingidos: "o curso era para compor uma "equipe itinerante", nosso trabalho seria viajar, organizar serviços nos estados, durante dois, três, quatro meses ..." (Dep.nº18, p.8). Além da função de preparar para a execução das tarefas de reorganização e supervisão, o curso tinha um forte apelo ideológico e afetivo: "quando entrei na Campanha eu fui primeiro preparada pra começar a trabalhar, e isso foi uma das coisas que eu achei de mais positivo, foi um curso de muito boa qualidade, depois completou com o estágio no dispensário-escola, a gente passou por todos os setores, foi excelente ... a partir dali eu seria supervisora nacional ..." (dep.nº3, p.4). A função de controlar o cumprimento das normas da Campanha pelo médico do dispensário, ficava clara desde o treinamento inicial: "eu fui pensando que não ia dar conta daquele programa todo que a *supervisora* tinha me dado pra fazer, eu não disse a ela, mas lá dentro de mim, o que mais me preocupava era supervisionar o médico, pensava que não estava preparada pra desenvolver um trabalho dessa natureza, mas tudo o que tinha pra fazer, eu fiz ..." (Dep.nº 25, p.31).

Numa visão retrospectiva, o treinamento apesar de muito rígido, preenchia sua finalidade: "o treinamento era uma coisa imposta, os conceitos vinham formados, em mim causou impacto, eu achei que a *supervisora* tinha um comportamento agressivo ... hoje eu entendo que a proposta da Campanha na época era o controle da tuberculose a nível ambulatorial, criar os dispensários, para estender o controle da tuberculose ... o que talvez não fosse dado à gente era um maior aporte científico, mas aquela forma de treinar era o que a gente sabia fazer na época, acredito que o treinamento teve uma importância fundamental pra mim, que eu não sabia nada de tuberculose, do ponto de vista da normatização, do que deveria fazer no serviço ... esse treinamento tinha a função de estágio probatório e o objetivo de preparar pessoas pra sair *com a mala na cabeça* e implantar serviços nos estados ..." (Dep.nº34, p.5e15). Mais cedo ou mais tarde, as alunas terminavam por se render à eficiência operacional da proposta: "eu gostei do curso, a aula de D.Ermengarda sobre saúde pública eu achei *bacana*, o contrário de tudo aquilo que eu conhecia através da escola de enfermagem, as *da supervisora* não foram ruins, apesar de a gente ficar muito nervosa, o *médico da Campanha*, muito seguro ... tinha papel demais, era de enlouquecer, eu não acreditei piamente no que foi dito no curso, tinha dúvidas, eu tinha que ver realmente se aquele negócio funcionava, no estágio no dispensário-escola, nas conversas com os doentes, nas entrevistas, na visita com as *visitadoras*, tive a impressão que funcionava, mas o que me deu a certeza foi a organização que eu fiz ..." (Dep.nº18, p.11-12).

Quando aprovada no treinamento, a supervisora era imediatamente considerada apta a se desempenhar com relativa autonomia, ainda que com alguma ajuda inicial: "no dia da entrega do diploma, já tinha uma escala, eu ia viajar uns dias depois para uma *capital* do nordeste, viajei com a *supervisora* e com o *supervisor* para a *cidade*, onde eu nunca tinha estado, eles ficaram uma semana comigo, lá ... ela me mostrou todo o serviço, fiquei observando como funcionava, depois traçou comigo um esquema do que eu deveria fazer ..." (Dep.nº1, p.8-9).

O que se esperava de uma supervisora da Campanha era uma coisa fácil de descrever para uma veterana, embora isso estivesse estabelecido de modo informal: "isso nunca ficou escrito, mas ficou muito assentado entre nós esse perfil — seria aquela enfermeira com uma bagagem de conhecimentos adquiridos na prática, capaz de fazer uma organização hospitalar e também de dispensário, reciclagem de pessoal, a nível de sanatório e de centro de saúde; aquele supervisor que devia ter uma postura moral, ética, profissional ..." (Dep.nº15, p.117). Quanto às qualidades apreciadas como desejáveis à uma supervisora o comentário é o seguinte: "eram consideradas boas aquelas que tinham mais habilidade em participar de treinamentos mais complexos, fazer viagens de supervisão pra lugares onde havia maiores problemas, que procurava trazer solução pra os problemas que encontrasse, a que tinha mais condição de dialogar, ou de brigar por determinada coisa que valesse a pena, aquela que era mais atirada, corajosa, agressiva, no bom sentido ..." (Dep.nº2, p.61-62). Uma descrição da supervisora capaz de alcançar o que queria, seria: "ela devia reunir à capacidade profissional, ao domínio da sua área de trabalho, uma certa habilidade em relações humanas pra fazer com que a unidade incorporasse aquilo que recomendava ... porque era cobrado delas esse desempenho, quer dizer, um resultado concreto ..." (Dep.nº21, p.102).

O controle no tempo e no espaço

A supervisão da reorganização dos dispensários era bastante rígida e impessoal. O manual *Dispensário de Tuberculose* servia como parâmetro para a avaliação: "você tinha que encontrar todas as normas e rotinas de acordo com aquela *bíblia*, tinha que comparar, fazer um levantamento, nós tínhamos indicadores de funcionamento, a pessoa tinha que ter feito tudo aquilo, e você tinha que ensinar também, era assim — *fez ou não fez isso aqui?* se não tivesse feito, tinha que fazer ..." (Dep.nº36, p.162).

O controle das enfermeiras do setor em "missão" nos estados também se fazia mediante o que hoje se chama de supervisão indireta: "a gente tinha que mandar um relatório mensal e depois tinha que fazer um relatório final, quais foram os problemas encontrados, o que tinha sido recomendado e como tinha ficado a situação ..." (Dep.nº18, p.39).

O trabalho de campo era acompanhado e submetido a um *controle de qualidade* rigoroso, antes de poder ser dado por concluído: "pra elas voltarem tinha que realmente tudo ficar pronto, não podiam se afastar sem o serviço ficar pronto". Esta era considerada uma regra fundamental — "ninguém se afastava, a gente ia ver, quem tivesse organizado tudo ia embora, se não, só saía

quando reorganizasse ..." (Dep.nº36, p.153). No caso de reorganizações, havia muitos problemas quanto à duração da permanência da supervisora no estado, tanto no sentido de a enfermeira não esperar a supervisão: "ela se afastou do serviço sem avisar ...", quanto no sentido de a enfermeira não concordar em permanecer no local por mais tempo: "*a supervisora* disse que estava quase tudo pronto, mas não tinham conseguido contratar uma enfermeira, que eu esperasse mais um pouco ..." (Dep.nº18, p.27). Ou até: "quando eu cheguei lá, ela não tinha terminado e queria vir de qualquer maneira ..." (Dep.nº36, p.158). Podia ocorrer que o setor de enfermagem decidisse retirar a enfermeira do estado ou porque ela estivesse "demorando muito" para terminar a reorganização ou até por motivos que não ficaram muito claros para ela: "quando eu estava perto de terminar o trabalho, o diretor da divisão de tuberculose de lá veio ao Rio e [na volta] me disse que estavam querendo mandar me buscar, e eu acabei sendo chamada a voltar pro Rio ..." (Dep.nº2, p.27).

A volta ao Rio com a missão cumprida muitas vezes poderia representar apenas um breve intervalo de preparação para uma nova viagem e também a "missão cumprida" poderia ter vida curta: "nessa capital eu passei o ano quase todo, aqui no Rio eu devo ter passado uns vinte dias, logo me mandaram pra essa outra viagem ..." (Dep.nº8, p.52). Ou em um caso mais duro: "eu entrei em outubro, terminei o treinamento em novembro, peguei um avião, fui pra *cidade*, voltei em fins de março, passei abril aqui no Rio de Janeiro, em maio fui pra *outra cidade*, voltei em fins de junho, em julho fui pra *uma outra cidade*, voltei em março do ano seguinte ..." (Dep.nº18, p.59).

A chefe, as supervisoras e a equipe itinerante

A chefe do setor de enfermagem mantinha com as supervisoras uma relação carregada de ambigüidades, pois era a encarregada de fazer pressão sobre as colegas, para que cumprissem a escala de viagens, para que dessem conta de seu trabalho, apesar de todas as dificuldades, e de apurar suas responsabilidades nos problemas surgidos nos estados. No que se refere às ordens de serviço, no caso, a escala de viagens, continuava a vigorar a etiqueta da escola de enfermagem: "o chefe da SOC nunca mandou diretamente a enfermeira à unidade e sim através da enfermeira responsável pelo setor de enfermagem, geralmente eu dava uma semana pra ela me dar o nome da pessoa que tinha que ir" (Dep.nº20, p.22). Uma ex-supervisora confirma a continuação dessa prática: "a maioria das vezes essas decisões já eram tomadas a nível de direção do SOC com a chefe de enfermagem, que já chegava com o *pacote* de viagem pronto e dizia que estado a gente ia e o que a gente tinha que fazer ..." (Dep.nº8, p.76).

Ser chefe das supervisoras nunca foi tarefa fácil, havendo queixas de ambos os lados, conforme as épocas e as chefes: "a disciplina da Campanha era bem rigorosa, chamava aquela enfermeira pra ir, ela se debulhava em lágrimas, mas ia! tinha gente que não tinha condições de ir, mas ia ..." (Dep.nº5, p.25). Para tanto, a chefe de enfermagem tinha o respaldo do chefe da SOC e até do diretor: "ele (o diretor) deu toda força, e ela usava essa força com unhas e dentes." (Dep.nº30, p.29). Também poderia não ser fácil para a chefe se fazer aceitar pelo grupo: "era

pesado pra mim ter que manter um padrão de chefe de enfermagem, ia pro cabeleireiro, roupa e tudo ... o mais pesado era a pressão de um grupo contra mim, passei a ter dor de estômago, era o *stress* ..." (Dep.nº36, p.176). A dificuldade poderia ser conciliar o grupo e fazer acatar sua autoridade: "elas tinham predileções, de área de supervisão, quando isso não era atendido, ficava um mal estar, eu tinha dificuldade de lidar com isso ..." (Dep.nº21, p.100).

As relações internas, entre as supervisoras, eram complexas: "havia interesses conflitantes, o grupo não era coeso, elas se antagonizavam entre si ... a supervisão implicava em um acréscimo financeiro ... então, as oportunidades de viagens e também a escolha das áreas do Brasil, a briga maior era em relação ao nordeste, porque a maioria das enfermeiras do setor era dessa região, então ... lá conciliava as duas coisas: o trabalho, mas também a família, os amigos e tal ..." (Dep.nº21, p.99-100). Além de tudo, a entrada das novatas poderia acirrar o espírito de competição: "quem chega, quer se firmar, quer garantir o emprego, então tem um empenho maior, quem já está, se sente dona da situação, então a antiga acha muito natural que a outra trabalhe mais e que se esforce mais e que estude mais, mas sempre desperta ciúme, o antigo sempre se sente ameaçado, principalmente quando a nova apresenta um bom desempenho, ou interesse, ou vontade de crescer ..." (Dep.nº21, p.159).

Nos estados, a situação de supervisão entre essas colegas de setor geralmente não era fácil, principalmente para a supervisionada: "eu percebia que havia um *stress*, que era uma situação pesada, era uma hora dura pra gente, também era pra mim que tinha que fazer, tinha que ver, mesmo as que continuaram minhas amigas ... as que não se sentiram bem ficaram minhas inimigas, porque não havia muita concessão ..." (Dep.nº36, p.164-165). Mesmo quando não houvesse problemas, as relações entre supervisora e supervisionada eram tensas: "na primeira supervisão ... a *supervisora*, de livro verde e branco [o manual de dispensário], olhou com uma cara meio debochada — *como é que você conseguiu fazer tudo isso* ... eu disse — *o livro chega a estar ensebado* ..." (Dep.nº18, p.27).

Quando viajavam em equipe, não havia propriamente uma linha de autoridade formal, mas havia uma hierarquia subentendida pelas próprias supervisoras, de acordo com a responsabilidade de cada qual naquele trabalho e até mesmo segundo a experiência e antigüidade no nível central. O caso se refere ao treinamento de uma equipe estadual. Quem conta é uma das três supervisoras envolvidas no programa: "a *supervisora-coordenadora-do-treinamento* estava dando aula, e a *menina* [enfermeira do estado] conversando, quando eu ia demonstrar o preparo da maleta, ela disse que já sabia, aí eu fui áspera com ela e a *coordenadora* falou que não podia ser assim, que tinha que ir com paciência ..." (Dep.nº7, p.30). Os desentendimentos ocorridos nos estados, entre as supervisoras do setor, poderiam terminar de ser resolvidos na sede: "a *colega supervisora* disse que isso era deselegante, que não se costumava trabalhar assim na divisão ... eu calei, ela era mais antiga do que eu, mas eu achava que aquilo não devia ser dito na frente das meninas de São Paulo ... aí ela ficou dias sem falar comigo ... lá na divisão, a *chefe* passou um carão na gente, que isso não era maneira de se trabalhar ..." (Dep.nº7, p.30).

Um temperamento pouco conciliador teria que enfrentar a força da maledicência como forma de controle social: "as enfermeiras que sempre foram mais altivas, tiveram mais dificuldades ... se você tinha coragem de dizer as verdades, as pessoas não gostavam, aí *o pau comia*, podiam não dizer na frente ..." (Dep.nº8, p.78). Ao contrário, havia flexibilidade para acomodar certas situações pessoais: "o fato de eu ter um filho hemofílico, sempre foi muito bem compreendido por todos, diretores, chefes da SOC, chefes de enfermagem, que nunca me incluíram na parte de viagens ... eu fui ficando tolhida e, ao mesmo tempo, desenvolvendo essa parte de administração, de atendimento, de recepção. (Dep.nºI, p.13).

Curicica e o Rezende

Havia muito de rivalidade nas relações entre as equipes do Rezende e de Curicica, principalmente devido ao não reconhecimento, por parte de Curicica da autoridade técnica do nível central: "Curicica se achava como um hospital-escola, um hospital onde se detinha muito saber sobre a tuberculose". (Dep.nº27, p.34). A opinião de alguns era a de que havia uma superioridade da natureza e das condições de trabalho do sanatório: "Curicica tinha condução, tinha roupa, tinha alimentação", ou então: "a maioria das enfermeiras se considerava bastante bem postas dentro do hospital, considerava uma diminuição ir pro Rezende, do ponto de vista técnico ..." (Dep.nº27, p.57). Mas também havia muito também de ressentimento: "em Curicica, se via a sede como um local em que havia privilégios ... *quem está mais perto da fonte, toma água mais limpa* ... tinha mais vantagens, possibilidades profissionais maiores ... lá eram apenas executores, aquele marasmo da rotina, tinha ponto, horário integral, revista de embrulho e aquela distância ... havia o nível que viajava, que tinha direito a cursos, que se projetava em nível nacional, e o nível que ficava marcando passo, fazendo a rotina, *carregando o piano* ... nós trabalhávamos, mas a produção científica era muito daqui, eram muito daqui as ordens ... pra nós, a visão é que o pessoal daqui era de escritório, burocrata, que ficava só nos planejamentos, enquanto a gente estava suando a camisa lá, na hora que precisava organizar hospital, o pessoal daqui pinçava enfermeiras de lá ... então, o ideal de todo mundo de lá era vir pra cá e o castigo daqui era ir pra lá ..." (Dep.nº11, p.38-40). Talvez por isto, a constatação pessoal de uma ex-supervisora que passou por Curicica é de que: "eu acho que havia uma espécie de vingança ... tentaram me mandar fazer coisas extras só porque eu tinha vindo da rua do Rezende ..." (Dep.nº18, p.67).

A autonomia de Curicica em relação ao órgão central era grande, até porque o diretor de Curicica, além de ser ligado diretamente ao diretor do SNT, com quem despachava regularmente, tinha mais prestígio político do que o chefe da SOC, a quem os serviços técnicos eram subordinados. Assim, as enfermeiras de Curicica não gostavam de "receber ordens" da sede. No entanto, a subordinação formal ao setor de enfermagem era mantida: "embora eu trabalhasse com liberdade de ação, todo mês tinha um relatório a ser apresentado ao setor de enfermagem, em última instância eu tinha que levar os casos pro setor, eu recebia as enfermeiras selecionadas pelo setor, a admissão ou transferência não eram feitas por mim ..." (Dep.nº22, p.121). Também as ordens técnicas não eram bem recebidas: "houve ordem do Rezende para implantar aquela rotina de educação sanitária, reunir um número de doentes e fazer aquelas preleções curtas, eu

fiquei um pouco desorientada, as enfermeiras já tinham um tempo tão limitado ..." (Dep.nº22, p.125). Os desencontros entre as enfermeiras dos dois serviços são vistos por um médico da seguinte maneira: "a enfermagem do Rezende conhecia pouco o hospital e um pouco menos ainda a cirurgia — e a enfermagem de Curicica conhecia pouco o dispensário e muito menos a área de programa de controle da tuberculose a nível nacional ... ao invés de haver a soma, a troca de idéias, a busca de soluções, o que havia era separação, distanciamento ..." (Dep.nº27, p.50).

As razões alegadas para sair de Curicica geralmente eram relativas à distância, e depois à falta de oportunidades profissionais: "pedi para sair, que eu gostaria de vir pra mais perto de casa, aí me deram a chefia do dispensário-escola." (Dep.nº30, p.66). Ou então: "fiquei na chefia, uns seis meses, substituindo, mas depois voltei, porque era muito longe ..." (Dep.nº29, p.12). A rivalidades entre os grupos impedia um melhor aproveitamento das enfermeiras: "o pessoal de Curicica não tinha chance de trabalhar no setor [de enfermagem], a escolha era da chefe do setor, os elementos de confiança dela ..." (Dep.nº24, p.32). Quem quisesse ir para o Rezende, poderia preferir tentar a sorte junto a médicos que ela julgasse com prestígio suficiente para interceder em seu favor: "voltei pra Curicica frustrada, mas aí fiquei batalhando ... alguém falou com o novo chefe do SOC, ele falou diretamente com o novo diretor, que ligou e falou pra o diretor de Curicica mandar eu me apresentar na rua do Rezende ..." (Dep.nº7, p.22-23). Quando uma ex-enfermeira de Curicica assumiu a chefia do Rezende, houve possibilidade de enfermeiras de Curicica participarem de atividades promovidas pelo órgão central de enfermagem: "a chefe do serviço me chamou pra ser treinada, nós nos conhecíamos de Curicica, ela tinha pedido duas enfermeiras, eu me ofereci logo, mas houve dificuldade de encontrar uma segunda ... eu não senti nada disso que nós pensávamos, fui muito bem recebida ..." (Dep.nº6, p.32).

O horror aos "de fora"

A percepção do "Rezende" como sua casa e do grupo que ali trabalhava como sua família, fazia da sede da Campanha uma corporação fechada. Em situação de crise, essa união contra os "de fora" superava as diferenças internas, quer se tratasse de outros órgãos do ministério da saúde, de pessoas designadas ou convidadas para ocupar cargos de chefia ou mesmo das unidades de administração direta da Campanha: "a nossa comunidade, a nossa família, foi assim abalada com uma notícia de que o Diretor estava pra sair do cargo ... e a gente não acreditava naquilo, mas o fato é que aconteceu, e foi profundamente triste pra todas as pessoas que trabalhavam naquele serviço e inclusive pra mim também, porque o *novo diretor* era um ilustre desconhecido ali dentro." (Dep.nº15, p.98).

Uma das chefes *que veio de fora* reconhece a dificuldade da situação: "chamar uma de fora sempre implica em criar um certo mal estar no grupo da casa, porque elas se sentem preteridas ...por que fulana de tal e não eu ... sobretudo fulana de tal, que não conhece a Campanha, nunca andou pelo Brasil a fora, não conhece as unidades ..." (Dep.nº21, p.75). Outra que veio de fora relembra: "eu me senti, de um certo modo, rejeitada, porque estava todo mundo, parece muito *chateado*, zangado, porque não foi escolhida uma chefe lá do próprio

serviço, eu não me senti bem recebida, acolhida, pelas minhas colegas, mas era uma situação realmente desagradável, porque de repente vem uma pessoa completamente estranha, de outro serviço, e essa questão de espírito de grupo é um negócio muito forte ..." (Dep.nº9, p.21).

O fenômeno ocorria mesmo, por melhores que fossem as intenções: "quando a *chefe do setor* assumiu, ela fez entrevistas com cada uma de nós, muito gentil, que queria aproveitar a experiência de todo mundo, que estava ali pra unir os dois grupos ... eu tive uma entrevista muito honesta — *olha, se é que existe briga de fato, eu não acredito que você vir pra cá vai conseguir unir esse pessoal* ... depois teve a entrevista com a *supervisora*, foi aquele *quebra-pau*, porque ela disse pra *chefe do setor* que não havia necessidade de vir enfermeira de fora da tuberculose, foi uma briga danada ..." (Dep.nº18, p.75). A colega confirma: "eu fui hostil com ela, eu disse que se ela não deixasse aquilo em tempo, ela não ia agüentar, e ela saiu mesmo, ficou desnorteada ..." (Dep.nº42, p.60). As atitudes da *chefe* vinda de fora hoje são vistas por um prisma diferente: "hoje, eu até entendo a reação dela, ela não era da divisão, estava *passando uma chuva*, lá ..." (Dep.nº8, p.79). No caso de uma supervisora estar em posição de exercer influência sobre um futuro diretor a preocupação primordial poderia ser a de evitar a invasão do espaço por uma enfermeira "de fora": "quando ele foi cogitado pra diretor, eu falei com ele que era importante pra nós que a *chefe* continuasse, pra não vir uma estranha ..." (Dep.nº41, p.71).

Ao se compararem com colegas de outros serviços federais, a avaliação ao final das contas sempre era favorável à Campanha. A principal rivalidade era com as enfermeiras do Sesp, motivo constante de comparações, havendo um certo sentimento comum de injustiça, devido à desvantagem financeira das supervisoras da Campanha: "eu nunca tive inveja, se havia um serviço ... era a fundação Sesp, que sempre pagou bem e até certo ponto foi considerada uma elite ... durante o curso de saúde pública, eu conheci algumas colegas e vi que eram *mais nozes do que vozes*; eu acho que a Campanha ainda foi o melhor trabalho que eu vi nesse Brasil." (Dep.nº15, p.128). Essa diferença de ordenado incomodava muito as enfermeiras da Campanha, ainda mais porque as colegas do Sesp não diziam quanto ganhavam: "eu nem me atrevo a perguntar ..." (Dep.nº18, p.37). Um *sespiano* explica: "era uma recomendação que davam pra todos, não se mostrava a folha de pagamento e eles não diziam quanto ganhavam, tinham medo da reação da população, das autoridades inclusive, porque o servente da unidade ganhava o dobro do que ganhava o prefeito da cidade ..." (Dep.nº26, p.40). Outro comentário, um tanto ácido é o de que: "ambos os serviços davam oportunidade de trabalho a seus profissionais, só que o Sesp era uma administração complexa e fechada, de fora não entrava nada, era um caramujo ..." (Dep.nº41, p.48).

A atuação da Campanha junto às secretarias também lhes parecia mais eficiente: "na época que eu cheguei, a *supervisora da FSesp* estava lá pra organizar o centro de saúde, naquele sistema cooperativo da fundação Sesp, que não entrava dinheiro, entrava só com a assessoria técnica, ela estava ali há três meses e começou a dizer que eu não ia conseguir nada, eu disse — *eu vou arrumar esse dispensário, e rápido, se não eu vou ficar aqui o resto da vida* ... no dia da inauguração eu tinha feito tudo, e ela só tinha conseguido colocar um balcão pra fazer o fichário central ... mas eu tinha um poder que ela não tinha ... eu tinha dinheiro ..." (Dep.nº18, p.30e36). Poderia haver uma boa cooperação com outras enfermeiras federais: "tinha duas enfermeiras da

DOS [Divisão de Organização Sanitária] organizando o mesmo centro de saúde, a gente se entrosava muito, eu não fiquei somente em tuberculose e ela me ajudava no dispensário também ..." (Dep.nº1, p.17). As relações com as enfermeiras estaduais pareciam mais difíceis do que com as do ministério da saúde. As enfermeiras da secretaria poderiam já ter se acomodado à inoperância do sistema: "o dispensário tinha três enfermeiras, uma tomava conta da rouparia, outra fazia o PPD e outra fazia a estatística ..." (Dep.nº18, p.40). Outro depoimento sobre o mesmo serviço: "eu me choquei, as enfermeiras estavam fazendo crochê, elas eram super-ociosas ..." (Dep.nº1, p.22).

O órgão central de enfermagem e a periferia

A visão de uma enfermeira que trabalhasse em um estado, mesmo que pertencendo à Campanha, é a de uma grande centralização: "havia um nível central, sediado no Rio de Janeiro, que era realmente a Campanha ... a Campanha mantinha estrategicamente hospitais em vários estados, que ela administrava diretamente, quer dizer, ela indicava os diretores, os enfermeiros [na verdade enfermeiras], havia orçamentos próprios, além de outros hospitais que simbolicamente eram do estado, mas na verdade eram da Campanha, porque tinham verba própria, pessoal da Campanha e todo um relacionamento administrativo, de suprimento de remédio e até de supervisão, que era com a Campanha e não com o estado ... quando começou-se a implantar as unidades dispensariais, o centro de saúde não queria nem saber de tuberculose ... tuberculose era com o dispensário, é como se apenas o espaço físico fosse da secretaria ..." (Dep.nº34, p.9-10).

Quando a supervisão ocorria entre a supervisora do nível central e uma enfermeira da Campanha lotada em um dispensário ou sanatório, o sentimento da supervisionada quase nunca era o de que estava recebendo ajuda. A visita de supervisão quase sempre ficava a desejar, seja pelo interesse insuficiente, seja pelo excesso de energia, dependendo do estilo da administração de cada época: "era mais uma visita, um passeio, não dava pra sentir aquela preocupação com a enfermagem, ela ia sempre com um médico da sede, ela era muito homenageada pelos doutores, e o tempo pra nós não existia ... não tinha efeito nenhum, não alterava nada, eram visitas amistosas, sob o ponto de vista do trabalho, nada modificava ..." (Dep.nº42, p.23-24). Ou ao contrário: "eu tinha um pavor imenso daquelas supervisões, elas chegavam e *cascavilhavam* tudo, do trabalho da gente, depois vinham as perguntas ..." (Dep.nº8, p.28). A imagem de uma *chefe do setor* ou mesmo de uma *supervisora*, para uma enfermeira da Campanha lotada em um serviço num estado, era a de um enorme distanciamento hierárquico: "a *chefe do setor* era muito *posuda*, muito *alinhada* ..." ou então "a *supervisora* era uma pessoa assim, muito superior, e eu era assim, uma subordinada" ou ainda "elas eram muito poderosas e a gente muito pequenininha ...". (Dep.nº 8, p.29). As relações com o dispensário-escola eram tensas: "existia um desconforto muito grande entre o pessoal do setor de enfermagem e as enfermeiras do dispensário-escola, não havia um bom entendimento, eu penso que elas achavam que estavam tão perto e só recebiam ordens, eternamente ..." (Dep.nº1, p.41).

A correspondência trocada entre o setor e as unidades poderia ser bastante formal e inócua, tanto no que se refere a sanatórios como aos dispensários: "aquela supervisão indireta, através de um boletim, que ia pra lá e vinha pra cá — por que você não controla os comunicantes, por que o número é esse e não esse? e você tinha que cumprir aquela coisa, você não tinha coragem pra sair daquilo, o pessoal consultava o manual, eles tinham aquele manual como uma *bíblia* ... eu comecei a ver que o manual tinha coisas que eu estava em desacordo e inclusive com algumas coisas que já tinham sido discutidas no treinamento ..." (Dep.nº34, p.14). As normas para a reorganização e o funcionamento dos dispensários, elaboradas pela Comissão Técnica em 1958, só foram modificadas oficialmente em 1970, por iniciativa da SOC. Assim, as normas padronizadas para todo o país, e em relação às quais era feita a supervisão, muitas vezes não resistiam ao teste da realidade: " eu fui uma pessoa até certo ponto rebelde com determinadas normas ... o famigerado fichário de comunicantes, você ter que abrir uma ficha antecipada pra esperar um camarada que não ia chegar nunca ... nós tínhamos na capital uma só unidade, que tratava a tuberculose do estado todo e de municípios da fronteira do estado vizinho ... por mais trabalho educativo que você fizesse, realmente a pessoa não chegava ... quando eu tomei consciência de que eu não tinha condição, e eu tinha razões e tinha argumento, eu tomei a decisão de centrar meu trabalho no controle do doente, que estava com uma forma aberta e que ia disseminar, e aí mantive o abandono do dispensário em torno de 10% e daqueles que estavam na área do dispensário, onde eu podia mandar uma visita domiciliar, uma carta, procuramos manter em torno de três a cinco por cento ..." (Dep.nº34, p.7-9).

Com os olhos de hoje, a prática da supervisão apresenta muitos pontos negativos: "naquela época a supervisão era uma espécie de fiscalização, não via o supervisionado como sujeito daquele processo, a supervisão não era participativa, alguém vinha te cobrar alguma coisa, vinha te recriminar, não via a qualidade, via a produção, uma coisa antipática, trazia *stress*, as pessoas chegavam a adoecer, as limitações do supervisionado eram encaradas como irresponsabilidade ou como incompetência, praticamente só detectava falhas e às vezes elas não eram discutidas, e aquele problema que o supervisor não tinha condições ou não sabia como resolver naquele momento, era levado pra discutir, mas o *feed-back* não voltava ..." (Dep.nº34 p.77). Contudo, ainda são creditadas algumas vantagens à visita de supervisão: "a gente não pode nem condenar o supervisor daquela época, porque você nunca dá aquilo que não recebeu, e aquela foi a forma como ele aprendeu, agora ainda assim, com essas falhas, a supervisão de uma certa maneira dava uma ajuda, orientava, dizia o que você tinha que fazer ..." (Dep.nº 34, p.79).

A falta de garantias

O pavor era ser mandada por tempo indeterminado para um estado ou ir para Curicica, podendo ser difícil decidir o que seria pior: "queriam me transferir de vez *pro sul*, eu não aceitava, que eu não tinha família lá ..." (Dep.nº42, p.58). Ou então "eu já não estava com vontade de trabalhar nessa administração e eu não queria ir porque era muito frio, ela ia me dar duas escolhas, ou eu iria *pro sul* daí a uma semana ou eu passaria a trabalhar em Curicica, então eu resolvi ir pro sul ..." (Dep.nº1, p.33). Uma ex-chefe do setor explica: "sair do setor pra ir

trabalhar em Curicica, deixar de ser supervisora de âmbito nacional, ir *bater com os costados* em Curicica, pra ser sujeita à escala de manhã, tarde e noite, numa distância enorme, era uma verdadeira paulada na cabeça, se fosse para lá era um castigo ..." (Dep.nº21, p.120). Uma supervisora confirma: "Curicica era o *fim da picada*, trabalhar em Curicica era assim um retrocesso profissional, eu não tinha mais condições de trabalhar daquele jeito, uma rotina muito apagada de trabalho, você não tinha nem oportunidade de ser enfermeira, você era burocrata, a gente tinha uma outra visão e uma outra conotação de trabalho de enfermagem ..." (Dep.nº41, p.56). A ida para Curicica poderia ser efetuada por etapas e também poderia ser revertida instantaneamente por uma mudança política: "eu vim pra rua do Rezende, fiquei uns dois meses e fui pra Curicica, assim como se fosse pra observar, e então eu fui convidada pra assumir a chefia, fui apanhada de surpresa, eu discordei, mas era pra ir mesmo, e eu fui ... foi difícil, o pessoal todo descontente e eu sabia que eu não ia consertar, e não era minha intenção ficar lá, fiquei nove meses, aí voltei pra rua do Rezende, que a chefe do setor já era outra ..." (Dep.nº42, p.44).

As decisões da chefia poderiam parecer um tanto arbitrárias, mesmo porque suas razões nem sempre eram discutidas com a inte-ressada: "eu disse pra *chefe do setor* — quero ir para o estado e ela disse — não, você vai transferida pro dispensário de Nilópolis ... e quando ela voltou disse — você não vai mais pra Nilópolis ... você vai para o estado ..." (Dep.nº2, p.30-31). Uma alternativa à saída do setor era a de fazer uma composição com o novo grupo, estabelecendo, até certo ponto, relações de cooperação: "até que não era muito alijada, porque eu era amiga da *chefe do setor*, pra me manter ..." (Dep.nº8, p.64). A falta de confiança da chefe do setor na supervisora poderia trazer para ela situações equívocas e constrangedoras: "a nova *chefe de setor* chegou, foi tomando conhecimento das coisas ... e eu *no ora veja* do dinheiro, querendo viajar, e as viagens não saíam ... aí a *chefe do setor* me chamou pra saber por que eu queria tanto viajar ..." (Dep.nº8, p.39-40). A supervisora poderia ser mantida à distância por um longo período, sem que a necessidade de permanecer no estado ficava clara para a supervisora: "eu fui pra cidade certa de que ia ficar com a *colega* até o final, quando eu estava com um mês lá, recebi o aviso de que eu ia terminar o treinamento e viria embora, porque eu ia pra *outra cidade*, fui pra lá e aí quando estou com o serviço pronto, com enfermeira treinada, ligando pro setor — *permaneça mais aí, permaneça mais aí* ..." (Dep.nº18, p.55). Ser da confiança da chefe do setor era essencial para que a supervisora pudesse ter uma posição confortável na Campanha, para garantir um desempenho com uma certa autonomia e até para a permanência mesma no nível central: "quando mandaram me buscar pro Rio, isso me doeu muito, porque eu já estava pra *colher os louros*, quando eu cheguei no Rio, parecia um mal estar muito grande, que eu não entendia, uma coisa meio velada, uma atitude muito estranha comigo ... e eu não tinha feito nada ... pelo contrário, foi muito sacrifício, muito esforço no sentido de acertar ..." (Dep.nº2, p.27-28). Havia casos semelhantes: "passei Natal e Ano Novo lá, quando cheguei, terminei o relatório e passei quinze dias no setor sem nenhuma atividade, eu senti que havia qualquer coisa no ar, tinha alguma coisa diferente, que eu não conseguia entender ... a única coisa que eu tinha feito era ter procurado fazer o serviço direito ..." (Dep.nº18, p.57).

As variações no ambiente corriam por conta da conjuntura política da instituição: "é uma vida da gente, ali ... teve épocas muito boas e teve épocas que foram muito difíceis na divisão

e o *astral* não era bom, a gente sentia um pouco de perseguição ..." (Dep.nº8, p.83). O retorno à sede poderia causar estranheza: "quando eu cheguei na seção de enfermagem, eu via um grupo em uma sala com a chefe e na outra sala outro grupo ... e não existiam tarefas pras pessoas deste lado, um ambiente pesadíssimo ..." (Dep.nº1, p.51-52). Essa situação de discriminação interna ocorreu quando uma chefe do setor não se sentiu em condições de afastar as supervisoras que não estavam no momento ligadas ao grupo do poder: "o grupo das *alijadas*, não davam serviço pra gente, ninguém mais viajava, ninguém fazia nada ..." (Dep.nº8, p.63). As mudanças eram contínuas, ao sabor dos acontecimentos políticos: "quando retornei à divisão, não era mais a *chefe do setor*, ficou uma substituta, aí eu fui já ser supervisora [*das supervisoras*]" (Dep.nº1, p.40). A situação poderia mudar rapidamente, passando de um iminente pedido de demissão a uma volta *por cima*: "uma enfermeira disse — *não peça demissão agora, porque nós vamos ser enquadradas* ... dei entrada no papel pra ir pra Curicica, e o enquadramento saiu logo a seguir e aí o *diretor de Curicica* assumiu a direção do serviço e me pediu pra voltar ..." (Dep.nº18, p.57-58).

O seu grupo e os revezes políticos

Cada supervisora tinha sua rede de relações com pessoas influentes no serviço e de uma forma um tanto ingênua e quase que automática, se *filiava* a determinado grupo de médicos, entre os que lutavam pelo poder, mantendo uma fidelidade a este grupo, que lhe garantia uma posição na instituição: "aqui no Brasil as pessoas não medem pelo que a pessoa faz ... é o amigo, a mulher, a amante, a filha, enquanto você ficar na *patota* ... fica naquele grupo e acabou ..." (Dep.nº36, p.186). Esse alinhamento com o grupo poderia ocorrer mesmo às custas de uma inimizade com uma colega: "eu achava que se eu fazia parte daquele grupo, como chefe, eu não poderia chegar e dizer pra ela ... é por causa disso que esses *caras* não te querem aqui, não sou eu ..." (Dep.nº36, p.177). Alguns médicos reconhecem a influência que exerciam em relação às enfermeiras; referindo-se ao entrosamento dispensário-sanatório um deles diz: "a gente reagiu muito; eu tenho a impressão que aconteceu a mesma coisa com as enfermeiras, quer dizer, transferido pra enfermeira ..." (Dep.nº11, p.66). Algumas enfermeiras também reconhecem a influência de alguns médicos sobre elas: "as enfermeiras tomavam partido, a gente recebia aquilo como uma ofensa e ficava aquela disputa, quantas colegas ficavam inimigas, por falta de maturidade, por falta de conhecimento político, por falta de decisão dentro do próprio grupo ..." (Dep.nº42, p.69).

As relações pessoais também poderiam modificar e até superar as relações hierárquicas e mesmo certas vantagens poderiam ser conseguidas em caráter de exceção, desde que respaldadas por quem detivesse autoridade suficiente, mesmo à revelia dos chefes mais próximos: "*o chefe da SOC* sentia um certo mal estar, que vez por outra ele me encontrou no gabinete do *diretor*, minha ligação com o *diretor* era muito próxima, muito antiga, de confiança mútua, todo mundo sabia disso ..." (Dep.nº21, p.137). Ou então: "eu me inscrevi e fui fazer o curso por conta própria, mas eu só tinha um mês de férias, então eu procurei o *supervisor*, meu *porto-seguro* e pedi a ele pra ver o que ele podia fazer, aí ele entrou em contato com o *diretor do sanatório* ..." (Dep.nº8, p.37).

Como trabalhar no *Rezende* dependia do convite ou pelo menos do assentimento da chefe do setor de enfermagem, em épocas de mudanças políticas, as enfermeiras participantes do grupo que estava prestes a cair tratavam de se colocar fora do alcance das colegas que assumiriam o poder: "quando eu vi que ia haver mudança, eu pedi logo minha transferência ... bom, eu já tinha aquela experiência do tempo do *diretor de divisão* demitido, lá ... e eu não queria ficar com esse grupo aí ... se quando eu era chefe era difícil lidar com elas, imagine de baixo!" (Dep.nº36, p.193-194). O depoimento de quem assistiu os acontecimentos é o de que: "quando o *diretor* subiu houve uma debandada geral, o grupo que estava não concordou em trabalhar com *ele*, por política ... se era porque não gostava do *diretor*, se era porque não aceitava a saída do *ex-diretor*, eu não sei ... eu acho que a posição política do *ex-diretor* não teve nenhuma influência, a maneira como ele conduzia as pessoas, sim ... *ele* é muito vingativo" (Dep.nº18, p.78-80).

Quem fosse apanhada desprevenida ou não conseguisse se safar, poderia ter razão em temer as conseqüências: "o problema político já estava estourando aqui no Rio e eu lá trabalhando, eu não sabia de nada, eu penso que a coisa já estava *fumaçando* por aqui e realmente eu não estava entendendo *bulhufas*, as pupilas do *chefe da SOC* já haviam voado e eu fiquei lá, sobrou pra mim, não é ..." (Dep.nº2, p.32). E outra: "entrei de férias, quando voltei havia mudado todo o panorama da divisão, o diretor havia saído, o grupo com quem eu trabalhava não estava mais ... *um médico amigo ainda* pediu minha transferência pro dispensário que ele estava chefiando, ele também tinha saído dessa administração ... e a *chefe do setor* não permitiu ..." (Dep.nº1, p.33).

A descoberta de pertencer ou não a certo grupo poderia constituir uma surpresa: "ali é que eu comecei a sentir que havia dois grupos na divisão, que abrangia médicos e enfermeiras e todos os outros profissionais ..." (Dep.nº18, p.62). Depois de abalado seu bom conceito a supervisora poderia ficar *marcada* por certo grupo de médicos e esta prevenção poderia ser transmitida ou mesmo confundida com uma atitude das colegas: "ela nunca entendeu isso, na cabeça dela fomos nós, aquele negócio de competição de mulher ..." (Dep.nº36, p.171). A clara percepção de uma ex-supervisora é a de que a força "dependia de com quem você criava caso ... é uma luta de poder, é um confronto, então você não podia brigar com quem dava apoio a eles ... já no tempo em que nós nem existíamos na luta contra a tuberculose, eles já tinham o grupo deles, já faziam política, já tinham uma briga deles e nos Congressos [de tuberculose] o *pau quebrava* mesmo ... e tinha o pessoal que estava começando e eles tinham interesse em conquistar pra área deles, se você brigasse com um deles, conforme essa hierarquia que dava apoio a eles, você realmente perdia, assim como qualquer enfermeira que brigasse conosco naquele momento, ela rodava também ..." (Dep.nº36, p.183).

Conclusão

A socialização da enfermeira na CNCT apresenta semelhanças com o processo de inculcação de normas e valores vivenciado pelos funcionários de um grande banco privado, que

foi descrito por Segnini (1988). Os pontos comuns em ambos os processos são: a origem modesta dos atores sociais, a esperança da mobilidade social ascendente, a instabilidade no posto, a obsessão institucional pela padronização de métodos, técnicas e mentalidades. Os recursos utilizados para levar a termo a tarefa de moldar os indivíduos de acordo com os interesses das instituições são um poderoso apelo moral, as técnicas disciplinares e os esquemas de controle à distância. Enquanto que nas escolas de enfermagem, os atores sociais deste estudo vivenciaram o lado da pessoa internada em uma instituição total, mais tarde, quando enfermeiras de sanatório de tuberculose, sua vivência viria a ser a de participante do "grupo de funcionários" que impõe as regras em tais instituições. Para muitas enfermeiras, formadas no interior, a viagem para receber treinamento no Rio, capital do país, tinha um caráter simbólico de "banho de civilização", que favorecia a aquisição de maior desenvoltura social.

Dentre as enfermeiras da CNCT, que se auto-denominavam supervisoras, lotadas na sede nacional da Campanha, no Rio de Janeiro, diferenciavam-se as supervisoras das enfermeiras da equipe itinerante, estas admitidas com a destinação específica de reorganizar dispensários de tuberculose. O intensivo treinamento recebido pelas supervisoras tinha a duração necessária não só para o treinamento técnico-científico, mas também para a assimilação dos valores e ideais da Campanha. Na sede central da Campanha, as enfermeiras formavam um grupo muito coeso, resistente ao ingresso de pessoas de fora, e que considerava seu desempenho superior ao de outros grupos de enfermeiras do ministério da Saúde. A hierarquia de poder e prestígio no âmbito da Campanha se distribuía em várias instâncias de decisão; no que se refere à sede central e o sanatório de Curicica, havia um clima de competição e rivalidade e apesar de que a primazia das decisões coubesse primeiramente ao nível central, o setor de enfermagem tinha pouca ascendência sobre o grupo de enfermeiras de Curicica.

As supervisoras se agrupavam em torno de lideranças médicas, verticais, por critérios de experiências positivas ou negativas de trabalhos anteriores e por critérios afetivos: o médico que se relaciona bem com as enfermeiras, o médico que dá valor ao serviço de enfermagem, aquele que ouve a enfermeira, o que reconhece as falhas e os erros de seus colegas, o protetor das profissões paramédicas etc. Não havia um agrupamento horizontal entre as paramédicas. Quando um grupo de médicos caía (por motivos políticos), as enfermeiras de sua confiança também caíam, embora não tivessem ligações políticas externas à Campanha.

2. ESTÁGIO: DES(CONS)TRUINDO O MITO DA TUBERCULOSE

1. A SUPERVISORA: SABER E PODER

Introdução

Este capítulo discute as condições em que a enfermeira pode ocupar um papel de destaque na implantação do projeto da CNCT e a complexa rede de interesses envolvidos em sua posição e atuação. Os depoimentos que aparecem nesta seção ilustram os seguintes aspectos: o elevado prestígio do setor de enfermagem; o respaldo institucional dado às enfermeiras em missão nos estados; o caráter afetivo das relações institucionais entre as enfermeiras e a CNCT e o funcionamento de um complexo sistema de recompensas e punições que reforçava o cumprimento das normas da Campanha.

Como diz Roberto Machado, ao comentar a obra de Foucault "o saber funciona na sociedade dotado de poder — e enquanto é saber que tem poder. E explica essas relações recíprocas: "não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder", e reitera: "todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber ... em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder". Comenta Machado: o que interessa ao poder "não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações, para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades ... o poder disciplinar não destrói o indivíduo, ao contrário ele o fabrica." (Machado, *in* Foucault, 1985, p. XV-XVI e XX).

É na relação dialética entre saber e poder que podemos encontrar uma explicação para as formas sob as quais a enfermeira-supervisora da Campanha exerceu o poder e a intensidade com que pôde exercê-lo em diferentes momentos e situações. A presença constante da supervisora nos estados, na impossibilidade de se fazer com que os médicos do Rezende viajassem, atendeu à "necessidade do poder se tornar competente", ao tempo em que o exercício mesmo desse poder que lhe foi delegado permitiu-lhe alcançar o "domínio do perito", cumprindo a previsão de que "todo agente do poder vai ser um agente de constituição do saber, devendo enviar aos que lhe delegaram um poder, um determinado saber correlativo do poder que exerce". Dessa prática decorreu a formação de um saber específico, elaborado na prática e "dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder". (Machado *in* Foucault, 1985, p. XXI-XXII).

A supervisora nos estados, na qualidade de representante da Campanha, tinha mais poder do que a autoridade de seu próprio cargo poderia lhe conferir. Considerando que o poder da supervisora estava limitado pela suposta autonomia das unidades federadas e por seu estatuto profissional de enfermeira, seria mais apropriado falar na força da supervisora, enquanto potência para produzir as modificações desejadas nos serviços de tuberculose, pois a força "não significa necessariamente a posse de meios violentos de coerção, mas de meios que permitam influir no comportamento de outra pessoa". (Lebrun, 1984, p. 11-12). Essa "força" que a supervisora tinha se revestia de um caráter muito particular — era força para fazer funcionar, para cumprir o estabelecido, para dar apoio, para reproduzir os recursos humanos, para garantir as metas, esperando-se dela inclusive sugestões para o melhor funcionamento do sistema. Mas esse tipo de saber, em nenhum momento, poderia ser igualado ao saber médico, o único reconhecido como verdadeiramente científico, portanto a supervisora nunca poderia questionar os princípios subjacentes à Campanha e nem mesmo seus objetivos gerais, constituindo-se pois seu saber em um dos modos de "saber dominado", ou seja, "saberes que foram desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados". (Foucault, 1985, p. 170).

Assim é que a intervenção das supervisoras nos estados se dava através do exercício de uma autoridade delegada, já que seu discurso era enunciado a partir do discurso emanado da Comissão Técnica ou da alta administração do poder central. Daí a importância capital da supervisora na elaboração e difusão de normas e procedimentos, padronizados, o que lhe facultava o controle técnico do trabalho dispensarial, mediante uma supervisão de alto impacto prático, e não só no serviço de enfermagem, mas e principalmente no serviço médico, pois permitia que a enfermeira pudesse avaliar com segurança o desempenho do médico.

Quando em missão em uma unidade, a supervisora tinha que dar conta da difícil tarefa de cumprir as determinações do poder central, apesar dos interesses locais que estivessem sendo contrariados por sua própria intervenção, e sem que as tensões existentes chegassem a se transformar em impasses político-administrativos, o que inviabilizaria todo o seu esforço e também o projeto da Campanha, o qual tinha por dever fazer vingar. A atuação enérgica da supervisora e o ímpeto com que fazia sua intervenção, freqüentemente criavam uma área de atrito entre ela e o médico do serviço local. Quando isto ocorria, o poder central procurava contornar a situação, se necessário e possível, pela substituição do médico, pela simples retirada da supervisora e interrupção dos trabalhos ou pela substituição da supervisora por outra que continuaria de onde a primeira havia interrompido.

Tais situações lhe exigiam além de capacidade técnica, habilidades políticas para contornar situações e mesmo muita coragem e aptidão para resistir a frustrações, por vezes intensas e demoradas. Para que a situação não se tornasse de todo insuportável para a enfermeira e portanto fora do controle do nível central, havia mecanismos compensatórios, constituintes do assim denominado "poder disciplinar". A enfermeira do nível central da CNCT gozava de vantagens e privilégios que lhe eram outorgados como representante do poder central nos estados, funcionária executiva da política do órgão, agente principal da implantação de uma nova ordem nos serviços estaduais de saúde, instrumento de difusão e das normas propostas pela

campanha e de reprodução de recursos humanos padronizados. No entanto suas possibilidades eram claramente delimitadas por fatores independentes de sua vontade ou competência e ligados tanto à política interna da Campanha como às políticas locais.

O saber gerado no cotidiano do trabalho de supervisora se superpunha ao saber mais geral, compreendido pelos conhecimentos por elas aprendido nas escolas de enfermagem: a arte de cuidar, incluindo os procedimentos técnicos baseados em princípios científicos, buscados primeiramente na área das ciências bio-médicas e depois na área das ciências sociais; as normas e rotinas administrativas que davam suporte ao funcionamento dos serviços hospitalares; e a formação ético-moral que garantia a credibilidade do serviço de enfermagem e da profissão mesma.

A aprendizagem das recém-ingressadas na Campanha ocorria nas fontes geradoras do modelo de luta antituberculose: primeiro, Niterói, depois Rio ou Recife. A vinda à sede das que se formaram no interior representou para todas essas a primeira viagem à capital do país e portanto o *banho de civilização* que favorecia a aquisição de uma maior desenvoltura social. O treinamento recebido no Rio representava um crescimento profissional orientado diretamente para os propósitos da instituição. Além da aprendizagem de normas e procedimentos especializados, incluía a formação de uma mentalidade padronizada em relação à missão institucional. Por isso o treinamento, além de intensivo, tinha a duração necessária à assimilação desses valores.

A especial atenção prestada à preparação da supervisora era reforçada com frequência por um programa mais ou menos sistemático de educação continuada, ocorrido dentro ou fora da instituição: participação em congressos e seminários, cursos de atualização, conferências e palestras, estágios e visitas de observação, no Rio ou nos estados. No âmbito da Campanha a principal fonte fornecedora de conteúdos para um discurso homogêneo era a Comissão Técnica, com suas normas e pareceres e cujas recomendações eram publicadas na Revista do serviço, que se constituía em importante instrumento de difusão do saber sobre a tuberculose. Fontes também da maior importância eram os congressos de tuberculose e os seminários estaduais desenvolvidos pela Comissão Técnica. Dos cursos multiprofissionais promovidos pela SOC, visando principalmente o pessoal das secretarias estaduais de saúde, também participavam enfermeiras da Campanha, a título de treinamento ou de atualização; as supervisoras participavam ativamente do planejamento e desenvolvimento dessas atividades como professoras ou coordenadoras e acompanhavam praticamente todo o curso, para fins de controle e avaliação, o que resultava ainda em constante atualização. A influência direta e contínua do chefe da SOC, exercida através de reuniões formais, grupos de trabalho, consultas informais, tinha grande força potencial, porque incidia exatamente sobre tudo o que se relacionasse com as viagens, função precípua da supervisora. As principais fontes de aquisição de novos conhecimentos de enfermagem emanavam da Revista Brasileira de Enfermagem, também trimestral, e dos Congressos Brasileiros de Enfermagem realizados anualmente. Esses conhecimentos, produzidos na sua maior parte por docentes das escolas de enfermagem da região sudeste, revestiam-se de um caráter complementar aos conhecimentos específicos sobre tuberculose. Esse saber, de cunho científico-pragmático, era decodificado e detalhado pelo setor de enfermagem, sob a forma de

diretrizes operacionais, normas e rotinas de serviço, que serviam de base de sustentação ao discurso e à ação da supervisora e às quais se relacionava sua atividade de ensino e pesquisa.

A divulgação da produção científica das supervisoras se fazia com grande destaque e frequência, tanto pelos canais referentes à tuberculose quanto pelos canais referentes à enfermagem e, além do objetivo de contribuir para o conhecimento de ambas as áreas, fazia parte de uma estratégia de incentivo ao trabalho da supervisora e de promoção institucional. A divulgação do papel e funções da enfermeira na luta contra a tuberculose eram oportunidades altamente valorizadas pela direção e praticamente nenhum convite foi recusado. Assim, os incentivos profissionais, sob a forma de oportunidades de educação continuada, tinham o triplo caráter de *reciclagem* do *capital humano*, de gratificação afetiva e de promoção institucional.

A manutenção de um alto nível de engajamento à profissão e à Campanha, sem perda da motivação para o trabalho e com um crescente rendimento em termos de resultados, era obtida por duas vias: um processo educativo permanente e um sistema de recompensas e sanções. Neste, os incentivos, de ordem financeira, moral e psicológica atuavam de modo bem mais forte e potente do que as punições, estas existentes muito mais no plano das possibilidades. Se o trabalho de manter uma rede nacional de serviços funcionando dentro dos padrões estabelecidos pela Campanha era difícil e *stressante*, ele era também essencial à sobrevivência da própria Campanha. Daí decorria que, uma vez estando garantido esse controle, sobre o qual não havia discussão possível entre fazer e não fazer, fora isso, quase tudo o mais era permitido à supervisora configurando-se uma "ideologia de conciliação e cordialidade" (Cerqueira Filho, 1988, p. 46).

Ao contrário da organização burocrática descrita por Max Weber, onde ocorre "a eliminação do amor, do ódio, e de todos os elementos sensíveis puramente pessoais, de todos os elementos irracionais, que se subtraem ao cálculo" e também "do chefe das organizações antigas, movido pela simpatia pessoal, o favor, a graça e a recompensa ... um especialista rigorosamente objetivo e tanto menos interessado nas coisas propriamente humanas quanto mais complexa a civilização de referência" (*in* Moura, 1978, p. 70), na Campanha esse padrão impessoal, racional e legal, próprio às relações hierárquicas nas organizações burocráticas, era alterado por uma certa *pessoalidade* das relações, sedimentadas ao longo dos muitos anos de serviço público e facilitadas pela homogeneidade sócio-cultural do grupo. Como diz Sérgio Buarque de Holanda: "No Brasil, onde imperou, desde tempos remotos, o tipo primitivo da família patriarcal, o desenvolvimento da urbanização ... ia acarretar um desequilíbrio social ... [pois] não era fácil aos detentores das posições públicas de responsabilidade, formados por tal ambiente, compreenderem a distinção fundamental entre os domínios do privado e do público. Assim, eles se caracterizam justamente pelo que separa o funcionário *patrimonial* do puro burocrata conforme a definição de Max Weber. Para o funcionário patrimonial, a própria gestão política apresenta-se como assunto de seu interesse particular; as funções, os empregos e os benefícios que deles auferem, relacionam-se a direitos pessoais do funcionário e não a interesses objetivos, como sucede no verdadeiro Estado burocrático ..." (Holanda, 1984, p. 105-106).

Esse tipo de relacionamento suavizava a convivência, ocultava os conflitos de interesses e apresentava um aparente consenso quanto ao principal, isto é "as necessidades do serviço", ou seja, a luta contra a tuberculose. O apelo à lealdade aos ideais da Campanha ou mesmo à esta ou aquela figura, mais ou menos carismática, é reforçado pela benevolência da administração no atendimento das necessidades das supervisoras, bem como pela lembrança à solidariedade da instituição em momentos de crise pessoal, dando mostras enfim de uma "autoridade cortês e benevolente ... [pois] o poder moderno não é mais essencialmente uma instância repressiva e transcendente, mas uma instância de controle, que envolve o indivíduo mais do que o domina abertamente ..." (Lebrun, 1984, p. 116).

O reforço às qualidades *femininas* da supervisora era favorecido pelo fato de que a subordinação do setor de enfermagem, na estrutura organizacional, se fazia a órgãos chefiados exclusivamente por homens, sanitaristas e cientistas, de uma posição atual de classe superior à sua, e que, além disso, mantinham no serviço normas de convivência extremamente respeitadas e até mesmo refinadas (como aliás os professores-médicos das escolas de enfermagem e dos hospitais de ensino tratavam as enfermeiras-professoras).

A dedicação extremada ao serviço e o empenho colocado na missão que lhe fosse confiada, no caso da enfermeira da Campanha, além de terem contrapartidas nas motivações de ordem moral e psicológica, cultivadas desde o tempo de escola de enfermagem, reforçadas à sua entrada na Campanha e fortalecidas através o tempo, mas também em recompensas mais objetivas para quem obedecesse às regras da casa e do grupo que estivesse no poder: escalas de viagem mais atraentes, de acordo com o interesse da supervisora, em termos de região geográfica, expectativas favoráveis à realização do trabalho quanto à situação local, facilidades de hospedagem e alimentação, grau de autoridade delegada recebida, respaldo institucional em situações críticas, duração da viagem, autorização para participar de atividades científico-culturais, etc.

Merece tratamento especial por parte da direção central a área de atrito permanente com os médicos, em que a administração busca uma meia conciliação, dando certas demonstrações de apoio às supervisoras, em âmbito mais ou menos restrito, o que lhes permitia manter a supervisora em pleno funcionamento e praticamente intacta a situação geral. Funda-se assim um pacto para a conservação do sistema, segundo padrões ideais, nos quais a supervisora é leal à instituição que, por sua vez, procura zelar pelo seu bem-estar. À dependência econômica da supervisora soma-se o controle político e ideológico que evita aspirações de mudança. Quando havia um problema maior a ser resolvido, o apoio da enfermeira-supervisora e do médico-supervisor poderia ser decisivo no enfrentamento das dificuldades com o médico local, principalmente quando este também pertencesse à Campanha. A enfermeira da Campanha poderia ainda resolver o assunto diretamente com a sede, com a chefe de enfermagem, o chefe da SOC ou até mesmo com o próprio diretor do serviço.

Na opinião geral das supervisoras, bem melhor seria que as coisas andassem conforme o desejado, isto é, que mediante todas as explicações e demonstrações de boa-vontade e de boas-intenções, o plano de trabalho fosse não só aceito, mas apoiado; mas se infelizmente isso não

fosse possível, as coisas teriam que acontecer de todas as maneiras. Se a fonte dessa força nem sempre era bem compreendida pela supervisora, era claro para elas que a padronização de normas e procedimentos, que se refletia num discurso também padronizado, eram elementos essenciais ao seu bom desempenho.

Toda a atenção da enfermeira estava voltada para o problema específico da tuberculose; se esta diminuía a qualidade global da assistência, ao mesmo tempo garantia um alto grau de eficiência e eficácia, no que se refere ao controle da tuberculose. Além de formar um mundo à parte pela dedicação especializada e exclusiva à tuberculose, o próprio regime de trabalho e de remuneração imprimia um estilo de vida característico ao universo da Campanha Nacional Contra a Tuberculose.

A primazia do serviço de enfermagem

Um médico que testemunhou o desenvolvimento da Campanha naqueles primeiros tempos sem no entanto participar da direção observou que "de início foi o grande papel da enfermagem, que eu acho que foi fundamental e era a mola-mestra, que todo o trabalho da Campanha se iniciou baseado no trabalho da enfermagem ..." (Dep.nº11, p.29). A primazia da enfermagem nos sanatórios da Campanha é confirmada: "quem primeiro saiu por aí, desbravando lugares foram as enfermeiras ..." (Dep.nº15, p.14). Um ex-chefe da SOC lembra que "o serviço de enfermagem se sobressaía em dar início ao trabalho do hospital, que era praticamente tudo trabalho da enfermagem ..." (Dep.nº20, p.10).

Os setores da SOC tinham uma participação desigual no programa de trabalho da Campanha; o único que atuava em todos os serviços (sanatórios e dispensários) e em todo o território nacional era o de enfermagem: "os setores hospitalar, dispensarial e o de BCG eram exercidos por médicos, colegas pouco interessados, pouco faziam e sem organização nenhuma, esses setores não existiam quase, o serviço social era a rotina, uma coisa muito pequena, restrito ao hospital ... existia na SOC um único setor que era nacional, porque ele era hospitalar e era dispensarial e era em Manaus e era no Rio Grande do Sul, que era o setor de enfermagem ... qualquer tarefa que tinha a SOC, o setor de enfermagem estava envolvido, sem dúvida nenhuma a enfermeira era a mais bem preparada pra qualquer serviço, então foi sempre a mais usada, ela tinha carta branca, era o braço mais longo da SOC." (Dep.nº20, p.28-29). A avaliação de uma ex-chefe de setor é a de que "o que tinha mais prestígio era o setor de enfermagem e esse prestígio não era gratuito, eu acho que era pelo trabalho que as enfermeiras desenvolviam na Campanha, desde a sua fundação ... era o setor que tinha maior volume de trabalho, aquele a quem cometia maior soma de atividades e maior necessidade de participação era o da enfermagem ... se não tivesse uma assistente social ou uma nutricionista pra ir na equipe, não se suspendia a supervisão por isso, se fazia com o médico e a enfermeira, se realizavam supervisões até sem médico, mas não se realizava sem enfermeira ..." (Dep.nº21, p.127).

Vista de fora, a atuação das enfermeiras-supervisoras, na fase de reorganização dos dispensários, é um fenômeno de certo modo espantoso: "uma das coisas que sempre me admirou é como a enfermagem conseguiu fazer essas organizações em dispensário, e entrava na parte médica, em tudo, e eram respeitadas, não tinha representação de outra categoria profissional, quando ia com algum médico, o médico apenas coonestava ou respaldava tecnicamente, mas quem trabalhava era a enfermeira, porque realmente é quem tinha preparo ... eu não teria coragem de reorganizar um dispensário se não tivesse uma enfermeira, porque não me julgava capaz de dominar ..." (Dep.nº11, p.62). Tal competência, que se baseava na prática, tinha o reconhecimento institucional: "elas tinham prestígio dentro da equipe como um todo e que era respeitado por todo diretor inteligente, que não ia desprezar esse trunfo que ele tinha na mão, a enfermeira era muito mais treinada, tinha muito mais noção de planejamento, tinha disciplina de trabalho muito maior, era cômodo pro médico inclusive, ir junto ... era [um elemento] tão forte e de tão bom preparo, pelo *know-how* de muitos anos, e elas tinham homogeneidade, tinham a mesma conduta técnica, falavam a mesma linguagem foi o que manteve em todo o Brasil uma unidade de atuação dos dispensários ..." (Dep.nº11, p.62-63).

O depoimento de uma enfermeira, de larga experiência de chefia em âmbito local, sobre suas impressões iniciais a respeito do grupo, ressalta como uma das principais características diferenciadoras deste, a amplitude do escopo de seu trabalho, o que aliás era motivo de autovalorização por parte das supervisoras: "as enfermeiras de nível local tinham um comportamento diferente, o objetivo era aquele espaço ali diante de nossos olhos, pra cuidar daquilo o melhor que pudéssemos ... elas [as supervisoras] eram muito cômicas de sua importância, elas valorizavam muito a experiência delas num trabalho de âmbito nacional ... embora o grupo fosse pequeno, elas tinham experiência de supervisão e bastante grande ..." (Dep.nº21, p.99). O reconhecimento desse saber é específico à supervisora, não se estendendo às enfermeiras em geral, e nem mesmo às outras enfermeiras da Campanha, sendo feita uma diferença importante entre a enfermeira hospitalar e a supervisora, tendo como critério a superioridade do trabalho intelectual sobre o trabalho manual: "as enfermeiras nossas, aquelas do setor, tinham uma visão maior, uma visão espetacular, porque elas não eram enfermeiras de leito, de limpeza, de mudar roupa de doente ... as nossas aqui não, eram doutoras enfermeiras, quase, elas tinham preparo pra uma visão global do problema, não só de tuberculose, todas têm curso de saúde pública, então a visão é outra ..." (Dep.nº20, p.65).

A avaliação da supervisora de modo geral era mais favorável a ela mesma do que *aos demais profissionais*: "a gente sabia fazer ... se era treinamento do pessoal, se era ensinar a entrevistar doente, a visitar ... eram todas atividades específicas da enfermagem, e se era pra fazer entrosamento com a secretaria de saúde, a gente também sabia ... e não era presunção, mas as enfermeiras eram muito preparadas pra isso, não sei se os outros profissionais eram, mas me parece que não, para esse tipo de trabalho, as enfermeiras é que estavam preparadas" (Dep.nº2, p.25).

A preferência pela enfermeira

Há consenso entre os médicos depoentes a propósito das razões que levaram os dirigentes à opção pela enfermeira para implantar e manter uma rede nacional de sanatórios e dispensários: "eu acho que foi em função da competência delas, elas estavam preparadas pra isso, eu acho que o setor [de enfermagem] mesmo preparou, dava cursos, exigia muito das enfermeiras, antes de lançá-las ao trabalho ... eles não teriam outra pessoa pra fazer, o médico não se interessava, eu acho que quem mais se interessava pelo serviço eram as enfermeiras, a verdade seja dita." (Dep.nº20, p.21). Na opinião de alguns o serviço social e o serviço de nutrição não ofereciam muita adequação às necessidades da Campanha. Um ex-diretor opina: "o serviço social foi inventado ... as assistentes sociais abriam os olhos do cliente ... mas no Brasil não existem instituições pra apelar ... a tuberculose era um problema que não se podia resolver assim ..." (Dep.nº35,p.39-40), "porque demandava ações que resultavam em muito pouca coisa", apesar de que "havia uma necessidade de se utilizar esse pessoal pra resolver uma série de problemas junto à família e junto à comunidade." (Dep.nº 20, p. 62). Além de tudo a assistente social tinha problemas com sua identidade profissional, mesmo no âmbito dos serviços: "se confundia muito serviço social com assistência social ... e eram em número muito pequeno, não chegou a ter uma resposta especial o trabalho delas." (Dep.nº16, p.43-44). Quanto às nutricionistas, devido à orientação da Campanha voltar-se para uma linha técnica de combate ao bacilo, sua atuação sempre ficou restrita ao âmbito hospitalar, onde elas tiveram um papel relevante na reorganização e supervisão dos serviços de alimentação. No entanto, ao serviço de nutrição geralmente não é atribuída maior relevância no âmbito da Campanha: "teve um período enorme que era só a *chefe do setor de nutrição*, então, ela tinha que estar em todas ..." (Dep.nº21, p.127). Ou então "na sede tinha uma, que era chefe dela mesma ... no sanatório, elas trabalharam numa espécie de rotina normal, nunca se desenvolveu, apesar de se falar muito de fome ..." (Dep.nº16, p.44). Há confirmação de que a atuação da enfermeira era mais adequada aos propósitos do serviço: "a razão exata de se ter usado muito mais as enfermeiras era que elas eram qualificadas, faziam o trabalho melhor ..." (Dep.nº16, p.41).

Vários ex-chefes da SOC concordam em que não seria nada fácil mandar os médicos aos estados implantar o modelo de dispensário da Campanha. Primeiro porque o modo como se dava sua participação no mercado de trabalho não era compatível com as viagens: "o doutor era um *cabide de empregos*, tinha consultório, seis, sete empregos ..." (Dep.nº20, p.47). Assim é que "era mais fácil e mais produtivo mandar as enfermeiras, era muito difícil deslocar médicos de seus lugares, de suas residências, de seus consultórios, muitos tinham outro emprego, era um número reduzido de médicos que dava tempo integral ao serviço" (Dep.nº16, p.37). Em conseqüência, "as enfermeiras eram praticamente as únicas que viajavam, os médicos quase não viajavam, eu acho que o único que viajava mesmo era eu ..." (Dep.nº20, p.10). Mas parece que realmente era "mais fácil e mais produtivo mandar as enfermeiras", pois para poder deslocar os médicos, as condições oferecidas teriam que ser muito mais vantajosas. Um ex-diretor opina: "todo mundo diz — *ah! eles não vão pr'ali, não vão pr'ali* — eles vão, eles vão pra toda parte, pague direitinho, prepare ... eles são atraídos pelas condições de vida ..." (Dep.nº16, p.38). Mas as dificuldades de contar com médicos-supervisores estavam ligadas também ao seu *status* profis-

sional e interesses pessoais, no que se refere ao tipo de trabalho a ser feito: "a maior parte do trabalho não era apropriado ao médico — a execução, a organização da unidade, o funcionamento, envolviam os serviços gerais, até a limpeza ..." (Dep.nº16, p.38).

Se os médicos tinham a possibilidade de escolher entre viajar ou não, o mesmo não ocorria com as enfermeiras, que principalmente no início viajavam sob forte tensão emocional, como reconhece um ex-chefe da SOC: "agora, a enfermagem ia, muitas vezes, obrigada ... eu mesmo levei várias enfermeiras chorando, não era uma nem duas ..." (Dep.nº20, p.11). O mesmo ex-chefe da SOC atribui o fato de as enfermeiras viajarem sistematicamente, ainda que a contragosto "ou a satisfação do dever cumprido ou à necessidade de conservar o emprego ou à satisfação de conhecer novos lugares ..." mas reconhece que "tinha elementos que precisavam viajar porque necessitavam das diárias pra complementar seu salário ..." (Dep.nº20, p.21).

Também era mais vantajoso para o serviço enviar enfermeiras, devido à sua pouca pretensão: "pegava pessoas jovens, desligadas de tudo, preocupadas com sua missão de enfermeira, fácil de se conduzir pr'aqui, pr'ali, as enfermeiras iam para os lugares entusiasmadas, preocupadas com o trabalho e não com o dinheiro ou qualquer *pedigree* pra encaixar no *curriculum vitae* ..." (Dep.nº23, p.36). O acatamento sistemático às ordens era o mais comum: "a enfermeira tal é chamada, é mandada e não diz *não*, é pra ir mesmo e ia, estava sempre preparada para ir aos lugares onde devia ir ... passar três, quatro, cinco meses fora da sua casa, fora de seu lugar de trabalho, executando uma tarefa importante para o estado e importante para a própria Campanha." (Dep.nº16, p.36).

Para os dirigentes, era muito mais fácil trabalhar com a enfermeira da Campanha, primeiro por sua disponibilidade e docilidade: "as enfermeiras são mais disciplinadas, mais capacitadas a aceitar as determinações ou decisões em relação ao trabalho a executar ..." (Dep.nº16, p.35). A atitude frente ao trabalho a ser executado também era um fator positivo: "esse trabalho é feito inclusive com muita persistência, quer dizer, com a vontade de que ele seja realmente um bom trabalho." (Dep.nº16, p.35). Sua inserção nos serviços também parecia muito favorável: "era mais fácil de lidar com elas, porque elas tinham a tradição do trabalho manual e tinham influência muito grande, por estar ali o dia todo." (Dep.nº23, p.33).

A supervisora cumpria também um papel de autoridade técnica e pedagógica, *despolitizando* os problemas, como no caso da seleção do pessoal, pois as autoridades locais sempre tinham candidatos, nem sempre à altura das tarefas a serem executadas: "nós tínhamos que aceitar, mas impúnhamos as condições, aí entrava a enfermagem ... a enfermeira ficava três, quatro meses selecionando o pessoal indicado pelo governador, pelo secretário ... mas eram trabalhados, preparados, no fim ele era um elemento bom ..." (Dep.nº20, p.33). Um aspecto especial dizia respeito ao relato de viagem de supervisão: "ela comumente trazia informações mais corretas do que a supervisão feita por qualquer outro profissional, ela trazia a *sua* informação, que podia ser às vezes um pouco desagradável, desfavorável, coisa que os outros profissionais não gostavam de fazer, então era mais confiável para o administrador a informação que vinha da enfermeira supervisora ..." (Dep.nº 16, p.37). Uma supervisora confirma: "onde

nós estávamos, terminava o trabalho a gente já estava produzindo o relatório ... nesse relatório, nós descrevíamos todas as ações realizadas, a gente fazia uma avaliação ... conversava com o diretor ou com o chefe ... deixava uma cópia desse relatório no local e apresentava uma cópia na sede ..." (Dep.nº15, p.118).

O respaldo institucional

O apoio da direção às enfermeiras começava no interior da instituição, ou seja, na própria sede nacional. As críticas feitas pelas supervisoras aos serviços médicos em seus relatórios poderiam não ser bem aceitas pelos próprios médicos do nível central, que no entanto eram pressionados pela SOC, não só para aceitar essa situação, como para colaborar com as supervisoras. No entanto, junto com esse apoio, fica clara a posição da enfermeira de substituta do médico, a título precário, isto é pela única razão de ele não querer ou não poder viajar: "*o chefe do SOC convocou uma reunião com todos os profissionais e disse — os médicos não podem viajar, só as enfermeiras que podem ... agora eu quero saber quem se opôs ao relatório de uma enfermeira ... o que tinha no relatório dela ?* eles ficaram meio sem graça, falaram que era porque ela tinha analisado a conduta médica e isto é anti-ético, aí *o chefe do SOC* falou que o que está errado é da conta de todo mundo, então se eles não podiam trabalhar junto com as enfermeiras, ao invés de tecerem esse tipo de comentário, deviam é fortalecê-las, apoiá-las, e ajudar a resolver ... porque o que está funcionando de tuberculose neste país, tem sido graças a um trabalho muito bom das enfermeiras da Campanha ..." (Dep.nº3, p.6-7).

Os entendimentos iniciais no estado geralmente eram feitos pelo chefe da SOC, que preparava o terreno para a ida da enfermeira. No discurso do chefe da SOC fica clara a analogia com o papel tradicional do médico e da enfermeira: um faz o diagnóstico e prescreve, a outra administra o medicamento: "de um modo geral, quase sempre os serviços eram abertos a nós, pra nós examinarmos ... muitas vezes nós podíamos fazer críticas ou sugerir abertamente; não humilhávamos, mas via-se muito bem os erros ... então fazia-se o diagnóstico do caso e via-se a necessidade da ida de alguém pra recuperar aquilo, para então mandar a enfermeira já com o remédio ..." (Dep.nº20, p.57).

O aprendizado dos diretores de serviço de saúde dos estados de como trabalhar com a enfermeira da Campanha parecia se fazer informalmente: "eles freqüentavam a direção geral, tinham contato com o setor de enfermagem, e até pela observação do comportamento da direção geral com as enfermeiras do setor de enfermagem ... eles eram inteligentes, eles percebiam como se trabalhava na Campanha, não creio que houvesse uma recomendação expressa, mas sim uma aprendizagem tanto intencional como não-intencional, acho que não havia a necessidade de recomendar ..." (Dep.nº19, p.27).

Logo no início dos trabalhos já dava para sentir o peso da mudança a ser feita: "*o supervisor* começou o trabalho comigo ... me apresentou ao *médico do dispensário* e começou esvaziando aqueles móveis antigos, mandando deixar espaço para os doentes na sala de espera,

fez uma revolução logo no primeiro dia, e disse — a enfermeira vai ficar, o senhor colabora, que ela vai implantar as normas ... o *médico* ficou muito espantado, mas aceitando, porque eles haviam conversado ..." (Dep.nº2, p.15).

O respaldo dado pelo nível central à supervisora que estava em campo, ao mesmo tempo que a animava e encorajava, servia como demonstração de que seu trabalho estava sendo acompanhado atentamente e de que sempre que as dificuldades fossem insuperáveis a supervisora poderia pedir "reforços" à sede. A brusca retirada da enfermeira pelo diretor poderia ter o significado, para o nível local, de rompimento do acordo feito pela Campanha: "eu cheguei lá, o sanatório tinha acabado de ser reformado ... meu relatório era tão forte, o diretor [do hospital] botou as mãos na cabeça, eu estava tão desesperada, chorava — *que que eu vou fazer, é desta vez que eu vou me afundar ... primeira experiência ...* o professor Paula Souza chamou o doutor Alferes e disse: *se a enfermeira tiver razão, ou se faz o que ela propôs ou você tira a enfermeira de lá, aí me deram carta branca ...*" (Dep.nº13, p.13-14); ou então: "o *médico do dispensário* era horrível, ele criava caso com todo mundo, criou caso comigo também ... e o *supervisor* disse — *doutor, eu prefiro a enfermeira, que faz as coisas ... do que os médicos ...*" (Dep.nº8, p.16); e ainda: "*a supervisora e o supervisor* foram receber o trabalho, houve uma reunião ... e o *chefe de clínica* haja a me *descascar*, eu era o *cachorro sujo* ... foi aí que a *supervisora* tomou a palavra e disse que muito se admirava, porque aquilo que eu tinha feito, era o que eu tinha ido fazer lá, e tinha sido decidido em uma reunião com ele ... e terminou assim, salva a pátria pela *supervisora*" (Dep.nº8, p.43); e mais outro caso: "eu me apoiei muito nos supervisores e na própria direção ... quando eu me sentia muito desacolhida, eu ia na telefônica e falava, eu tinha a liberdade de ligar as vezes diretamente para o *diretor nacional*, quando eu não encontrava os supervisores, e ele mandou uma carta com o nome das pessoas que eu deveria ficar com elas ..." (Dep.nº1, p.26);

A resposta da sede a um pedido de socorro da supervisora geralmente era imediata e fazia com que o médico local por vezes achasse conveniente compor a situação diretamente com a enfermeira: "saí dali fui pra telefônica e liguei pro Rio, quando eu chego no aeroporto, que estou indo embora, estava lá o *médico do dispensário* com um ramo de flores ..." (Dep.nº1, p.28); ou então: "liguei pro Rio de manhã ... à tarde o:1 no dia seguinte, a *supervisora* estava lá com o *supervisor* ... a *supervisora* me disse — *vá arrumar sua mala* ... eu fui embora [para o Rio] e eles ficaram lá conversando com o *médico do dispensário* ... depois [no Rio] me chamaram dizendo que esse médico estava pedindo que eu voltasse pra reorganizar o serviço ... e ele desceu [no DE], me pedindo pra voltar ..." A explicação da supervisora para tão surpreendente comportamento é a de que "pedir outra pessoa, seria desrespeitar a pessoa que esteve lá, não iam mandar, né ..." (Dep.nº1, p.28).

A descoberta da própria força era feita precocemente, mas a compreensão mais clara da origem de sua força poderia só vir com o tempo: "a gente era muito bem mandada ... pra mim, era sempre a divisão que tinha detectado problemas relacionados com a tuberculose naquela área ou porque era uma política naquele ano ... depois, sim, eu fui notar que a divisão repassava verba pra dar gratificações ao pessoal que a gente escolhia, pra comprar material, pra

equipar os serviços, fazer readaptações, de acordo com a *arquitetura* da divisão, tanto que nós atuávamos com uma linha de mando incrível, a gente dizia que tinha que ser feita tal coisa e se *eles* não aceitassem, se não fossem cumpridas as coisas, existia uma ameaça — as verbas ..." (Dep.nº1, p.19-20).

Para muitas das supervisoras estava claro que a importância que lhe davam relacionava-se diretamente à sua posição no momento de representante da Campanha e não na qualidade de profissional de enfermagem: "a supervisora era recebida como uma autoridade realmente, não era uma simples enfermeira, não ..." (Dep.nº2, p.65). As autoridades estaduais apoiavam: "o governador respondeu para o deputado — *olha, é enfermeirinha, mas o que ela fizer está bem feito ...*" (Dep.nº2, p.25). Graças ao respaldo da Campanha, a atitude da supervisora junto às autoridades locais poderia ser tecnicamente muito firme: "disse o que pretendia e ele disse que eu podia entrar em campo e verificar tudo o que precisasse, que ele me apoiaria, e eu fui logo vendo que tinha muitos pacientes com anos de tratamento e que não tinham curado, os esquemas estavam todos errados, a orientação [local] era de dividir o remédio pra todo mundo ... no mesmo dia eu procurei o secretário pra dizer que era um desastre, e que precisava que a secretaria de saúde, naquele dia, levantasse nas farmácias privadas tudo que tinha de medicação e procurasse adquirir imediatamente, pra gente completar os esquemas e não inscrever mais nenhum paciente até que a Campanha mandasse medicação ... fiz um relatório imediatamente, recebi uma resposta do setor de enfermagem, dias depois chegou a medicação ..." (Dep.nº 3, p.12-13). A sensação de onipotência era freqüente: "a gente tinha uma autoridade ... um autoritarismo incrível ... tinha uma funcionária que era assessora do diretor do centro de saúde, eu a destituí da função, imediatamente ... eu não entendo, hoje eu não faria mais isso, de jeito nenhum — *tem que ser assim, precisa ser assim ... e era feito ...*" (Dep.nº1, p.38-39)

Em situações extremas a supervisora poderia receber uma delegação especial: "houve um problema salarial, todos os médicos pediram demissão, ficou sem nem um médico, aí o *diretor* me manda um telegrama — *assuma a chefia do dispensário ... vê a posição ... a enfermeira de interventora ... eu continuei atendendo os doentes e o diretor do sanatório me deu respaldo, quando precisava de um diagnóstico médico, ele vinha ao dispensário ...*" (Dep.nº41, p.54); ou então: "*o diretor do sanatório precisava vir embora ... o hospital não estava funcionando, mas já tinha médico no sanatório, mas o professor [Paula Souza] mandou que ele entregasse a mim a administração ... a sala do diretor era em frente à minha [da chefia de enfermagem], quando eu queria me posicionar como diretor, eu ia pra lá, quando de enfermagem, era pra cá ...*" (Dep.nº13, p.6).

Entre a rocha e o mar

A SOC mantinha a supervisora numa expectativa de que ela teria que dar conta de seu trabalho no estado, a qualquer custo: "vai para organizar, pode fazer tudo o que a divisão está recomendando, e conversava-se com o médico, mas não era um negócio muito esmiuçado, não ... então, quando a gente começava o trabalho, o médico se chocava ..." (Dep.nº2, p.15). A

disparidade entre, por um lado, o preparo específico da enfermeira, mais a sua disposição para realizar seu trabalho e, por outro lado, o prestígio profissional do médico e sua desinformação sobre o programa de controle da tuberculose, era fonte inesgotável de atritos. Veja-se os depoimentos de um ex-chefe da SOC e de uma ex-chefe do setor de enfermagem: "uma está preparada e o outro não, uma está interessada no caso e o outro não." (Dep.nº20, p.43); e "havia um cuidado especial com a equipe de supervisão, no sentido de prepará-la melhor, a enfermeira tinha um preparo mais diferenciado para isso, o que de certo modo também as beneficiava ..." (Dep.nº21, p.110).

A supervisora ou a chefe do setor de enfermagem poderiam ficar decepcionadas ao descobrir que, mesmo diante de situações absurdas, a supervisora nem sempre teria a cobertura do serviço para manter sua posição, devido ao poder detido pelo médico do local, ainda que sendo ele funcionário da Campanha: "ele disse — *a senhora tenha paciência, esse médico é muito prestigiado, é professor de universidade ... a gente não pode retirar o homem de vez ...*" (Dep.nº2, p.36); ou então: "*o chefe da SOC falou com o doutor — quando o senhor for pra fazenda, avise que não vem na segunda-feira ... e já fica sabendo que o doente vai repetir a medicação ... eu soube depois que deu um bode danado, a chefe do setor só faltou matar o chefe da SOC, que ele tinha dado ordem pra eu repetir a medicação pra quinze dias.*" (Dep.nº18, p.47).

Quando o médico do dispensário não era da Campanha, o problema poderia ser não só mais difícil como mais grave pois, como relata um ex-chefe da SOC, o médico do estado "ia pro secretário e o secretário abrigava, vinha uma reclamação do local, iam reclamar direto à direção ... muitas vezes eu era obrigado a ir lá, pra dar uma satisfação quase pessoal à queixa ... de colega pra colega ...". (Dep.nº20, p.46). Tais reclamações tinham que ser tratadas também pelo setor de enfermagem: "os conflitos criados nos locais de supervisão poderiam obrigar a chamar a enfermeira, a analisar com ela seu relatório, confrontar o relatório com aquela reclamação, ficava uma palavra contra a outra, elas interpretavam como o diretor não gostando delas, o diretor não querendo adotar as normas da Campanha ..." (Dep.nº21, p.103).

Na verdade, um fator decisivo para o resultado da supervisão eram as relações das autoridades locais com os dirigentes da Campanha: "quando o local onde as supervisoras exercitavam sua atividade era mais consentâneo com a direção geral da Campanha, elas conseguiam penetrar mais e obter as coisas, quando era menos afinado, elas tinham muito mais dificuldades, em alguns lugares elas tentavam e não conseguiam ..." (Dep.nº21, p.107). Essas relações variavam conforme as regiões geográficas: "a maneira de proceder das secretarias de saúde com a divisão e com os técnicos da tuberculose era diferente nos estados do sul e nos estados do nordeste ... enquanto que no sul esse dinheiro que a divisão dava representava muito pouco e aí eles estavam pouco se interessando, você não tinha aquela importância que você tinha quando você chegava num estado do nordeste, que só não recebiam a gente com banda de música ..." (Dep.nº8, p.71).

Um ex-chefe da SOC confirma que se a idéia era sempre contornar a situação para a enfermeira poder continuar o trabalho, no caso de isso não ser possível, sempre quem saía do

serviço era a enfermeira, o que às vezes era muito doloroso para ela: "muitas vezes nós tínhamos que recuar, retirando a enfermeira ... tinha-se que levar em conta a políuica, nós não podíamos *dar soco em faca de ponta*, quer dizer, nós íamos perder um estado, uma área de serviço ... muitas vezes você tinha que recuar, *engolir o sapo*, esperar a volta, esperar o secretário sair ou trabalhar de outra maneira ou então mandar outro elemento ... às vezes elas, se sentiam desprestigiadas, e eram desprestigiadas, nesse sentido de preservar o serviço, mas não era só a enfermeira, eu engoli muito sapo, mas não se podia é entregar, abandonar a luta ..." (Dep.nº20, p.44). As imagens acima, coincidentemente são repetidas por uma ex-chefe, que resume o problema levantando uma questão moral: "a análise desse problema não foi devidamente aprofundada, na oportunidade ... *é justo nós colocarmos as enfermeiras pra serem bodes expiatórios pelo Brasil afora e engolirem todos os sapos ?* (Dep.nº21, p.108).

Motivos e incentivos

A razão de ser dessa dedicação persistente é atribuída por um ex-diretor a uma necessidade de afirmação da enfermagem como profissão, de modo a elevar seu "status" social: "a enfermagem, por estar se fazendo, preparando, crescendo, se desenvolvendo, ela se defendia, produzindo bem, mostrando suas possibilidades, mostrando sua qualificação." (Dep.nº16, p.36).

As relações institucionais eram colocadas muito no plano afetivo, inclusive o pessoal da sede poderia ser percebido como uma segunda família, nos bons e nos maus momentos: "meu primeiro emprego foi a Campanha, eu acho que entrei com o pé direito, me apaixonei por esse serviço, era a continuação de minha Escola Anna Nery, da minha casa ou até mais que a minha casa, porque entre as colegas, no desempenho de determinadas missões, a gente continuava em família ..." (Dep.nº15, p.127); ou então: "eu sempre digo que fui feliz, fui privilegiada em ter trabalhado na Campanha, apesar de que eu não ganhei dinheiro, mas eu acho que o serviço foi um pai pra mim, foi um ambiente muito amigo ..." (Dep.nº2, p.53).

Como compensação pelas condições adversas de trabalho nos estados existia um sistema informal de regalias e privilégios, nem sempre bem vistos por todos, como facilidades quanto ao horário e à frequência nos períodos em que se estava na sede sem algum trabalho especial: "elas eram supervisoras e essa função imprimia um certo prestígio, um *status* diferente daquele de ser enfermeira do dispensário-escola, de ser enfermeira de Curicica ... elas estavam investidas dum status que lhes conferia certos privilégios ..." (Dep.nº21, p.105). E ainda: "nunca se apertou ... se o elemento era bom, se houvesse um pedido pessoal delas, sempre se procurou atender ... se estava precisando de alguma coisa, sair um período ... ela [a supervisora] tinha certas liberdades que os outros não tinham e que eram dadas com razão de ser ..." (Dep.nº20, p.27). Esse sistema era implantado desde o início: "acabamos o treinamento, viajamos, não podia perder tempo, tinha que fechar o ano com enfermeira atuando nesses setores ... eu muito insegura, saindo da casca do ovo ... mas havia muita gentileza, todo mundo se preocupava com a gente ..." (Dep.nº31, p.12). As gratificações psicológicas dirigidas à natureza feminina eram bastante exploradas e facilitadas pelas comunicações diretas com os dirigentes-médicos: "a gente se sentia

bem, a gente animava o ego com o trabalho maravilhoso que a gente achava que estava fazendo, e estava fazendo mesmo, e a gente era elogiada e incentivada pelos nossos chefes ..." (Dep.nº15, p.118); "quando voltava, fazia o relatório e além do relatório eu conversava pessoalmente ou com o *diretor* ou com o *chefe da SOC* ..." (Dep.nº25, p.48).

A atenção individualizada para os problemas de insatisfação no serviço também funcionava como gratificação afetiva. Demonstrava-se uma preocupação especial pelos sentimentos da supervisora, a qual não se deveria deixar que ficasse "magoada", afastando-se assim qualquer espírito de revolta: "o *diretor* me chamou no gabinete pra perguntar se eu estava magoada com alguma coisa, que eu estava indo embora ..." (Dep.nº25, p.59). E ainda: "o *chefe da SOC* disse — *a senhora quer ir até a praia, que a gente não pode conversar aqui* ... eu disse — *eu estou muito magoada com o senhor* ... eu adorei por que ele conversou sozinho comigo, eu fui franca, ele também disse por que estava fazendo aquilo ..." (Dep.nº2, p.36).

Uma atenção muito especial poderia ser dada aos problemas de ordem pessoal e sentimental, e não só às supervisoras, mas também às enfermeiras lotadas nos estados: "no fim da supervisão eu disse que queria falar com ele ... conversei que eu estava grávida ... ele ficou impressionado, que eu estava tão apertada e disse — *a senhora se afaste, que eu me responsabilizo* ... ele mandou um ofício, dizendo que eu ia fazer um estágio ... eu fui ter *a criança* ... quando voltei, telefonei pra ele, já comecei a trabalhar ..." (Dep.nº8, p.29).

O reconhecimento oficial por parte das autoridades locais também funcionava como um reforço muito positivo e duradouro. Se o elogio fosse entregue pessoalmente pelo diretor do serviço, o efeito poderia ser potencializado: "o governador me deu uma carta de agradecimento, de elogio ao relatório ... que eu guardo até hoje ..." (Dep.nº3, p.14). Outras lembram: "nós fomos dar esse treinamento ... eu tenho até um elogio do secretário de saúde bonito, danado ..." (Dep.nº8, p.60); "até hoje eu tenho um ofício dele, agradecendo o brilhante trabalho que eu realizei lá na secretaria de saúde ..." (Dep.nº41, p.57); "o *diretor* me chamou lá no gabinete e me entregou uma carta com os maiores elogios para mim ... eu fiquei emocionadíssima com essa atitude do *diretor da tuberculose no estado* ... tão elegante comigo ..." (Dep.nº25, p.43).

Também as deferências das autoridades locais sensibilizavam bastante. Até mesmo uma exorbitância da sede para atender a seus interesses políticos no estado, poderia ser amenizada, pelo próprio médico interessado na realização daquele trabalho: "em algumas cidades a gente era recebida como hóspede de luxo ... com aquelas mordomias ..." (Dep.nº3, p.21). As enfermeiras contam ainda que: "*a instituição local* tinha muito dinheiro ... eu fiquei hospedada em hotel de luxo ... fiquei debaixo das cobertas *tremendo que só vara verde* ... telefonei ... o melhor médico da cidade ... veio no hotel ..." (Dep.nº41, p.69); "uma vez eu fui *exportada* pra *cidade do nordeste* na semana do Natal, que havia urgência na inauguração do hospital ... tanto que o *médico local* ficou admirado de eu ter aceito uma coisa dessas ... ele me deu toda assistência, inclusive o carro particular dele à minha disposição pra me levar na igreja no dia de Natal ..." (Dep.nº22, p.84).

As oportunidades de participação em atividades científico-culturais, grandemente valorizadas pelas supervisoras, tinham apoio institucional. No entanto, sendo o saber médico considerado como o único realmente qualificado, havia maior facilidade para que as enfermeiras participassem de atividades científicas relacionadas à tuberculose, destinadas aos médicos, do que das propriamente de enfermagem. Os eventos científicos relacionados à tuberculose eram entendidos como destinados aos médicos, mas na verdade não havia impedimento para que as enfermeiras deles participassem, mesmo que nesses casos seu papel fosse o de meras observadoras, pois de todos os modos ocorria o efeito de reforço na *inculcação* das normas e também o efeito moral de demonstração de apreço: "nos congressos de tuberculose a gente ia, não participava, mas era prestigiada ..." (Dep.nº2, p.56); "aqueles seminários que ficaram famosos no Brasil inteiro, que se realizaram em todas as regiões do país ... eram para os médicos, as enfermeiras ficavam de fora, ainda que as supervisoras da Campanha fossem ..." (Dep.nº21, p.117).

No que se refere aos congressos de enfermagem, havia uma norma não escrita, no sentido de que só ganharia passagem e diárias quem fosse apresentar trabalho, o que era explicado e aceito como um incentivo à produção científica. Essa orientação podia causar uma certa perplexidade: "eram dois pesos e duas medidas ... se todos os médicos que iam aos congressos de tuberculose tivessem que levar trabalhos, a participação deles ia se limitar a uma dúzia ... mas todos vão porque a Campanha tem interesse que todos eles se atualizem ... a sede ficava vazia ... eles entendiam que aquilo era uma atividade fundamental pra eles, mas não havia esse entendimento com relação a nós ... e os congressos de enfermagem ..." (Dep.nº21, p.155). No entanto, essa regra admitia exceções, quando estivesse em jogo recompensas afetivas: "o *diretor* me deu passagem pr'eu ir ao congresso ... visitei o *sanatório*, pra justificar, mas eu fui mesmo pra ver minha irmã" (Dep.nº5, p.25).

Também eram oferecidas às supervisoras oportunidades de fazerem cursos de pós-graduação de interesse para o trabalho da Campanha: "em questão de *status*, seria mais interessante pra mim ter ido para os Estados Unidos [como queria a superintendente], mas em questão de prestar serviço, o que eu aprendi no curso de administração [hospitalar] em São Paulo ... foi o adequado, o suficiente pra realizar os trabalhos que fiz" (Dep.nº22, p.144). E também: "todas nós fizemos o curso de saúde pública [na ENSP], todas nós entramos pro quadro de sanitaristas [do MS] ..." (Dep.nº2, p.57); "chegou um ofício do *diretor* dizendo que eu tinha sido indicada pra uma bolsa pra ir fazer o curso na Venezuela ..." (Dep.nº34, p.28); "tinha sido liberada minha bolsa, pra fazer o curso de Tuberculose na Argentina ... passei dois meses e meio em Santa Fé, depois fui fazer um estágio na província de Neuquen ..." (Dep.nº8, p.70).

As supervisoras eram reconhecidas como *experts* em sua área: "a gente era muito solicitada pra dar aula no curso de enfermagem ... o que se estava fazendo de novo na cidade ..." (Dep.nº1, p.36). Ou então: "na implantação da seção [estadual] da ABEn foi feito um simpósio, cada enfermeira falou sobre um aspecto, o meu foi enfermagem em tuberculose ... foi um sucesso, muitos médicos foram assistir, assistentes sociais ... foi muito positivo, as autoridades estavam presentes ..." (Dep.nº18, p.28).

Transgressões e sanções

A transgressão à regra da submissão e da obediência era a falta mais grave. Por isto, muitas vezes para chegar a realizar seu próprio projeto a supervisora teria que lançar mão de estratégias e artimanhas: "a *chefe do setor de enfermagem* tinha vontade que eu fizesse curso de especialização nos Estados Unidos e eu disse que não tinha tempo de estudar inglês ... no momento ela não respondeu nada, depois ela disse — *a senhora vai organizar o sanatório tal, é um serviço novo, não tem doente que lhe encha a cabeça de problemas e vai ficar com mais tempo de estudar inglês* ... o plano dela foi esse mas acontece que também lá eu não dediquei muito tempo ao estudo de inglês ... eu tinha vontade e medo, ao mesmo tempo ... quando voltei, estava mal preparada ... prestei o exame, o inglês que eu sabia não deu pra nada ... então combinei de fazer o curso em São Paulo." (Dep.nº22, p.144-147).

A recusa a uma ordem mereceria providências imediatas e atenção quanto ao seu encaminhamento, de modo a não haver uma evidente quebra de autoridade: "a gente tinha que organizar o sanatório, e a gente mesmo é que carregava armário pra lá e pra cá ... um dia eu decidi que não ia mais fazer isso ... disse pra *coordenadora da equipe* que eu era uma enfermeira, com curso superior, pra estar carregando armário ... aí foi uma confusão, ela me mandou pro hotel ... as meninas chegaram dizendo que tinha uma portaria de suspensão no quadro ... no dia seguinte passei a mão no papel, assinado pelo diretor do hospital, me suspendendo por oito dias e fui falar com ela ... esse homem não é meu chefe, a senhora errou muito ... fui falar com o *representante da Campanha no estado* ... que eu estava numa situação ruim, humilhada diante de todo o funcionalismo do hospital ... que ele se comunicasse com a sede que o dr Paula Souza e a d. Delzuite não iam aceitar isso ... a *coordenadora* sentiu que escorregou, mas ela conseguiu me manter oito dias ausente do hospital ... ia trabalhar comigo no hotel, eu saía com ela pra fazer tomada de preços ... fiquei como uma pessoa assistente dela, até voltar pro Rio de Janeiro, e ficou uma amizade entre nós." (Dep.nº15, p.70-74). O problema das ordens de viagem poderia ser o mais sério: "acho que eu só disse que não viajava uma vez ... não aconteceu nada comigo ... mas não era comum as enfermeiras dizerem que não viajavam ... quando a enfermeira dizia que não queria viajar ... saía, que nem *a supervisora* ..." (Dep.nº8, p.76).

Havia a preocupação com *a imagem da enfermeira*, principalmente das colegas de gerações mais antigas, que se estendia até a questões como se os namorados eram pessoas *adequadas*, ao modo de vestir, ao hábito de fumar: "aquela pessoa idealista, muito cheia de tabús, muito pura, perfeita, ela queria, com a melhor das intenções, aquele ideal de enfermeira, talvez porque ela soubesse que a enfermagem era tão recente no país, ela queria passar pra população a imagem da enfermeira, que é uma pessoa que tem que ser bem recebida pela sociedade, e nós, novinhas, a gente não estava dando muita bola pra isso ..." (Dep.nº15, p.124). Esta idéia de que essa preocupação com o comportamento sexual das enfermeiras pertencia às pessoas de gerações anteriores é confirmada por uma ex-chefe do setor: "o pessoal da Campanha era jovem, de um modo geral na enfermagem, quem tinha o poder na mão era jovem, eu tinha 23 anos e tinha poder na Campanha ... então a tolerância era muito grande" (Dep.nº36, p.158). A mudança das mentalidades com a evolução dos costumes é registrada por uma das pioneiras: "eu, com toda

essa formação mais rigorosa, religiosa ... botava uma venda nos olhos, fui me acostumando a tolerar ... uma menina de vida mais livre contava as histórias dela, no princípio eu me espantava, mas depois ..." (Dep.nº5, p.44).

Há consenso entre as pessoas entrevistadas de que, no âmbito da Campanha, ao contrário do que ocorria nas escolas de enfermagem, quase sempre as sanções a transgressões da moral convencional foram mitigadas. Não havia a prática de excluir, transferir ou mesmo preferir as supervisoras devido a problemas dessa ordem. Quem conviveu e observou trinta anos comenta: "tinha realmente esses casos todos ... de mãe solteira, de problemas entre enfermeiras e médicos, de homossexualismo, mas aquilo ia-se fazendo que não estava vendo e ia embora, ia continuando e só terminava quando tinha que terminar mesmo, ninguém interferia ... não é o caso nem de ter sofrido punição, mas nem mesmo aquela sanção velada, aquela discriminação ..." (Dep.nº5, p.44). Se a tolerância era grande, não era de modo algum incondicional. Em primeiro lugar, vinha a contrapartida do trabalho realizado acima de qualquer outra consideração ou obstáculo, o que era claro, pelo menos para algumas: "o que contava era o serviço que se fazia, o importante é que não era fácil encontrar pessoas pra dar conta do recado ... o resto, pouco se me dava ..." Mas também era claro que essa tolerância fazia parte de uma política mais geral e que a exigência dessa contrapartida vinha mais do alto: "na Campanha tinha um certo liberalismo, mas esse liberalismo era depois de você dar conta do trabalho, no nível que eles queriam ..." (Dep.nº36, p.160e171).

Depois havia o problema do grau de interferência que pudesse ter a situação criada para a instituição. Se o parceiro envolvido fosse uma pessoa desconhecida na Campanha, provavelmente o assunto seria aparentemente ignorado: "no final do ano, fiquei grávida, fui trabalhar no dispensário de *uma cidade do grande Rio*, depois que eu terminei, entrei de licença ... fiquei muito tempo na sede, fazendo mais treinamento, depois fiz outras supervisões ..." (Dep.nº2, p.42). Se o caso ocorresse no âmbito da Campanha, seria muito mais tolerado se ocorresse no nível central: "apesar de eu ter tido um caso na divisão, minhas colegas, mesmo as chefes, e os outros profissionais, nunca senti nenhum constrangimento ..." (Dep.nº8, p.79). Também fazia diferença o nível hierárquico de *com quem* se dava o envolvimento: "*uma colega* me falou que ela não tolerava é que fosse namorar qualquer um, tinha que ser de diretor pra cima ..." (Dep.nº36, p.158).

Alguém que transgrediu as normas de comportamento tradicional, vigentes à época, embora hoje não se sinta como tendo sido prejudicada, reconhece que pelo menos se sentia mais visada do que as outras: "eu realmente nunca me senti alijada, é bem verdade que eu tinha um cuidado muito grande, eu vivia dentro de um padrão um pouco diferenciado ..." (Dep.nº8, p.79). Uma outra supervisora que teve problemas dessa natureza atribui essa benevolência a que "as enfermeiras da seção sempre foram muito inteligentes, elas sabiam separar as coisas, não se envolviam com coisas pequenas, raciocinavam numa linha filosófica muito alta, muito séria, então eu acredito que isso, somado à parte humana, o seu lado bom, não dava lugar à rejeição ..." (Dep.nº2, p.64). No entanto essa aceitação benevolente não foi invariável, nem incondicional. Há pelo menos um caso "exemplar": "*o supervisor regional* e eu, quando nós chegamos lá, ela não

estava, tinha vindo pro Rio, por conta dela ... não tinha o que supervisionar mais ... voltou-se, aí a atitude foi imediata — *não dá pra ela ficar!* ... ela veio porque teve um caso com um médico e teve uma dificuldade que veio resolver no Rio, e achou que não podia dizer pra gente ... então foi convidada a pedir demissão ... ninguém perguntou o que ela tinha a dizer e ela não quis dar satisfação ... ficou com medo de ter que dizer o que tinha vindo fazer ...". Nesse caso duas das principais "regras da casa" foram transgredidas. A primeira, foi o descumprimento das ordens do nível central. A outra, foi o envolvimento com uma pessoa "de fora", mas que poderia por em risco o sucesso do trabalho a ser executado. As razões alegadas para a saída dela foram duas, ambas relacionadas ao problema da confiança, ou seja da obediência e da lealdade da supervisora: "o fato de ela não ter dito que vinha, poderia ter inventado qualquer história, que era problema de saúde, mas ter dito que vinha, pra não ir ninguém lá e ficar com a cara assim ..."; e ainda "o fato dela ter se envolvido com o médico ... na época era difícil o trabalho ... e ela envolvida emocionalmente com aquele médico [do local], não teria condições de fazer as coisas que ela tinha que fazer." (Dep.nº36, p. 154-157).

A falta de confiança do diretor do serviço colocaria em risco até o bom nome profissional da supervisora: "o *diretor* acabou transferindo a *supervisora* "a bem do serviço" ... *ela* tomou horror à Tuberculose, *ela* tem mágoas profundas ... ela ia ser colocada à disposição da D.P. [divisão de pessoal] ... o *médico da Campanha* que conseguiu a transferência dela ..." (Dep.nº18, p.76).

Conclusão

A enfermeira tornou-se o agente estratégico de penetração da Campanha nos Estados porque o tipo de inserção dos médicos da Campanha no mercado de trabalho não permitia seu deslocamento para fora da região metropolitana, o que os levava a recusar as viagens, mesmo as de curta duração. Além disso, a natureza do trabalho a ser realizado, basicamente treinamento de pessoal auxiliar e reorganização técnico-administrativa de dispensários de tuberculose, não era considerada condizente com o papel e a posição do médico. Nos estados da federação, a supervisora tinha mais poder do que a autoridade emanada de seu próprio cargo poderia lhe conferir. A força da supervisora para garantir o alcance das metas da Campanha decorria de um tipo especial de saber, próprio da enfermeira, mas não comparável ao saber médico, o único reconhecido como verdadeiramente científico. Nos estados, a enfermeira exercia uma autoridade delegada pela alta administração central. A enfermeira supervisora da Campanha gozava de considerável prestígio nos Estados, como representante direta do Superintendente, do qual recebia uma portaria de designação; era recepcionada no aeroporto pelas autoridades locais do programa de tuberculose e era recebida em audiência pelo Secretário de Saúde. Devido à sua posição estratégica de agente institucionalizador do projeto da CNCT, missão essa cumprida com ardoroso desvelo, a enfermeira da Campanha desfrutava de posição privilegiada na sede, desproporcional ao status de sua profissão na sociedade.

Para cumprir as metas e resguardar os interesses da Campanha, a supervisora eventualmente contrariava interesses locais, mas esperava-se que fosse capaz de contornar os

impasses político-administrativos criados pela sua própria intervenção. Nos casos de atrito entre a supervisora e o médico local, o poder central podia decidir pela substituição do médico, pela retirada da supervisora (e conseqüente interrupção dos trabalhos), ou ainda, pela substituição da supervisora. A valorização da presença da enfermeira da Campanha nos Estados correspondia ao papel que representava, na situação e não à sua própria pessoa; este fato, quando não era percebido claramente por ela, tornava-se fonte de conflitos e atritos, devido à forte pressão psicológica a que era submetida, pelos órgãos da sede, para "sair-se bem", isto é, cumprir sua missão em qualquer situação e ao contrário, pelo nível local, no sentido de conformar-se ao papel tradicional da enfermeira. Sempre que a supervisora avaliava mal esse jogo de forças, poderia terminar sendo retirada daquele cenário, o que sempre era por ela vivenciado como uma injustiça, um desprestígio, uma falta de habilidade profissional e sempre acompanhado de sentimentos de desvalor, humilhação e ressentimento, às vezes muito duradouros.

A preparação da supervisora é reforçada através de um programa de educação continuada, dentro e fora da instituição. Esta reciclagem do capital humano funcionava também como incentivo profissional, gratificação afetiva e promoção institucional. A Comissão Técnica da CNCT era a principal articuladora do discurso hegemônico sobre o combate à tuberculose. Publicações e congressos de enfermagem, ou de tuberculose, incumbiam-se de divulgar, com grande frequência e destaque, a produção científica das supervisoras.

Na Campanha, o padrão racional, impessoal e legal, próprio das relações hierárquicas nas organizações burocráticas, era alterado por uma certa *pessoalidade* das relações. Necessidades, interesses e conveniências das supervisoras eram levados em conta pelo poder central, desde que se tratasse de pessoas dedicadas ao serviço e empenhadas no cumprimento de suas missões, criando-se assim um pacto, útil para a conservação do sistema. Apesar de que o cumprimento dessas missões exigisse das supervisoras qualidades ausentes do ideal feminino, a subordinação do setor de Enfermagem aos órgãos chefiados por homens, de status social mais elevado do que o seu, reforçavam aquelas qualidades da supervisora consideradas como femininas.

2. A MÍSTICA DA ENFERMEIRA-SUPERVISORA

Introdução

Nesta seção, discute-se a situação da mulher no pós-guerra, especialmente as resistências sociais às recentes conquistas femininas, e o efeito destas circunstâncias na formação da identidade da enfermeira da CNCT e o impacto causado por esta nova identidade nos estereótipos da enfermagem e da mulher. Os depoimentos das pessoas entrevistadas sustentam os aspectos teóricos e abordam os seguintes temas: a contribuição da enfermagem para a afirmação dos direitos da mulher; a extensão dos papéis de mãe e dona de casa para o cenário dos sanatórios; as dificuldades para conciliar as exigências do marido e filhos com as obrigações profissionais. Outros depoimentos relacionam-se com o estigma de "mulher fácil" que ameaçava as enfermeiras, especialmente quando viajavam sozinhas em missão profissional e as estratégias defensivas para garantir sua respeitabilidade. A identificação da supervisora com o gênero masculino emerge, aqui e ali, no seu discurso e em atos simbólicos como a escolha de um uniforme de corte masculino.

Como analisa a historiadora mexicana Josefina Zoraida Vásquez, a guerra - além de ter provado a capacidade das mulheres na frente de batalha, na administração, na produção, nos hospitais - também "privara milhões de mulheres dos apoios e proteções tradicionais e elas resistiram às provas." No plano jurídico institucional, a ONU havia tomado a igualdade de direitos humanos como fundamento de sua existência e o Comitê Interamericano de Mulheres, da OEA recolheu importante documentação sobre as discriminações sexistas nas Américas. (Vásquez *in* Unesco, 1985, p.106). No Brasil, apesar de haver conquistado o direito ao voto em 1932, a mulher ainda era considerada civilmente incapaz, seu estatuto social se assemelhando ao dos menores e dos índios. Com o final da guerra e o retorno da força de trabalho masculina, a ideologia que valoriza a diferenciação de papéis por sexo, atribuindo à condição feminina o espaço doméstico, é fortemente reativada, no sentido de retirar a mulher do mercado de trabalho. As mensagens veiculadas pelos meios de comunicação enfatizam a imagem da "rainha do lar", exacerbando-se a mitificação do papel de dona-de-casa, esposa e mãe. Novamente o trabalho externo da mulher é desvalorizado, tido como suplementar ao do homem. (Alves & Pitanguy, 1985, p.50-52).

Os valores de classe média, a imagem idealizada da enfermeira e a mística da Campanha constituem o substrato da identidade profissional da enfermeira da Campanha. Entre os traços marcantes da antiga configuração da classe média destacam-se o culto à respeitabilidade, aos negócios, às ideias liberais, ao pragmatismo, bem como inibições de ordem ética e moral, o repúdio ao ócio e à perda de tempo. O trabalho, que de preferência não deve ser manual, e a independência, isto é, não ter patrões, constituem finalidades da vida (Azevedo, 1990, p.90). Naturalmente que estes valores, embora aceitos também pelas mulheres, referem-se aos homens.

Diante da forte oposição de maridos, apoiados pela autoridade dos médicos, ao trabalho da mulher fora de casa, o celibato poderia continuar a ser, como o foi para Florence Nightingale, uma opção deliberada, não só nos casos de uma "vocação" religiosa ou altruísta (enfermeiras, assistentes sociais, professoras), mas pode também representar "o preço a pagar" por uma autonomia financeira e profissional, através do trabalho. (Perrot, 1991, p.300). Sobre aquela que se tornou o mito fundador da enfermagem, comenta a pesquisadora inglesa Rosalind Miles: "Depois de sua heróica estada na Criméia, Florence Nightingale tornou-se a solteirona mais famosa do mundo. Sua recusa em casar-se era uma clara enunciação do valor que emprestara à sua autonomia,, sua individualidade e à integridade de seu corpo. Ela também tornou sua rejeição ao casamento muito explícita com sua proclamação de que *as mulheres precisam sacrificar tudo em suas vidas se aceitarem "isso"* (um pedido de casamento de um homem) ... por trás do destino *dele* a mulher é obrigada a aniquilar-se." (Miles, 1989, p.296).

Aliás, no Rio de Janeiro da década de 20, Carlos Chagas, no seu famoso *Apelo às moças brasileiras*, teve a preocupação de assinalar, ainda que discretamente, a saída que a enfermagem poderia representar para a mulher, no que se poderia chamar uma "emancipação com honra": "Encarada em seu aspecto social e interpretada na grandeza moral de seus objetivos, a função de enfermeira virá constituir para a mulher brasileira um vasto campo de atividade produtiva, na qual se exercitem todas as excelências de su'alma piedosa e altruística, na qual se efetivem seus altos ideais de emancipação pelo trabalho nobilitante." (DNSP, 1922, p.4).

Essa conotação religiosa dada ao trabalho da enfermeira tanto mais se fazia necessária quanto, à época, a igreja católica se empenhava em reforçar a imagem tradicional da mulher na sociedade, quando o próprio papa Pio XII, em 1943 condenava o trabalho remunerado da mulher, considerando-o "deletério à família e à ela própria" desde que "o ofício da mulher, sua maneira, sua inclinação inata é a maternidade." (*in* Cardoso, 1980, p.42). Com efeito, os dados do IBGE para 1950 mostram que as "taxas de atividade feminina" apresentam um ápice na faixa etária de 15 a 19 anos (24,0% de participação), após a qual se observa um progressivo decréscimo, mais importante entre 20 e 29 anos (19,8% e 14,7%), portanto na idade correspondente ao casamento e à maternidade. (*in* Cardoso, 1980, p.60).

Quanto à enfermagem, em 1957, apenas 532 (26,4%) das 2012 enfermeiras em atividade eram casadas, enquanto que 1.460 (72,6%) eram não casadas, o que incluía 1.284 solteiras, 101 religiosas e 50 viúvas; dez dessas enfermeiras não declararam seu estado civil (1%). Ao contrário, entre as 231 inativas, 146 (63,3%) eram casadas e 77 (33,3%) eram não casadas; 8 dessas enfermeiras não declararam seu estado civil (3,4%). Entre as causas de afastamento do exercício da profissão, a principal é o casamento, justificativa apresentada em 115 casos (49,8%); outras razões alegadas foram, em ordem decrescente: aposentadoria, insatisfação/desajustamento, motivos de saúde, saída do país, falta de estabilidade, falta de colocação e mudança de residência. (Associação Brasileira de Enfermagem, 1980, p.54 e 60-61).

Na Campanha, vários dos afastamentos e pedidos de demissão, pelo menos no que se refere ao setor de Enfermagem, tem como razão a dificuldade de conciliar o casamento e os

filhos com o emprego. Mas os depoimentos não deixam transparecer uma revolta face a esse problema, nem em relação à Campanha, nem ao marido, nem aos filhos e nem à sociedade. Parece mais que o fato de ter que deixar um emprego, do qual se declara gostar muito, é encarado como uma contingência *natural* à sua condição de mulher, esposa e mãe. Por outro lado, deixar de trabalhar para fazer um casamento socialmente vantajoso não pareceu causar espécie a nenhuma delas, parecendo mais a materialização do sonho do "príncipe encantado". Quando o conflito de papéis tornava-se incontornável, quase sempre levou a melhor o papel feminino tradicional, pois até à ocasião da gravação dos depoimentos, das oito supervisoras casadas entrevistadas, três haviam deixado a função de supervisora por motivos relacinados à família, enquanto que apenas uma chegou a separar-se do marido por um período de cerca de três anos, mas não se sabe até que ponto por interferência de sua carreira; quatro das entrevistadas permaneceram com o emprego e o casamento.

Deve-se notar também que o salário da supervisora, por vezes ainda acrescido de parte do valor das diárias, não era de modo algum desprezível no orçamento de uma família de classe média, podendo algumas vezes chegar a equivaler ao de seu marido. Também é de se notar que todas as supervisoras casadas que foram entrevistadas, ao se casarem já trabalhavam na Campanha e portanto já tinham estabelecido um estilo de vida independente. Das três que deixaram o emprego na Campanha, apenas uma empregou-se imediatamente em um hospital do Rio; uma segunda deixou de trabalhar até que os filhos crescessem e a terceira aposentou-se definitivamente por motivo de saúde.

O advento da supervisora da Campanha ocorreu no bojo de um movimento de intensificação de escolarização das mulheres. Em contraste com aquele papel da mulher pertencente à classe dominante, "que não trabalhava", ocorria a profissionalização feminina nas diversas categorias: um número reduzido de intelectuais, um número crescente de operárias, principalmente em determinadas indústrias, como a de tecelagem. Na classe média, como prolongamento natural do curso "normal", surgiram aos poucos oportunidades nos cursos das faculdades de filosofia, ciências e letras. Na área da saúde, depois do curso de enfermagem, veio o de serviço social e o de nutrição, o que não quer dizer que não houvesse médicas, mas estas, além de serem muito poucas, encontravam-se quase confinadas em certas especialidades, tidas como mais condizentes com sua condição feminina, ou seja: "a mulher não deve trabalhar, se puder evitá-lo; se não puder evitá-lo, deve trabalhar em ocupações femininas" (Cardoso, 1980, p.71). Uma pesquisa internacional, abrangendo quatro países europeus, três países africanos, e um da América do Norte, na década de 60, mostra que os inconvenientes do trabalho feminino são assinalados sobretudo pelos homens, que têm a respeito a seguinte imagem-guia: "a mulher solteira deve trabalhar; a mulher casada sem filhos pode trabalhar (às vezes com certas reservas); a mulher casada com filhos pequenos não deve trabalhar." (Lauwe, 1967, p.22-23).

Tais ocupações, ditas femininas incorporavam a mística do eterno feminino: "a mulher, para ser considerada feminina, deveria incorporar uma identidade marcada pelo recato, pelo ideal de casamento e maternidade, pela obediência e submissão, pela negação de seu corpo e de seus instintos, pelo reconhecimento da completa supremacia do homem no grupo familiar e

na sociedade em geral ... O próprio sistema educativo interiorizava essa ideologia da submissão. O ambiente rigorosamente patriarcal fazia com que essas meninas-mães, através do casamento, caíssem na esfera de domínio do marido, que agora substitui o domínio do pai ... Apesar de se reconhecer à mulher o direito de reivindicar a ascensão a novos papéis, vivíveis no desempenho de novos caminhos profissionais, as mulheres continuam ainda a identificar-se aos próprios papéis que lhe são atribuídos por um sistema institucional eminentemente patriarcal ... na sociedade brasileira de hoje, os papéis convencionais são ainda supervalorizados e considerados primordiais em nossa cultura e, apesar de certas inovações no âmbito profissional, as mulheres, mesmo as mais urbanizadas, parecem extremamente ligadas a atitudes conservadoras enraizadas em hábitos bastante orientais de nossa cultura patriarcal." (Della Cunha, 1989, p.77-78 e 95).

As limitações impostas às mulheres não se restringem àquelas diretamente relacionadas à maternidade. "Biologicamente condicionada a gestar o feto e a nutrir a criança nos seus primeiros meses de vida, a mulher foi socialmente condicionada a cumprir funções reprodutivas muito mais amplas, que seriam, por assim dizer, *complementares* ao papel de mãe, que a natureza lhe predestinou. Se a mulher, como gestante e nutriz, tem que renunciar à atividade externa ao domicílio, nada mais *natural* que ela se dedique também ao serviço pessoal dos outros membros da família que não sofrem o mesmo impedimento." (Singer, s.d., p.22). Além do mais essas funções complementares continuam a lhe serem atribuídas mesmo quando ela trabalhe "fora de casa". As que se casaram e continuaram trabalhando na Campanha tiveram que cumprir todas as tarefas consideradas inerentes ao trabalho doméstico e portanto atribuídas às donas de casa, inclusive as que foram agregadas ao seu papel de esposa e mãe, exatamente pela razão de que ficavam em casa, como o cuidado com os enfermos e os débeis. (Duran, 1983, p.49-50). Embora não só saíssem para trabalhar diariamente, mas viajassem constantemente, tinham que aceitar a responsabilidade do cuidado da casa, dos filhos, do marido, de pessoas velhas ou doentes.

Essa situação é geral entre as mulheres instruídas: "ao lado das dificuldades no trabalho, a trabalhadora de nível superior também enfrenta contradições no domicílio, na medida em que todos (inclusive ela mesma) alimentam expectativas de que qualquer mulher que tenha marido e filhos desempenhe funções de esposa e mãe que freqüentemente são difíceis de conciliar com a atividade profissional. Mesmo disposta de empregada, ela se vê atormentada pela sobrecarga de atenções solicitadas e o sentimento de culpa por não poder atendê-las satisfatoriamente. Dilaceradas por demandas contraditórias decorrentes de seu duplo papel social, a trabalhadora se vê envolvida num processo cumulativo, em que a discriminação no trabalho se justifica pelo fato dos encargos familiares tornarem a mulher pouco confiável para a empresa, ao mesmo tempo que ressentimentos (reais ou presumidos) dos demais membros da família, devidos à ausência da dona de casa, nem por isso tornam dispensável os seus ganhos para compor o orçamento doméstico." (Singer, s.d., p.10). Assim, "a enfermeira que conseguiu assumir-se, em parte, como cidadã, profissionalizando-se e posteriormente trabalhando, se defronta com um conflito cruzado de culpa e ansiedade que na maioria das vezes a dilacera, fazendo-a sofrer de uma sensação de deslocamento espacial, por não saber exatamente como está refletida, pelos olhos das pessoas que a observam — se está bem ou mal na vida. Em diversos momentos se sente pouco feminina, pouco sensual, esposa e mãe deficiente ..." (Lima, 1991, p.3-4).

Nesse contexto a supervisora da Campanha oferecia à sociedade uma imagem atípica, não só de mulher, mas também de enfermeira:

- por ter feito estudos universitários ao contrário de seus pais e da maioria das enfermeiras religiosas;
- por ter saído solteira da casa dos pais e economicamente independente;
- por executar um trabalho de cunho "caritativo", mas remunerado, ao contrário das damas da sociedade e das religiosas;
- por assistir não só a mulheres e crianças, mas também a homens e de classe social inferior à sua;
- por viajar sozinha, trabalhar com autonomia, tomar decisões e fazer cumpr-las;
- por seu enfrentamento com os médicos dos serviços de saúde, ao contrário do geral das enfermeiras diplomadas, formadas para "cumprir as ordens médicas".

O desempenho das enfermeiras da Campanha, além de exorbitar daquilo que a sociedade urbana brasileira poderia esperar, não se coadunava com o que a indústria cultural americana do pós-guerra difundia como o papel feminino. As funções de mando e principalmente as viagens, que às vezes duravam muitos meses, causavam estranheza, a elas mesmas, aos seus pretendentes e à sociedade local de onde iam trabalhar. Como desde os tempos coloniais e ainda no século 19, o fato de uma mulher sair sem companhia masculina fazia com que fosse tida e tratada como prostituta, em meados do século 20, jovens mulheres, emancipadas economicamente e viajando sozinhas, poderiam ser mal compreendidas. Por isto o choque cultural era inevitável. (Davatz, *in* Fund. Carlos Chagas, 1979, p.72).

A antipatia entre as supervisoras (e as demais *paramédicas*) e as mulheres dos médicos decorria de uma desconfiança da parte a parte: a essas profissionais incomodava o diletantismo da dona de casa que desvalorizava seu trabalho, enquanto que as esposas dos médicos, além de verem nas supervisoras rivais em potencial, sentiam-se prejudicadas pela "crescente institucionalização daquelas tarefas ditas tradicionais por elas ocupadas, tais como obras de caridade, associações filantrópicas, trabalhos sociais nas paróquias" (Della Cunha, 1989, p.96), através das quais buscavam elas mesmas utilizar-se "dos próprios meios que a sociedade lhes oferece para alcançar algum nível de poder ... manipulando a ideologia da especificidade de papéis de sexo e de classe" como "o endeusamento da imagem da mulher bondosa e caridosa (*marianismo*)" pela ocupação de campos livres em áreas consideradas femininas, e pela utilização "das relações de classe personalizadas para obter favores políticos (paternalismo)" (Feldman-Bianco *in* Fund. Carlos Chagas, 1979, p.258-259). Assim, as supervisoras da Campanha, lutando por um espaço profissional entre a caridade e a filantropia, não podiam ver nas religiosas ou nas damas da sociedade, que executavam trabalho não remunerado, mas competitivo em relação ao da enfermeira, figuras a serem imitadas.

Numa perspectiva tradicional "uma forte ilegitimidade cerca as eventuais incursões da mulher no mundo do que é socialmente definido como trabalho, ou seja trabalho fora da unidade doméstica e que capacita à reprodução da unidade [doméstica] como um todo. O homem e a mulher ideais circulam em duas esferas diferenciadas do social. Ou melhor, o homem circularia em ambas e a mulher circularia apenas no círculo mais restrito." (Duarte, 1987, p.196-197). O fato de a supervisora da Campanha circular nas duas esferas do social, além de afastá-la desse tipo ideal de mulher, levava-a até certo ponto à dissociação entre sua identidade de mulher e

de enfermeira, aproximando-se esta de uma identidade mais "masculina", tanto que podemos perceber, como manifestação da capacidade pessoal da supervisora uma certa agressividade, destoante do paradigma feminino.

A supervisora carecia portanto de modelos de mulher apropriados ao seu desempenho que, ao afastar-se do modelo feminino tradicional se aproximava um tanto do modelo masculino da época, onde "o sucesso profissional, a audácia e a coragem" são positivamente valorizados, levando a uma "recusa das virtudes consideradas femininas" e ao mesmo tempo a uma representação acrítica da estrutura sócio-econômica como condicionante da discriminação contra a mulher. Deste modo "a mulher auto-suficiente incorpora certos valores do complexo cultural do *machismo* e passa a exercê-los sobre as demais, reforçando assim a discriminação contra ela própria." (Cardoso, 1980, p.90-91). Essa identificação da mulher com o grupo dominante, que as leva a se verem do ponto de vista dos homens, assimilando assim suas atitudes, tem como móvel a expectativa de participar de seu prestígio. (Rocheblave-Spenle *in* D'Avila Neto, 1980, p.15-16).

Em suma, em sua prática concreta a supervisora da Campanha se deparava com as seguintes condições e situações desvantajosas:

- uma situação de dominação de gênero;
- uma classe social de origem média ou modesta;
- uma oposição religiosa ao trabalho feminino remunerado;
- uma clientela proveniente da mais baixa extração social;
- um trabalho de cunho eminentemente prático e assalariado;
- uma profissão subalterna frente à hegemonia médica;
- uma carência de modelos socialmente aprovados;
- uma atribuição de insegurança relacionada à juventude.

As relações de gênero se reproduzindo no espaço profissional, levariam a que a supervisora reproduzisse a atitude conservadora da mulher brasileira, no que se refere à comunicação [segundo] um padrão rígido e estereotipado, agindo num sentido vertical descendente por ordens e num sentido vertical ascendente por súplicas." (D'Avila Neto, 1980, p.62).

Enfermagem, trabalho de mulher

A ex-superintendente Haydée Guanais Dourado faz o seguinte comentário a respeito da situação da mulher brasileira na sociedade e da contribuição primeiro, do curso normal e depois, do curso de enfermagem para a valorização da mulher: "minha avó, que era de uma sociedade de 1800, morreu em 1898, tinha tido doze filhos, estavam todos vivos, eu sou filha de professora primária, minha mãe ensinou vinte e oito anos, não se tinha ainda o traço cultural da mulher ir estudar no Pedro II, estudar coisas neutras, pra fazer vestibular, então o curso normal foi algo muito adequado para a mulher ... mas a gente vê que é uma faca de dois gumes, as mulheres aceitavam aquela remuneração tão pequena ... falta escrever a história do quanto a enfermagem contribuiu para a mulher progredir nos seus direitos, para a mulher ir mais além, no sentido de desenvolver os seus atributos de personalidade, tão importantes pra todas as civilizações, então,

foi uma coisa que ela deu e recebeu ... a enfermeira, mediante a profissão, ela recebe, ela tem a remuneração, ela tem a oportunidade de trabalhar fora do lar, ela tem a oportunidade de se desenvolver mais ... assim, ela contribuiu para, na cultura, a mulher ter posição mais elevada, ela foi uma via para a mulher crescer ..." (Dep.nº VI, p.31). Não obstante, já em meados do século 20, o preconceito contra a mulher e o preconceito contra a profissão de enfermeira se superpunham de modo inextrincável: "eles não consideravam a enfermagem como uma profissão igual à deles, eles consideravam a enfermagem uma profissão subalterna ... e de outro lado é o machismo do nordestino, principalmente com a profissão de enfermeira ... eles queriam primeiro a preponderância do ponto de vista machista e depois queriam a todo custo mostrar que a enfermagem não tinha um *status* igual ao da medicina ..." (Dep.nº41, p.28).

A conotação da enfermagem como trabalho servil transparece em muitas histórias, quase todas ocorridas em capitais do nordeste: "ele [o diretor] tirou o pé do sapato e botou em cima da mesa, eu falei que ele se compusesse pra poder falar com as enfermeiras, porque ninguém ali era empregada doméstica da casa dele, aí acabou a reunião ..." (Dep.nº41, p.26). As próprias supervisoras associavam, e ainda associam o trabalho de enfermagem e o trabalho de dona-de-casa: "a gente saía da escola e começava a administrar, porque tinha aquele conceito maior, que a enfermagem é uma extensão da sua casa, e a gente tinha dons pra isso, eu não me lembro de nenhuma colega que tivesse se saído mal ..." (Dep.nº15, p.10); ou então: "eu acho que toda mulher precisa fazer enfermagem, a mulher fica muito mais segura como enfermeira, porque toda mulher é um pouco mãe e um pouco enfermeira, fazendo enfermagem ela vê a vida diferente, ela enfrenta a vida diferente, eu acho que toda mulher precisava fazer enfermagem ..." (Dep.nº31, p.3). Nessa concepção do trabalho de enfermagem como extensão do trabalho de dona-de-casa estavam incluídas as tarefas de limpeza: "a gente só recrutou pessoal alfabetizado, com terceiro ano pelo menos, pra servente e pra auxiliar com ginásio; eu fiquei tanto tempo com os serventes quanto com os auxiliares de enfermagem ... pra limpar o sanatório, desde o oitavo andar até em baixo ..." (Dep.nº30, p.45); ou então: "pra inaugurar Curicica ... nós fomos pra lá de noite ... as enfermeiras foram donas de casa, fizeram tudo ... lavaram banheiro ..." (Dep.nº17, p.24). Justamente por ser a enfermagem primitivamente uma extensão do trabalho doméstico, a tentativa de superar essa situação de "inferioridade" poderia levar a supervisora a rejeitar esse aspecto do papel profissional: "a *enfermeira* era mandona, era a dona do negócio, como toda enfermeira e mulher, ela achava que tinha que resolver a parte doméstica, hoteleira, do hospital ... eu disse — *eu vou ver a parte de enfermagem, propriamente dita, eu não vou tocar fogo em colchão, nem vou fazer lençol para doente, nem vou vestir doente, não ...*" (Dep.nº8, p.47).

Nos serviços de tuberculose, a chefe de enfermagem e o diretor reproduziam, com maior ou menor dificuldade, os papéis aprendidos na família, inclusive aquela comunicação dicotomizada ordens/súplicas ou até a antecipação na resolução de problemas, evitando assim a necessidade da ordem mesma: "meu relacionamento com o diretor do hospital foi muito bom, no sentido de que nós não tínhamos atrito do ponto de vista do exercício do poder ... ele ia para o dispensário e depois ainda tinha outros encargos, às vezes ele ia para o seu consultório particular, quando ele chegava no hospital, eram dez horas, onze horas, pra cuidar de noventa e quatro pacientes ... então se houvesse algum paciente que passava mal e que não era seu dia

de visita, então cabia a mim acompanhar a evolução do paciente e levar à presença dele ... no caso das hemoptises foi pré-estabelecida uma prescrição ... pedidos de exames de rotina ... na admissão, para alta ..." (Dep.nº34, p.62-66). Ou então: "o *diretor do sanatório* era uma pessoa temperamental, muitas vezes ele chegava no sanatório já com raiva, e quando ele chegava assim, a primeira pessoa que fosse falar com ele, ele já descarregava ... eu respeitava isso e não ia lá ... eu não gostava de levar nenhum problema pra ele na frente das pessoas, que ele começava a se exasperar, às vezes até batia na mesa ... quando ele serenasse, quando ele estivesse só havia oportunidade da gente questionar ... eu conseguia muitas coisas pra enfermagem, que eu até podia achar que eram favores, mas não eram, era um direito, mas eu sentia por parte dele muito respeito pelo meu trabalho, e olhe que meu temperamento não era assim muito maleável, eu era uma pessoa até de certo modo rígida com os princípios de meu trabalho ..." (Dep.nº42, p.26-27). O comportamento dessa mesma chefe com suas subordinadas era bastante diferente, como também seu comportamento com as mesmas colegas, mas fora do sanatório. Como ela mesma conta: "minhas colegas reclamavam muito, que eu era duas pessoas — dentro do trabalho, eu vestia uma carcaça de ferro, talvez fosse por uma questão de personalidade, e quando eu chegava dentro do ônibus, era diferente, a gente já ia combinando pra ir ao cinema, uma coisa qualquer ..." (Dep.nº42, p.27).

Nos sanatórios, apesar das declarações de que o serviço de enfermagem ser considerado modelo e de que a enfermeira gozava de grande prestígio, ao contrário essa situação poderia ser percebida como desconfortável: "se chamava a enfermagem de *paramédica*, como se a enfermeira fosse guarda-costas do médico, como que estava ali pra aparar as arestas entre o médico e o paciente, a enfermagem ficava como coisa intermediária, embora existisse um número maior de enfermeiras, existia o predomínio da presença masculina, não tinha médico-mulher na época, era só homem ...". As restrições à autoridade da enfermeira eram vivências cotidianas, principalmente se e quando implicassem em despesas: "quando a enfermagem fazia requisição de material, sempre havia uma restrição no almoxarifado, tinha sempre a necessidade de ir atrás do médico, pra que ele desse o visto, pras coisas serem facilitadas ..." (Dep.nº42, p.15)

Às vezes parecia haver uma confusão entre as figuras de enfermeira e de mãe: "quando tinha criança operada, eu ficava ali, do lado da cama, porque eu tinha muita pena de ver uma criança bem pequena, tendo que se submeter a uma cirurgia daquela, violenta!" A confiança na excelência da equipe não chegava a permitir o afastamento, ainda que momentâneo: "eu ficava olhando a noite toda, até sair daquela fase, quando a criança complicava, *avemaria* ! deixar morrer? não confiava, ficava quinze dias no hospital, sem vir em casa ..." (Dep.nº7, p.17).

O trabalho abnegado e as qualidades femininas

Também é alegado o peso da tradição de trabalho abnegado da enfermeira no Brasil, de que a Campanha tirou partido desde o início: "toda vez que o negócio é penoso, é difícil de fazer, qual é o profissional que todo serviço pensa mandar fazer? em todo lugar sempre é a enfermeira que assume maior soma de responsabilidade, maior volume de encargos, é o

profissional da equipe de saúde mais sobrecarregado de trabalho ... eu acho que a Campanha persistiu nessa opção de mandar a enfermeira [para os estados] durante tantos anos porque a enfermeira é o profissional que aceita com mais facilidade todos os encargos que lhe são atribuídos ..." (Dep.nº21, p.110).

Em certas unidades do hospital, de grande complexidade e trabalho intensivo, a enfermeira poderia sentir-se muito poderosa, devido ao alto grau de controle que exercia sobre todos os elementos do processo de trabalho: "eu tinha quase cem funcionários trabalhando comigo, onze enfermeiras, os médicos-residentes, tinha três cirurgias de tórax por dia, na *recuperação*, eram oito leitos, oito doentes com dreno, tendo que fazer a *ordenha*, tendo que pressionar o tórax pra tossir, tendo que aspirar a *traqueostomia*, era muito movimentado, os médicos tinham muito respeito por mim, os residentes, as enfermeiras que trabalhavam comigo, os auxiliares me adoravam ... eu chegava de manhã, na hora do almoço vinha correndo, fazia supervisão nos pavilhões de pré e pós-operatório, ficava ali [no centro cirúrgico], só saía na hora de ir embora ..." (Dep.nº7, p.16-17).

A sensação de não haver espaço social para o reconhecimento de seus méritos de todas as maneiras legais e formais previstas no serviço público, levou muitas supervisoras a desempenhar funções de fato, mas não de direito: "existia uma leva de enfermeiras boas, maravilhosas, nós éramos as grandes enfermeiras, a gente chegava e *arrasava*, eu era supervisora de quatro pavilhões, cada pavilhão tem setenta e dois leitos, eu mandava naquele povo todo, fazia escalas e tudo o mais ... mas a gente não tinha gratificação, a gente ia por amor, não queria saber de cargo, a gente sabia que estava indo nas boas intenções, como se supervisora fosse ..." (Dep.nº15, p.69); ou então: "criou-se essa função de supervisora, *de ato, não de fato*, ganhava até uma gratificação, mas nunca houve uma portaria que dissesse que era supervisora ..." (Dep.nº36, p.104); e ainda: "eu alcei a uma coordenação, embora nunca tenha sido de direito, mas sempre foi de fato, sempre tinha um coordenador, mas na verdade quem dava as coordenadas, quem agilizava, quem estruturou todo o serviço fui eu ..." (Dep.nº34, p.25).

A realização de cursos, embora valorizada pela chefia de enfermagem, muitas vezes ocorria em condições que hoje em dia seriam consideradas inaceitáveis, pelo prejuízo acarretado, em horas de estudo e de lazer ou com ônus financeiro para a própria enfermeira: "havia uma que era muito boa para estudar mais administração então, eu propus a ela que ficasse sem trabalhar, mas que ela ganhasse a metade, porque o marido dela era militar, não seria uma questão financeira que impedisse; então ela fez o curso de um ano na Fundação Getúlio Vargas ..." (Dep.nº14, p.15). E de outra vez: "eu fui selecionada pra fazer o curso do hospital da Lagoa, eu me propus a trabalhar de noite, seis meses seguidos, noite sim, noite não, e fiquei feliz porque concordaram ..." (Dep.nº15, p.68); ou ainda: "a *chefe do setor* me convidou pra fazer o curso de Administração Hospitalar em São Paulo, mas eu fui sem bolsa, só com meu ordenado, fiquei morando numa escola de enfermagem ..." (Dep.nº42, p.17).

O ideal de serviço universal, sem distinções de classe, como uma construção ideológica, se mostra na seguinte descrição de *entrevista pós-clínica*, ficando evidente, ao contrário o desnível

entre a enfermeira e sua clientela: "o paciente saía da consulta médica, vinha pra consulta de enfermagem e num primeiro momento, a enfermeira — com muita delicadeza, com muita educação, como uma pessoa igual a ele, podia ser preto, branco, rico, pobre ... de modo geral os tuberculosos são de baixo nível, de baixa renda — procurava fazer uma sabatina — o que aquele doente tinha percebido, como foi que o médico fez e traduzia para o paciente ... ela passava aquilo de maneira tão cristalina, de maneira tão didática, tão educada, ela ia jogando aqueles conhecimentos, aquela informação, em cima do paciente ... aquela voz ... era uma doutrinação ..." (Dep.nº15, p.63-64).

De um outro modo, a posição desvantajosa de gênero, de classe e de profissão transparecem em duas situações relatadas por diferentes supervisoras, envolvendo ambas uma relação de ajuda, no primeiro caso de caráter assistencial e no segundo, de ensino. Em ambos os casos a pessoa envolvida era do sexo masculino e ligada à medicina (um estudante e um recém-graduado); o estudante era cliente do dispensário e o recém-graduado era médico. Nos dois casos, a atuação da supervisora extrapolou o que se pudesse entender como uma ajuda profissional individualizada, realizadas em locais e horários previstos nos procedimentos correntes para essas atividades de orientação (educação sanitária e assessoria). Parece mais que as supervisoras se sentiram desvanecidas com o fato de que, naquele momento especial de suas vidas, aquele estudante de medicina e aquele médico, delas dependessem para resolver problemas para eles cruciais e urgentes, nelas reconhecendo um poder e um saber que ultrapassavam o deles próprios: "aí ele me falou que era acadêmico de medicina, perguntei de quem ele era filho, onde morava, fui com ele no laboratório, ensinei como tossir, fui com o técnico de laboratório, fui com ele no hospital, fui na casa do rapaz conversar com a família, e a gente internou esse rapaz no outro dia de manhã, não passou em reunião nem nada ..." (Dep.nº8, p.25-26); e o outro caso: "eu treinei o médico que estava como supervisor do programa, ele tinha sido admitido naqueles dias, não sabia nada de programação de tuberculose, e eu tinha muito pra dar, pra orientar ... no final da tarde ele chegava no hotel com uma série de dúvidas, pedindo que eu o orientasse, eu tive um trabalho muito grande, mas que me foi muito gratificante ..." (Dep.nº2, p.60).

Além das dificuldades decorrentes da condição de gênero, de classe e de profissão, somava-se ainda as da idade. A avaliação geral era a de que a missão era muito pesada para a pouca idade e experiência das supervisoras: "todas jovens, saíram pra lá, deixaram suas casas, suas coisas, chegaram lá e encontraram dificuldades ..." (Dep.nº16, p.41); "a chefe de enfermagem da Campanha lançava as meninas pros lugares, tudo era gente moça, e ficava esperando que elas dessem mais do que poderiam dar ..." (Dep.nº23, p.33).

Outra característica desejável na supervisora era a de que, além da competência técnica requerida, ela fosse capaz de aliar as qualidades ditas femininas de doçura, tolerância e bom humor. Um ex-chefe da SOC compara duas chefes de enfermagem: *fulana* era "chata, matriarcal, não queria nada, vivia criando caso *sicrana* era cordial, alegre, satisfeita, *bonitona*, era uma pessoa que acomodava, sabia defender [a enfermagem], mas da maneira dela, espertamente ..." (Dep.nº20, p.66). Além de tudo, na opinião de um ex-diretor, a enfermeira deveria ainda ser bela: "eu fiz uns testes muito curiosos sobre a recepção da enfermeira [nos domicílios] —

quando botava uma enfermeira feia, a recepção era mais baixa, quando botava uma enfermeira bonita, a recepção era mais alta, isso foi comprovado por nós ... eu falei com elas — *enfermeira tem que se apresentar bem, enfermeira tem que ser bonita, uma cara bonita ... a aceitação de uma mulher ...*" (Dep.n^o17, p.31).

A casa e o trabalho

A carreira na Campanha mostrava-se muito adequada a uma enfermeira solteira e sem filhos: "a Campanha nunca me fez fazer renúncias particulares, eu sempre fiz todas as supervisões, passava um mês, dois meses fora, mas em nenhum momento eu sinto que ela tenha me atrapalhado minha vida particular, que alguma vez eu tenha perdido alguma oportunidade porque eu estivesse na Campanha ..." (Dep.n^o34, p.46).

O curso de enfermagem poderia ser uma alternativa ao casamento e também um impedimento a ele: "eu vim com minha irmã, ela estudou o 1^o ano, depois voltou, e eu continuei fazendo enfermagem, ela casou e eu terminei o curso ..." (Dep.n^o31, p.1-2). A opção pela carreira na Campanha desmanchou muitos romances: "ela não queria ir de jeito nenhum, estava namorando, já estavam pensando em casar e tudo, e quando fizeram a escala das enfermeiras que iam pra Porto Alegre, lá se foi ela, mas foi chorando, sabe?" (Dep.n^o30, p.55). Ou então: "fui chorando, por causa de deixar o namorado ... não fui obrigada, mas fui chorando ... aí, ganhei o porta-jóias de dona Delzuite, prêmio de consolo, porque eu fui constrangida ..." (Dep.n^o22, p.16e32).

A atitude frente ao casamento poderia ser caracterizada pela ambivalência. O conflito entre o desejo de casar e o de ser uma mulher de carreira evidencia-se nos atritos ocasionados pelo trabalho: "quando eu viajei, ele foi me visitar no *sanatório* e foi um dia só de atrito, porque ele queria que eu voltasse e eu não queria voltar, ele era o maior inimigo de Curicica, fiz tudo pra ele fazer uma visita a Curicica, nunca fez, disse que eu punha Curicica em primeiro lugar ...". No motivo do rompimento também há ambigüidade entre o ciúme e uma incompatibilidade religiosa: "geralmente início de ano eu estava fora ... uma vez voltei sem avisar ... e o *noivo* estava firme no Carnaval ... foi aí que eu descobri o *podre* dele ... mas o que interferiu mais foi a minha religião, que preconiza o não casamento de um crente com um descrente ..." (Dep.n^o22, p.32e186).

A ocorrência de um casamento socialmente vantajoso, ensejado pelo emprego, é mencionado por todas as enfermeiras contemporâneas ao fato, que não esquecem de ressaltar atributos que valorizam a colega, apesar de enfermeira: "*fulana*, era de uma família de intelectuais no *estado do nordeste*, uma menina muito bonita, alta, morena de olhos verdes ... quando fizeram a escala pra ela ir viajar, ela não queria ir ... lá se hospedaram no melhor hotel da cidade e ela começou a namorar o filho do dono ... começou um *flertezinho* de mesa e deu certo ... hoje é *high-society* ... foi em função da Campanha que ela conheceu o marido ..." (Dep.n^o30, p.34,55-56).

A família de origem, bem como a futura família, poderiam ser um empecilho à carreira: "eu tive uma oferta de uma bolsa de estudo pela Fundação Kellog, mas eu estava noiva, com casamento marcado, e minha família precisava da minha ajuda pra meus dois irmãos voltarem a estudar, então eu fiquei ... até hoje eu sonho que estou indo pros Estados Unidos ... foram razões muito justas, mas numa outra área da minha compreensão eu não resolvi bem ..." (Dep.nº30, p.68-69).

Quando ocorria, o casamento representava quase sempre um corte na trajetória profissional, por implicar em um compromisso de abandonar a carreira e dedicar-se ao lar, promessa que poderia ser adiada até o nascimento dos filhos ou reformada pela concessão de poder trabalhar, mas como atividade secundária às suas obrigações de esposa e dona de casa: "fiquei no dispensário-escola mais ou menos um ano, até sair de licença pro nenem nascer, depois pedi licença sem vencimentos, porque meu marido já vinha dizendo que eu não precisava trabalhar, pra que esse negócio de trabalhar ... no dia que eu tive um filho, já não tinha mais a desculpa ... fiquei sete anos sem trabalhar ..." (Dep.nº30, p.69-70). Ou então: "eu me casei, tirei férias acumuladas, de dois meses, com a decisão de que não voltaria a trabalhar, porque me casei, mas o irmão dele convenceu meu marido de que eu devia trabalhar, que já havia um investimento profissional ... os compromissos de casa não iam me tomar o tempo todo ..." (Dep.nº1, p.40).

No caso de continuar trabalhando depois de casada e com filhos, o emprego vinha então se superpor a todas as tradicionais obrigações da mulher, que historicamente lhe foram atribuídas exatamente pelo fato de que ela não deveria ausentar-se do lar mas, das quais não foram poupadas pelo fato de "trabalhar fora" ou mesmo viajar: "em casa, os filhos iam bem, cuidava bem do marido, da mãe idosa, que morava com ela, tudo o que fazia, a meu ver, era assim um ajustamento para servir ..." (Dep.nº14 p.44). Para atender ao mesmo tempo às necessidades da família, às exigências do marido e conseguir manter seu bom emprego, a supervisora necessitava de auxílio, principalmente para poder viajar, auxílio esse que só poderia vir de outra mulher: "a hora de chegar em casa era uma preocupação, ela tinha medo, porque ele [o marido] não admitia que ela chegasse atrasada ... mas ela viajava, estava sempre à disposição ... a sogra ajudava muito ... ela tinha crianças pequenas ..." (Dep.nº5, p.14).

Assim, esse tipo de acordo só sobrecarregava a mulher, já que a ela nada era dispensado. As viagens de supervisão poderiam trazer dramas de consciência insuportáveis, testemunhados por quem os viveu e por quem os presenciou: "o *marido* não gostava que eu viajasse, nem mesmo que trabalhasse, eu só ia em último caso, mas eu estava no setor justamente pra fazer supervisão ... quando eu chegava, encontrava as falhas dentro de casa, a coisa era triste pra mim, as crianças superdoentes, todo mundo cheio de problemas ... eu queria largar era de uma vez ... eu vi que não tinha mais condições de trabalhar ... eu me aposentei ... com problema de depressão então eu passei inteiramente à parte de dona de casa, doméstica ..." (Dep.nº24, p.62e67). Outro caso: "a *colega* casou, foi pra lá, e na época ela teve um filho e ficava muito nervosa, o *marido* queria que ela deixasse o emprego, ela queria deixar porque não dava conta, era aquele negócio da responsabilidade, a coisa da culpa ..." (Dep.nº36, p.195).

No setor de enfermagem, dependendo dos programas a serem desenvolvidos no Rio, poderia haver uma certa acomodação na escala, de modo a contornar os impedimentos pessoais relativos às viagens, mormente quando a supervisora tivesse uma folha de serviços relevantes e também se compensasse essa limitação com um outro tipo de produção, que exigisse habilidades especiais. Apesar disso, a mulher casada e com filhos pequenos, mesmo que conseguisse permanecer no setor, poderia ter sua carreira truncada: "eu voltei pro Rio, já com dois filhos, a partir daí comecei a me ligar muito mais à parte de treinamento e supervisão, dentro dos cursos, minha parte era a de levar alunos pra estágio, então eu comecei a fazer viagens mais curtas ..." e "eu acho que parei muitos anos na minha vontade de crescer, fiquei muito naquilo que me dessem, nunca procurei ... apesar de sempre existirem oportunidades, eu recusava sempre, tentava recusar, porque aí minha vida ia entrar em crise ..." (Dep.nº1, p.51,56).

A pressão em casa associada à da chefe do setor de enfermagem, mais as perspectivas de transferência da capital, poderiam obrigar a supervisora a mudar de emprego, mesmo sem querer: "eu fiquei no setor nove anos, o motivo de eu ter saído foi porque eu teria que fazer supervisão também em sanatórios fora do Rio, eu teria que passar três meses, eu não tinha condição de ir, eu não estava conseguindo conciliar problemas domésticos e trabalho ... e o boato era que nós teríamos que trabalhar em Brasília ... aí houve um concurso para o antigo Distrito Federal, eu passei e deixei a Campanha, eu senti porque eu gostava muito da Campanha ..." (Dep.nº29, p.18-19).

Mulher moderna ou menina fácil?

Apesar de muitas das enfermeiras da Campanha serem nordestinas, seu tempo de escola de enfermagem, muitas vezes numa cidade grande, e o cargo que agora ocupavam, faziam com que houvesse um certo choque cultural à sua chegada nos estados: "chegamos no Ceará e fomos pro Excelsior Hotel ... eu tinha um medo danado que as meninas, acostumadas com essa vidinha de Rio de Janeiro ... e eu dizia — *pelo amor de Deus, sorvete lá na praça do Ferreira depois das nove horas da noite, ninguém faz isso, porque todas ficam faladas ...*" (Dep.nº30, p.38).

Se a supervisora chegava sem o supervisor da Campanha e se não tivessem sido feitos acertos pelo pessoal local, ela poderia ter problemas: "rodei pra conseguir me hospedar num hotel bom, porque eu estava sozinha, sem referências ..." (Dep.nº1, p.40). Mesmo depois de acomodadas, seus novos hábitos de moradoras de cidade grande poderiam deixá-las ao desabrigo: "depois da reunião, o *diretor nacional* convidou o grupo todo pra jantar ... quando o *médico da Campanha* veio nos trazer, a moça não abriu a porta, que já passava das dez horas, aí o jeito foi nos levar para o hotel ..." (Dep.nº18, p.44).

De modo geral, a aparência da enfermeira da Campanha não correspondia ao *estereótipo* da profissão: "ele disse — *a senhora não tem cara de enfermeira ... por exemplo, D. Marina Rezende ... você olha e vê a touca na cabeça dela, mesmo que ela esteja sem [a touca] ... quando a senhora chegou eu perguntei pro médico da tuberculose — apanhastes no aeroporto a moça*

certa?" (Dep.nº18, p.39). As supervisoras acreditam mesmo que tivessem um *ar* diferente: "quando você vai chegando no desembarque, parece que pela fisionomia você já diz que é do ministério ... o assessor do secretário disse — *eu vim lhe pegar, o secretário está esperando* ... eu perguntei — *como o senhor me conheceu?* ele disse — *é que quando vem gente do ministério, a gente logo vê, pelo porte* ..." (Dep.nº7, p.29). Esta desenvoltura poderia ser mais aparente do que real. A ansiedade ligava-se muito à falta de hábito das mulheres em andarem "desacompanhadas" e poderia começar antes da viagem: "comer sozinha, sentar sozinha, ficar sozinha no hotel ..." (Dep.nº1, p.36). A falta de hábito de andar sozinha ou de ficar sozinha poderia levar a uma falta de autonomia: "eu disse que queria ficar num pensionato de freiras ... uma moça não podia ficar em hotel, nem pensão ... e eu não era habituada a ficar sozinha ... umas freiras ótimas, o ambiente era ótimo, a gente fazia muita festa ..." (Dep.nº31, p.9-11).

Jovens mulheres, com um comportamento diferenciado daquele previsto no papel tradicional da mulher e ainda por cima viajando sozinhas, poderiam ser mal compreendidas ou confundidas com *mulheres fáceis*: "o pessoal da divisão de tuberculose do estado estava no aeroporto nos esperando, alguém disse — *a senhora está vindo organizar o serviço, mas eu também já lhe arranjei uma pessoa pra lhe mostrar a lua* ... eu achei horrível, fiquei de mau humor ... talvez o indivíduo julgasse que eu era uma mulher *superlivre*, que eu estava ali mais pra me divertir do que para trabalhar ... uma mulher viajando sozinha, e enfermeira ..." (Dep.nº1, p.9-10).

Na maioria das vezes, as abordagens sexuais, quando relacionadas ao pessoal local, eram percebidas como manobras para enfraquecer o ímpeto reformador da supervisora, sendo portanto, consideradas ameaçadoras ao sucesso de sua missão: "de vez em quando você encontrava alguém que queria tirar uma *casquinha* ... você passava por situações um tanto delicadas ...". A tentativa poderia ser de conchavo "ele [o secretário de saúde] estava querendo que eu fosse conivente com ele ..."; ou então de desqualificação: "era pra que eles pudessem me desmoralizar por esse lado ..." (Dep.nº8, p.80e82).

A supervisora vivenciava uma realidade sócio-cultural ambígua, na qual ela pagava o ônus de uma posição de mulher moderna, acrescido ao de não ser uma *menina fácil*: "um médico do hospital, proprietário de uma casa de saúde, cirurgião de renome, ofereceu um jantar pra nós no clube, foi também o diretor do hospital, fomos todas bem vestidas, sentamos e ele foi chamado ... quando voltou disse que não poderíamos ficar, que nós éramos mulheres desconhecidas na cidade ... foi algo que eu nunca esqueci ... e foi assim nossa recepção ... fomos *barradas* ... então fomos jantar na casa de saúde ..." (Dep.nº15, p.47-48).

As qualidades ditas femininas e consideradas essenciais ao desempenho do papel de enfermeira tornavam-se impedimentos à sua participação em equipes nas quais a presença de uma mulher só poderia ser aceita quando um homem se responsabilizasse pessoalmente por ela: "muitas mulheres se ofereciam pra viajar e elas diziam ao Noel [Nutels] que não tinham problema de ficar junto, que não tinham preconceito, e ele dizia — *mas nós temos!* ... a primeira mulher que viajou conosco foi *assistente social*, porque foi casada ... trabalhou, passou a *lua-de-mel* viajando pelo Xingu com oito homens, mas aí estava junto com o marido ..." (Dep.nº11,

p.20). Quando essa equipe ampliou seus objetivos de trabalho, houve algum trabalho em cooperação: "eu dei um treinamento a pedido do doutor Noel Nutels e do Miranda ... eu fui conhecer o trabalho que a *supervisora* implantou com o pessoal do Susa no estado ... eu fui a primeira enfermeira que trabalhou com o Susa, mas eu tenho a impressão que eles não queriam, porque o Susa era uma *igrejinha* ..." (Dep.nº8, p.59e62).

A posição estratégica da enfermeira supervisora, sobre a qual se assentava sua força, ao mesmo tempo tornava-a muito vulnerável, criando a necessidade para ela de ser capaz de aliar a um bom desempenho técnico à habilidade de manter relações cordiais, mas apenas cordiais, com as autoridades locais, cujos titulares às vezes se comportavam como legítimos descendentes dos senhores de engenho e dos coronéis do sertão, o que muitas vezes eram de fato: "eu só fazia aquilo que, discutido com as pessoas que eram os *donos* ... se as pessoas responsáveis não consentiam, não tinha serviço de tuberculose, não tinha chefe de enfermagem que me fizesse fazer ... aí eu fui me dando melhor ... e fui fazendo aos poucos o que tinha que fazer ..." (Dep.nº8, p.51e81).

Ainda que o trabalho fosse rigidamente padronizado e normatizadas as regras de comportamento das supervisoras, cada uma delas reagia às situações de um modo peculiar: "eu dava respostas ... que nós estávamos ali com um ofício do *diretor nacional* para o secretário de saúde, atendendo a um pedido ... — *é só o senhor arranjar um outro ofício para o diretor nacional dizendo que nossa presença está dispensada* ... aí ele nunca mais falou que a gente era desnecessária ..." (Dep.nº18, p.42). Outra supervisora exemplifica: "não procurei o pessoal como sendo da terra, achei que esse tipo de relacionamento poderia dificultar o meu trabalho e o secretário de saúde não era pessoa que eu tivesse algum tipo de relação afetiva, me apresentei como um técnico do ministério da saúde ...". (Dep.nº3, p.12).

Os arranjos locais

A obrigação de trabalhar fora da sede, longe da família ou de pessoas amigas, em uma cidade estranha, o que era pouco usual para as mulheres naquela época, gerou a praxe, apontada como vantagem adicional, das supervisoras se hospedarem nas residências de enfermeiras existentes em alguns sanatórios: "tinha um bangalô perto do hospital e ali ficavam hospedadas as enfermeiras da Campanha e elas então já não precisavam de transporte, a alimentação eles davam e elas tinham acesso também à lavanderia do hospital; então, era uma situação muito boa pra um trabalho que fosse temporário; elas podiam passar lá dois, três anos, não era difícil ..." (Dep.nº14 p.14). A solução era bem aceita pelas supervisoras que, sem exceção, já haviam morado nos internatos das escolas de enfermagem e que valorizavam o acolhimento das colegas: "eu fiquei sozinha, o hotel começou a ficar caro, e as enfermeiras me levaram pra residência, eu fiquei uma semana lá ... as enfermeiras todas eram de dedicação exclusiva e moravam ali, viviam quase que como uma família ..." (Dep.nº3, p.15). Quando os sanatórios não dispunham mais de uma casa para as enfermeiras, poderiam ser arranjadas acomodações no próprio sanatório: "era muito longe, e para economizar as diárias, me deram um quarto, junto do quarto do médico de

plantão ..." (Dep.nº8, p.44). Esses arranjos, além de convenientes financeiramente, poderiam oferecer verdadeiros encantos: "um lugar de temperatura amena, nunca senti calor nem frio, uma beleza, a *supervisora* ficou organizando o hospital e eu o dispensário, nós ficamos hospedadas no hospital ... quem nos acordava era o moço vendendo pão, e uns cuscuzes maravilhosos" (Dep.nº25, p.53-55).

Também escolas de enfermagem costumavam hospedar enfermeiras, inclusive as da Campanha. Esses arranjos eram feitos pelo pessoal local ou mesmo por médicos ou enfermeiras da Campanha: "a *supervisora* arranhou hospedagem, nos instalamos na escola das freiras, tinha outras enfermeiras lá, eu conheci dona Izaura Barbosa Lima lá [da DOS/MS]" (Dep.nº1, p.10). Ou então: "eu morava na escola das *irmãs*, porque tinha umas professoras que moravam lá, então o *médico local* conseguiu um apartamento pra mim lá ..." (Dep.nº8, p.51). E ainda: "eu fiquei numa escola adiantadíssima para a época, você tinha seu apartamentinho, você podia receber seus amigos, suas amigas, as enfermeiras eram muito cordiais ..." (Dep.nº8, p.55). Quando não havia escola de enfermagem na cidade, o alojamento poderia ser em uma escola de auxiliares de enfermagem ou mesmo em uma maternidade: "a diretora da escola de visitadoras nos chamou pra morar lá, porque o internato não existia mais ..." (Dep.nº1, p.23). Ou então: "o *secretário* nos colocou num apartamento enorme, uma suíte, que era da diretora, que não morava nessa escola de auxiliares de enfermagem ... e fazendo refeições na maternidade ..." (Dep.nº18, p.45). E ainda: "eu me hospedei na maternidade, conseguida pelo diretor do sanatório ..." (Dep.nº19, p.24).

Finalmente a hospedagem não era tão gratuita assim. Primeiro porque não havendo pagamento de horas-extras, havia um entendimento tácito de que as diárias valiam como complementação salarial. Por outro lado, além de a Campanha prestar ajuda financeira às escolas, geralmente a enfermeira era solicitada a dar aulas sem remuneração, o que aliás nem lhe passaria pela cabeça pedir. Também a hospedagem poderia ser negociada como contrapartida do estado: "o *supervisor* falou com o *médico do dispensário* que normalmente os estados nos ofereciam hospedagem, que nós ganhávamos pra trabalhar apenas seis horas, aí ele falou com o secretário ..." (Dep.nº18, p.45). Mas, na situação, esse arranjo, que afinal não era justo, poderia ser conveniente, e não só pelo lado financeiro, mas também pelo lado afetivo e de desenvolvimento profissional: "dei umas aulas no curso de enfermagem, em retribuição à hospedagem [na matéria do médico que conseguiu a hospedagem] ... foi uma convivência muito boa ... elas me davam um apoio muito grande ..." (Dep.nº8, p.51).

A difícil relação com o gênero fraco

A chegada das enfermeiras aos estados poderia causar não só comoção na sociedade local, mas até a necessidade de disputar o espaço com as tradicionais responsáveis pela enfermagem, lutando com as mesmas armas, como ilustra o seguinte depoimento: "a *Ave Maria* era ouvida por todas as casas cearenses que tinham rádio" e um dia o padre disse "que se admirava muito de as autoridades entregarem um hospital como o Maracanaú a umas mocinhas

de lábios pintados e sem nenhuma formação religiosa, quando tinha as irmãs ... eu cheguei lá, falei: — *eu quero dizer ao senhor que o bispo do Rio de Janeiro, D.Jaime [de Barros Câmara], é que fez o meu retiro pra entrar na Escola Anna Nery e fez meu retiro para sair da Escola Anna Nery ...*" (Dep.nº13, p.7-8).

Ações filantrópicas desenvolvidas em seu campo de ação, por *donas de casa*, mas de condição social superior à sua, poderiam despertar rivalidade e despeito, que se manifesta em expressões pejorativas de designação de estado civil e condição de classe. A reorganização de um sanatório pela equipe da Campanha, poderia ensejar uma promoção do governo do estado, mediante um programa de assistência social liderado pela *primeira dama*, ressuscitando de certo modo o que foram as *alas femininas auxiliares* do tempo da administração Paula Souza: "aí a *enfermeira local* fez uma campanha com a mulher do governador, houve um chá beneficente, com o dinheiro compraram fazendas ... várias *damas da alta sociedade* foram fazer a costura dos lençóis, dos pijamas ... a assistente social que trabalhava na casa civil, junto à primeira dama do estado, foi colocada à disposição do sanatório ... alguns pacientes que eram do interior eram levados por um grupo de pessoas que não eram assistentes sociais, mas faziam atividades sociais ... essa parte social da primeira dama ..." (Dep.nº8, p.47-49). O trabalho parecia perder seu atrativo devido à presença de mulheres de outra classe social e diletantes: "aí, nos outros estados já houve a participação de mulheres de médicos ... já foi um negócio mais devagar, um negócio sem cansaço, sem *stress*, sem emoção." (Dep.nº15, p.116). No entanto, a conotação de trabalho caritativo dado à enfermagem levava a mesma supervisora à valorização das recompensas morais e espirituais: "eu dei muito de mim nessa época, foi a época que eu mais me realizei como profissional, apesar de todos os problemas eu me realizei muito, me doeí muito no serviço, me doeí muito aos pacientes ..." (Dep.nº8, p.19).

A supervisora poderia representar uma ameaça às mulheres imbuídas de sua posição tradicional de esposas, principalmente em uma situação em que a supervisora trabalhasse intensivamente com seu marido: "eu não queria ficar a vida toda lá, então trabalhava noite a dentro, pra fazer a revisão dos arquivos ... eu acho que mandaram dizer pra mulher dele que eu trabalhava com o marido dela de noite e ela deve ter ficado preocupada, com ciúmes ... foi lá, grávida, quase nos dias de dar à luz ... " (Dep.nº41, p.49). Uma colega que presenciou a situação opina: "a gente já sabia que a esposa dele era ciumenta, era jovem, muito bonita, recém-casada, não tinha razão de ter ciúmes, mas era ciumenta mesmo ..." (Dep.nº22, p.128). Mesmo que a supervisora já tivesse sido alvo de desconfiança por parte da mulher de um médico, ou talvez mesmo por isso, quando o diretor tivesse um *caso*, a supervisora se aproximaria da esposa e trataria de desconhecer *a outra*, enquanto tal: "eu nunca me envolvi nesse aspecto ... eu conhecia a *segunda*, mas não tinha nenhuma relação de amizade ... porque eu acho que minha posição era essa ... eu conhecia a esposa e frequentava a casa dela ... mas eu nunca falei nem contra nem a favor, que eu não tenho nada com isso ..." (Dep.nº41, p.78-79).

O problema da enfermeira-supervisora da Campanha não se radicava apenas na questão do trabalho feminino, pois embora a enfermeira detivesse mais poder, a assistente social reconhecidamente tinha mais prestígio: "essas assistentes sociais eram muitas vezes de famílias

de médicos, filhas de colegas, então você tinha que tratar com elas com mais cuidado, menos rudeza". O mesmo médico lembra que as assistentes sociais eram às vezes maldosamente referidas por alguns como "mocinhas ricas desajustadas" (Dep.nº20, p.62-64), o que denota que o seu prestígio não se ligava propriamente à sua profissão, mas possivelmente a uma inserção de classe de origem mais elevada do que a das enfermeiras. Uma ex-chefe de serviço de enfermagem de sanatório tem uma visão particular: "a assistente social era muito mais prestigiada do que a enfermeira, o paciente tinha muito mais confiança e liberdade de lançar seus problemas pra elas, que eram tidas como as pessoas que resolviam os problemas deles, o serviço social era convidado pra participar das reuniões do centro de estudos, pra dar opinião sobre os problemas do paciente, mas a enfermagem só era convidada quando vinha uma pessoa de fora fazer uma palestra ..." (Dep.nº42, p.12). O modo de trabalhar da assistente social no dispensário é contrastado com o da enfermeira como uma oposição entre teoria e prática: "o serviço social da unidade ajudou muito nesse sentido ... da teoria, da filosofia de trabalho, não da formiguinha trabalhando [como] a enfermeira ..." (Dep.nº20, p.58).

Mas a enfermagem poderia ter problemas também com as demais profissões paramédicas e femininas, que competiam no mesmo espaço e com desvantagens semelhantes, mas que nem sempre se solidarizavam. O depoimento é de uma ex-chefe de enfermagem de sanatório: "a gente sentia uma certa competição profissional, o serviço social queria provar que era o mais importante, e a enfermagem não trabalhava pra mostrar que era uma atividade essencial, por sua formação a enfermeira se encolhia, se reprimia, ela era tímida ..." (Dep.nº42, p.13). E com a nutricionista: "quando o doente falava com a enfermeira que estava com fome, que não gostou da comida, e a enfermeira ia tomar providências a favor do paciente, a nutricionista não compreendia, achava que era ingerência da enfermeira, sempre existiam conflitos ..." (Dep.nº42, p.14). Entretanto, havia espaços de cooperação e até gestos de boa vontade. Na percepção das enfermeiras: "na sede, o trabalho das assistentes sociais não aparecia muito, elas não tinham atuação, elas começaram naquelas pesquisas ..." (Dep.nº2, p.55).

A identificação com o gênero forte

O sentimento de grupo era forte e trazia uma enorme sensação de *poder fazer*, quando a conjuntura lhe era favorável: "o setor de enfermagem conseguiu concentrar treze supervisores e nós brincávamos, de uma para outra, dizendo que nós éramos *As Treze Mulheres de Ouro* ... sem nenhuma associação com *os homens de ouro* da matança da baixada fluminense ..." (Dep.nº15, p.118).

Na percepção das supervisoras, a decisão, tomada por elas mesmas, sem que tivesse havido nenhuma sugestão nesse sentido, por parte da instituição de usar um uniforme, fortaleceu o seu grupo: "nós decidimos que pra gente ser mais respeitada, mais acatada, a gente se sentir melhor ... a gente se sentia muito importante nele, era uma necessidade de nos identificarmos perante o serviço, perante nós, perante a comunidade local ..." (Dep.nº15, p.118-119). É interessante notar que essa escolha recaiu sobre o vestuário do médico da sede, que à época usava

terno e gravata, outrora símbolo de *status* da burguesia liberal, urbana e intelectual. (Azevedo, 1990, p.90). Sem abdicar das marcas então distintivas da mulher de classe média (a *maquillage* caprichada, o cabelo arrumado, as meias finas, a *lingerie* rendada, o sapato de salto alto, a bolsa elegante, o perfume francês, as jóias), a escolha do modelo recaiu sobre um estilo de roupa inspirado na moda masculina: "a gente escolheu um uniforme de linho e outro de lã; o de lã era cinza, casaco de mangas compridas, dois bolsos e uma saia comprida, uma prega atrás; o de linho também, saia e casaco, e uma blusa [*chemise*] ..." (Dep.nº15, p.119). Enfim, o uniforme era o que se chamava *tailleur*, e da melhor qualidade: "nossos primeiros uniformes foram confeccionados não por um costureiro, mas por um alfaiate, que trabalhava numa loja famosa ..." (Dep.nº15, p.119).

Pelo menos na fantasia das supervisoras, tal uniforme era motivo de admiração e até de inveja: "os de fora viram muito bem e tinham um respeito que se traduzia por uma admiração; as colegas de qualquer setor, hospitalar ou dispensarial, por onde nós estávamos a trabalho, nos viam assim; e a gente tinha orgulho daquilo, porque algumas colegas locais gostariam de ter feito aquilo — *não, isso é prerrogativa das supervisoras do setor de enfermagem.*" (Dep.nº15, p.119).

Somente ao final da década de 60, o uso de calças compridas se generalizou entre as mulheres, mas mesmo assim, para conquistar o direito de seu uso na sede da Campanha, foi necessário lançar mão de uma estratégia: "o *diretor administrativo* foi consultado e recusou, disse que não admitia, não compreendia, que era proibido ... o regulamento do funcionário público ... um dia, eu disse pra *uma assistente social* — *vamos vir nós duas amanhã de calças compridas?* eu não podia *aprontar* sozinha ... nós duas éramos chefes, a gente veio, e realmente foi um sucesso, todo mundo começou a usar ..." (Dep.nº15, p.122).

Embora nunca tenha havido na campanha um enfermeiro, nem nos sanatórios, nem nos dispensários, nem no nível central, muitas vezes as ex-supervisoras, ao se referirem a si mesmas, o fazem usando o gênero masculino: "a enfermeira era o mais envolvido, o mais engajado com o trabalho ... eu achava **os enfermeiros** mais comprometidos com o todo ..." (Dep.nº3, p.23); ou então "**aquele supervisor** que devia ter uma postura moral, uma postura ética, uma postura profissional, que toda vez que **ele** saía da sede, **ele** saía com uma apresentação assinada pelo diretor do serviço ..." (Dep.nº15, p.117).

Apesar da ordem hierárquica determinar a estrita subordinação das enfermeiras ao setor de enfermagem, e do reconhecimento do corporativismo médico na defesa de seus interesses, no caso de uma dificuldade maior, a supervisora poderia preferir arriscar-se a uma negociação direta com o chefe da SOC *por cima* da chefe de enfermagem, por ver aí maiores chances de sucesso: "era uma guerra terrível, como você sabe, a medicina é uma *máfia*, ninguém pode ir de encontro a eles, porque eles se somam, o que não é muito isso na enfermagem ..." (Dep.nº41, p.29). E em outra época: "estava de casamento marcado, aí fui conversar com o doutor Alferes, que a Delzuite não tinha muita abertura pra gente entrar nesses detalhes, falar que eu ia casar não dava ... o doutor Alferes já era uma pessoa mais aberta ... pronto, vim tranqüila! (Dep.nº30, p.11-12).

Também a pouca consciência das questões de gênero envolvidas em seu trabalho, que poderia levar a um comportamento mais solidário entre as enfermeiras da Campanha, fazia com que muitas procurassem apoios vistos como mais eficazes. A enfermeira até podia se sentir mais à vontade para discutir suas dificuldades com o supervisor-médico do que com a enfermeira-supervisora: "eu não tinha experiência nenhuma de comando, nem de coordenação, aí veio a *supervisora* falou, mostrou ... agora o *supervisor regional* ia lá com mais frequência, me ajudou muito ... eu sempre achei que eu tinha muito mais apoio, muito mais flexibilidade, do *supervisor* do que com as enfermeiras, isto não resta dúvida ..." (Dep.nº8, p.16e29).

Conclusão

O surgimento das supervisoras da Campanha coincide com a abertura de oportunidades de escolarização e profissionalização para as mulheres brasileiras, porém tais oportunidades estavam concentradas em certas áreas de atividades consideradas compatíveis com a "natureza feminina". Essas ocupações ditas femininas incorporavam a mística do "eterno feminino", sintetizada no ideal de casamento e maternidade, nos valores de recato, obediência e submissão, na restrição dos instintos e no reconhecimento da supremacia do homem. A mulher instruída e exercendo atividade fora do lar introjetava expectativas sociais dificilmente conciliáveis com as obrigações profissionais.

A enfermeira, no sanatório de tuberculose, lutava ainda contra heranças domésticas (babá, criada, cozinheira), contra preconceitos relativos ao trabalho manual, ligados ao trabalho escravo, e ainda contra a condição feminina de "objeto de cama e mesa". Ao contrário, a supervisora da Campanha forneceu à sociedade uma imagem atípica de mulher. Elementos importantes para a formação desta identidade são a posse de um diploma universitário e a execução de um trabalho de caráter altruísta, porém bem remunerado. A presença de homens na esfera do seu exercício profissional, a necessidade de viajar sozinha, a autonomia de seu desempenho, a competência para impor o cumprimento de normas e, finalmente, o enfrentamento com médicos dos serviços de saúde, a diferenciavam das professoras das escolas de enfermagem e das demais enfermeiras de serviço. A supervisora da Campanha tinha mais dificuldade em conciliar seu papel feminino tradicional com sua carreira profissional do que as professoras em geral (e também as das escolas de enfermagem), que não tinham que viajar e trabalhavam em instituições de mulheres e dirigida por mulheres.

Além do preconceito contra a mulher que trabalha, e ainda por cima viaja a trabalho, as ausências seguidas e prolongadas dificultavam o estabelecimento, na cidade do Rio de Janeiro, de laços afetivos que pudessem levar ao casamento e ao mesmo tempo, sua permanência nos Estados não era longa o suficiente para isto, além de sua condição local de forasteira, de moça sem o respaldo de sua família. Na CNCT, vários dos afastamentos e pedidos de demissão, no setor de Enfermagem, explicavam-se pela dificuldade das mulheres casadas para atender às exigências do emprego ao mesmo tempo que exerciam, de forma convencional, seus papéis de esposas e mães. Entre as que se casaram e continuaram trabalhando, embora quase todas

tivessem problemas de família para viajar, elas suportavam viagens de dois meses ou mais, por ser o emprego da Campanha importante fonte de renda familiar, além do que as viagens representavam oportunidades de ganhos extras (economia das diárias, hospedagem, transporte e refeições gratuitos).

Para fazer face a essas desvantagens, as supervisoras elaboraram estratégias defensivas, como a rejeição às atividades profissionais mais aproximadas ao trabalho doméstico, um afastamento das demais "paramédicas" e das "damas da sociedade" e uma identificação com os médicos da sede.

3. A LUTA CONTRA O BACILO E A GUERRA DE NERVOS

Introdução

Neste capítulo, discute-se o conceito de saúde como direito do cidadão em oposição ao direito ao consumo de saúde, idéia esta que se tornou hegemônica com a evolução do setor Saúde. Mostra as enormes repercussões dessa ideologia na CNCT e o papel estratégico desempenhado pela enfermeira supervisora na implantação dos esquemas de tratamento padronizados. Às considerações teóricas somam-se os testemunhos das pessoas entrevistadas sobre os seguintes temas: mudanças nas condições de trabalho em decorrência da adoção de novos esquemas terapêuticos; as relações enfermeira-paciente, do ponto de vista profissional e afetivo; as características, vantagens e importância da entrevista pós-clínica; os atritos entre médicos e enfermeiras causados principalmente pelos ressentimentos dos primeiros e pela sua recusa em adotar o esquema terapêutico padronizado. Outros depoimentos dizem respeito às difíceis relações entre a supervisora e as autoridades locais e ainda, às condições de seleção e treinamento do pessoal auxiliar.

A saúde como direito, em contraposição à saúde como consumo, implica em uma ordem social produtora de saúde, na medida em que viver na ordem social "implica num contrato em que esta ordem se obriga a prover para todos as condições de vida, trabalho, lazer, respeito entre os homens, justiça, liberdade, meio ambiente e igualdade de oportunidades." Afirmar que "o *locus* da saúde não deve estar no consumo, na mercadoria, mas no direito, implica em não confundir ingenuamente direito à saúde com direito ao consumo de saúde: consultas ou remédios gratuitos ou a baixo custo, democratização do consumo de assistência médica pela diluição dos custos sociais e racionalização da assistência, etc." (Lefèvre, 1991a, p.151-152). Em uma sociedade de consumo, a saúde "que-se-tem" naturalmente ... torna-se cada vez mais uma exceção, configurando um processo histórico de "medicalização da sociedade", no qual formou-se a "noção hegemônica de saúde como objeto-de-consumo/signo de saúde como não-doença, a partir de uma associação de valorações positivas aos atos, pessoas, instrumentos, produtos do fazer humano, capazes de "curar" desvios ... do funcionamento normal do corpo e do espírito humanos ..." (Lefèvre, 1991a, p.148).

Em uma sociedade medicalizada, a maior parte do tempo do pessoal de enfermagem dos serviços de saúde é tomado pelo cumprimento das ordens médicas, entre as quais se destaca a prescrição de medicamentos, o que resulta numa restrição da área de autonomia da enfermeira. De certo modo, a história da Campanha Nacional Contra a Tuberculose é também a história do tratamento da tuberculose, ou melhor, da aplicação de esquemas terapêuticos cada vez mais aperfeiçoados à massa dos doentes tuberculosos. Desde a época da criação da Campanha havia a expectativa da comercialização dos medicamentos que vinham sendo desenvolvidos nos laboratórios estrangeiros. Nessa "guerra química", o inimigo é o bacilo da tuberculose.

O avanço da terapêutica foi um grande fator de modificação do ambiente do sanatório, uma vez que invalidou os preceitos do regime higieno-dietético, reduziu em muito o risco de contágio e, portanto, tirou a importância dos meios de proteção e defesa, encurtou o tempo de hospitalização para seis meses ou menos e diminuiu drasticamente o número de acamados. Esta "economia dos tempos demorados da saúde", operada por medicamentos de efeito quase milagroso, repercutiu tanto sobre o ânimo dos enfermos quanto o das enfermeiras.

Ainda que nos sanatórios as atribuições da enfermeira e do médico fossem rigidamente delimitadas, na prática, e com o tempo, esta delimitação da área de atuação poderia não ser tão clara, pois as atribuições da enfermeira se relacionavam diretamente à terapêutica médica, clínica ou cirúrgica. Antes do esquema terapêutico padrão, as atribuições da enfermeira incluíam treinamento e supervisão do pessoal auxiliar, o controle da ingestão de comprimidos pelo paciente, da conduta terapêutica, incluindo aí atualização das quantidades de cada droga administrada aos pacientes, com vistas à prevenção de efeitos secundários irreversíveis (como a lesão do nervo auditivo pela estreptomicina).

A verificação da ocorrência do fenômeno da resistência bacteriana colocou como prioridade a administração correta dos medicamentos: a medicação passa a ser administrada pela auxiliar na presença da enfermeira-chefe da unidade de internação e em alguns sanatórios cria-se uma "equipe de estreptomicina" que, com um carrinho, percorre todas as enfermarias do hospital, aplicando as injeções intramusculares, e controla a administração desse medicamento. Começam também trabalhos de "educação sanitária" em grupo, de modo a obter a colaboração do doente em relação à sua medicação (não se ausentar da enfermaria no horário em que deve tomar medicamentos, não tentar burlar a supervisão da ingestão dos medicamentos, evitar os pedidos de saída), bem como a colaboração dos egressos do hospital para a continuação do tratamento ou o controle da alta no dispensário.

Durante a época do tratamento difásico, em que o sanatório coadjuvava a ação dispensarial, os doentes internados situavam-se, conforme classificação de Wanda Horta, em um baixo grau de dependência do serviço de enfermagem, cuja assistência voltava-se quase que exclusivamente para o tratamento medicamentoso: o nível de "ajuda" restringia-se à atividade "administração de medicamentos", executada pela auxiliar, sob supervisão direta da enfermeira; o nível de "orientação para a saúde", ou "educação sanitária" como se chamava no sanatório, sobre o seguimento do tratamento; e o nível de "encaminhamento" no que se refere à transferência para o dispensário, após a negatização do escarro (Horta, 1979, p.59)

Nos dispensários de tuberculose, inscritos no âmbito das secretarias de saúde, a atuação pedagógica e de supervisão da enfermeira ocorre em dois sentidos: em relação ao doente, pela "doutrinação" relativa à necessidade imperiosa de seguir corretamente o tratamento e pela supervisão direta e indireta (controle do comparecimento ao dispensário na época prevista para renovação da medicação, inspeção domiciliar da quantidade de medicamentos existente, controle da devolução dos frascos vazios de estreptomicina, arguição do doente e de membros da família sobre o modo como ele estaria tomando os medicamentos), bem como a provisão de facilidades,

às vezes junto com o serviço social (aplicação de injeções no dispensário ou na comunidade, pagamento de passagens, fornecimento de refeições e de alojamento para pernoite); em relação ao médico, pela verificação do seguimento do esquema recomendado pela CNCT, nas prescrições escritas nos prontuários e na "entrevista pós-clínica" com o doente, através o qual se fazia uma supervisão indireta do médico, seguida pela tentativa de persuasão e pela comunicação das irregularidades ao poder central.

Essa atuação da enfermeira, tão intimamente relacionada com o uso dos medicamentos, exige uma análise do seu significado para uma melhor compreensão do impacto causado pela presença da enfermeira nesses cenários. Se o medicamento pode ser visto pelo médico como instrumento de trabalho, e pelo doente como agente restaurador de sua saúde, não se esgota aí seu valor social, pois que o medicamento está também investido de um valor econômico e de um valor ideológico, que o transforma em uma "mercadoria simbólica", isto é uma representação social da saúde, em que esta aparece "não como um *a priori*, um direito de todo ser humano, mas como um *a posteriori*, ou seja, como um estado orgânico que decorre ... do consumo — e que só pode ser obtido pelo consumo — de produtos, serviços, intervenções que proporcionam saúde, porque afastam a doença (ou os sintomas)." É como se a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão tivesse sido substituída pela Declaração Universal dos Direitos do Consumidor. De um ponto de vista ideológico, o medicamento tem a importante função de adiar a emergência da Saúde (*a priori*), na medida em que, com sua *resolutividade* científica, permite a criação do mito da saúde pela resolução, no dia-a-dia, da doença. (Lefèvre, 1991b, p.5).

Do ponto de vista do doente, assim como "o alimento é a mercadoria que se encarrega de satisfazer a exigência diária de reprodução física, também o medicamento é a mercadoria que entra em ação para restabelecer as condições de normalidade, quando estas estão afetadas por situações conjunturais (doenças agudas) ou estruturais (doenças crônicas)." Tais condições de normalidade podem ser entendidas como "a capacidade de cumprir tarefas", exigência permanente da sociedade, motivo pelo qual, o medicamento funciona, para aquele que adocece, como uma arma importante e sempre disponível, destinada a abreviar ao máximo a interrupção no desempenho dessas tarefas, garantindo "a sobrevivência dos atores sociais no quadro de uma sociedade concorrencial de papéis." (Lefèvre, 1991a, p.71-74).

O consumo simbólico do medicamento é acompanhado de rituais, como a consulta e a receita médica, que permitem "materializar o abstrato", no caso a saúde, ou o desejo de ter saúde. Assim, o medicamento seria "a fórmula (química) materializada do estado de bem-estar, ou seja, da saúde; mais precisamente ... do estado de não-mal-estar ou de não-agravo. (Lefèvre, 1991a, p.57-59). Os medicamentos além de serem símbolos de saúde "dão margem ao surgimento de uma outra idéia, ou significado, ou interpretante" qual seja a de "saúde como resolução tecnológica da vida", em contraposição ao que seria uma "resolução natural da vida". Os pares de oposição referentes a essas duas categorias: moderno/antigo, artificial/natural, concentrado/disperso, forte/fraco, rápido/lento (Lefèvre, 1991a, p.65), correspondem à evolução tecnológica do tratamento da tuberculose, em que os esquemas terapêuticos substituíram os processos terapêuticos "naturais" (como o regime higieno-dietético) ou "antigos" (como os

procedimentos cirúrgicos), apresentando-se ao mesmo tempo com as características de um processo terapêutico "concentrado, forte e rápido": administração diária de vários medicamentos, com a diminuição do número de comprimidos e/ou doses, eliminação da injeção intramuscular e progressiva redução da duração do tratamento (de um tempo indeterminado para dezoito, doze e depois seis meses). O altíssimo percentual de curas entre os tratamentos concluídos permite a comprovação empírica dos resultados, "por isso, o medicamento aparece como um símbolo eficaz, ou potencialmente eficaz, isto é, capaz de cumprir o que promete ... e não simplesmente eficaz, mas também eficiente ... em termos simbólicos, a possibilidade de realização quase imediata de um desejo ...", no caso da tuberculose, desde logo o desaparecimento da tosse e da febre, depois da magreza e da falta de forças, finalmente a cura completa e definitiva.

Deste modo, o medicamento opera "a economia simbólica dos tempos demorados da saúde" relativos, tanto às mudanças nas estruturas sociais e produtivas geradoras de doenças e às mudanças de comportamento relacionados à saúde, quanto à espera das consultas nos serviços públicos, à evolução natural de processos ligados à saúde e à doença, e à duração de uma boa consulta médica. (Lefèvre, 1991.a, p.70). No caso da tuberculose e do ponto de vista da Campanha, cujo objetivo primordial seria a "eliminação dos focos de tuberculose", o processo de cura das lesões é acelerado dramaticamente, o medicamento substituiria até mesmo a provisão de alimentos ("morre de fome, mas não morre de tuberculose") e o único comportamento que se deseja da parte do doente é a tomada regular dos medicamentos pelo tempo previsto. A organização da rede de serviços de saúde torna-se padronizada e muito simplificada, permitindo o atendimento em massa dos "supostos sadios", entre os quais se deve localizar os doentes, e o atendimento em série dos tuberculosos, com a *maximização* do rendimento da consulta médica pela divisão vertical do trabalho. Na organização do trabalho dispensarial, têm importância estratégica para a qualidade dos resultados obtidos pelo serviço o treinamento e a supervisão do pessoal auxiliar, a "entrevista pós-clínica" e o controle burocrático do seguimento do tratamento pelo doente, tarefas estas, todas realizadas pela enfermeira. Do ponto de vista ideológico, cabe à Campanha o controle social dos doentes e de suas famílias, o que é feito por intermédio de uma rede de serviços, nos quais a enfermeira, além de montar um sistema de acompanhamento (arquivos e fichários, entrevistas e visitas), promove ainda "a montagem, em paralelo de um sistema interior (ao indivíduo) de vigilância, do qual, no campo da saúde, o medicamento é uma das peças." (Lefèvre, 1991a, p.74-75).

A dimensão simbólica do medicamento para o médico (e para a equipe de saúde) baseia-se no mito da eficácia da ciência e da tecnologia. Sua relação simbólica com o medicamento envolve "uma relação produtiva, na qual está embutida a possibilidade da existência de uma crença de base, da parte do sujeito dessa relação, na eficácia simbólica do fetiche, ou seja, no fato de que este fetiche é um objeto prenhe de poder ou de possibilidades de produzir efeitos específicos concretos." Nesta relação, a eficácia real e prática do medicamento está associada ao mito da doença como "coisa orgânica", a ser investigada e resolvida pelo medicamento ... a nível do corpo. Assim é que a doença, "quando localizada no espaço da consulta médica (e toda a pressão social é no sentido de encaminhá-la para esse espaço), já está reduzida a um fenômeno orgânico a ser enfrentado, a este nível, pelos instrumentos ou tecnologias pertinentes." Por isto

o poder simbólico do medicamento deve-se à crença de que "ele deve estar sempre presente quando se trata de enfrentar a enfermidade, entendida como uma realidade basicamente orgânica ... frente à doença, a saúde só pode vir de um objeto (como o medicamento), que passa assim a incorporá-la, a representá-la, a simbolizá-la." (Lefèvre, 1991a, p.76-79).

Mesmo nos casos em que esteja afastada a possibilidade de eficácia terapêutica, "o medicamento como placebo preenche para o médico a importante função de reassegurar o seu poder ou autoridade frente ao paciente, e a ele mesmo, em situações (bastante freqüentes) de incerteza". Neste caso, o medicamento, além de representante ou símbolo de si mesmo, seria o símbolo da própria relação terapêutica, posto que, simbolizando saúde ou cura, permite ao médico assegurar ao doente a cura ou a possibilidade de cura, reproduzindo o poder do médico sobre o paciente, na medida que o médico é o dispensador do medicamento, o que permite que seja mantida a relação terapêutica, na qual deve o médico estar sempre em posição de força diante do paciente. (Lefèvre, 1991a, p.79-80). Esse é o caso no qual os médicos dos dispensários, por orientação da Campanha, prescreviam aos doentes "resistentes às drogas" apenas os comprimidos de hidrazida, alegando um possível efeito de redução da virulência da população bacteriana albergada por esses doentes, considerados "incuráveis" pelas "drogas de 1ª linha".

Com a conquista do poder tecnológico e paralelamente a todo o esforço para levar o doente a se tratar de acordo com o esquema recomendado até receber a alta, reforça-se a figura do doente "não colaborador", como responsável por muitos dos fracassos terapêuticos. A este respeito vale aplicar os comentários feitos pelo prof. Valla, da Escola Nacional de Saúde Pública, a respeito do discurso oficial sobre as favelas do Rio de Janeiro, que ele denomina como "o discurso da responsabilidade e da moral", que aponta como solução para o problema "a educação" dos que não tem responsabilidade ou moral (Valla, 1985, p.293-294) Estes eram os loucos, os alcoólatras, os mendigos, os vagabundos e todos os marginais e semi-marginais (Ribeiro, 1989, p.28), isto é, exatamente os grupos sujeitos às condições propiciadoras do adoecimento. Mas entre estes estavam também os trabalhadores levados à miséria pela doença, como na metáfora do "círculo vicioso", pela falta de amparo dos órgãos de previdência, como já alertara Paula Souza.

O poder do médico radica-se assim na escolha e na administração do medicamento, O médico "enquanto instituição abstrata, é uma entidade mítica, que retira parte importante de seu poder do fato de, em condições ideais, ser capaz de desvendar um duplo mistério: dentre as mui variadas doenças que o indivíduo pode ter, o médico seleciona a *verdadeira*; e dentre os variados remédios disponíveis, o médico seleciona o *adequado* para a doença que descobriu antes.

No caso da Campanha, o poder do médico foi afetado nas principais instâncias, ou seja, a capacidade de dar o nome à doença e a capacidade de dar "alguma coisa" para a doença nomeada: o diagnóstico baseado na radiografia, lida e interpretada pessoalmente pelo tisiologista, foi substituída pela baciloscopia do escarro, feita inicialmente pelo pessoal do laboratório e depois pelo agente de saúde e que além de fornecer um diagnóstico de certeza, pela visualização dos bacilos, permitia o acompanhamento da evolução da doença, pela contagem dos bacilos e

a apreciação da "curva de negatização do escarro"; o esquema de tratamento, além de padronizado, previa as principais condutas alternativas, para os casos que se afastassem da "evolução normal" da doença tratada corretamente.

Assim, fica irremediavelmente comprometido o poder do médico, "que se expressaria também através de relações de manipulação ou combinação, frente ao medicamento: dosagens, combinações medicamentosas, compatibilidades e incompatibilidades intermedicamentos e entre medicamentos e alimentos, bebidas, etc. ... o que corresponde à enunciação de um discurso específico, que é símbolo de poder, na medida em que só o médico é capaz de produzi-lo com autoridade ..." (Lefèvre, 1991, p.83-84). Em ambos os casos, esse prejuízo foi mediado pela atuação da enfermeira, que passou a ter acesso direto às fontes do saber médico, agora consubstanciado nas "recomendações da Comissão Técnica", as quais ela era encarregada de difundir e de fazer cumprir.

Por outro lado, o conceito de profissão médica compreende o ideal de autonomia, que embora "se refira em última análise, à adesão às formas tradicionais de trabalho, ou seja, à medicina liberal, sua defesa aparece freqüentemente relacionada a exigências ... de natureza ética e também técnico-científicas", entre as quais se destacam a noção de que "o êxito do processo de diagnóstico e terapêutica depende essencialmente do tipo de relação que se estabelece entre médico e paciente", entendida esta como "uma relação pessoal, mediada pela confiança do paciente na figura do médico", que permite que se instale "o elemento *carismático* capaz de contribuir para o êxito das operações técnicas" e cuja exclusividade está na base tanto do princípio ético do segredo profissional quanto da responsabilidade médica individual. Assim que, "a liberdade de relacionamento com o paciente, a exclusão de um terceiro elemento dessa relação, o segredo profissional, a responsabilidade individual, constituem a base das concepções de trabalho livre." (Donnangelo, 1975, p.126-128).

Deste modo, o médico não só se via cerceado no que ele entendia como sua área de autonomia profissional e afetada a própria relação terapêutica, como também em muitas oportunidades se sentia vigiado, e de fato o era, pela enfermeira, que tinha condições de avaliar não só o acerto da conduta médica bem como sua qualidade, mediante a quantificação dos resultados obtidos, e até de apontar-lhe os erros cometidos e exigir as devidas correções. Assim como "a bula é uma forma de *socializar* o discurso terapêutico, com vistas a retirar parte do poder simbólico da mão do médico e investi-lo diretamente na mercadoria medicamento" (Lefèvre, 1991, p.85), as recomendações da Comissão Técnica retiravam parte do poder simbólico da mão do médico e o investiam na enfermeira.

Ademais, essa relação médico-paciente é também uma relação de classe. Como demonstrou Boltanski, a relação médico-paciente não ocorre de modo uniforme, em termos de quantidade e qualidade de informações prestadas. A atitude autoritária do médico frente aos membros das classes populares, sua reserva em fornecer-lhe aquela informação mínima, a única que lhes permitiria dar um sentido aos atos e às misteriosas prescrições do médico ..." Ao contrário "nas classes superiores, o médico pode fazer-se ouvir pelo doente e o doente suscitar

o interesse e mesmo a amizade do médico, porque eles falam a mesma linguagem, têm os mesmos hábitos intelectuais, utilizam categorias de pensamento semelhante e, enfim, sofreram a influência da mesma força formadora de hábitos, que é, no caso, o sistema educacional." (Boltanski, 1984, p.45e66). Ao contrário, a formação da enfermeira é voltada para o atendimento de pessoas dos estratos mais baixos da população, ainda mais porque a maior oferta de empregos para a categoria ocorre nos serviços públicos e, portanto, destinados a populações carentes. Tanto assim que, desde o início de sua participação na luta contra a tuberculose, ela foi quem ficou encarregada de difundir os preceitos higiênicos à população, nas favelas e nos cortiços, coisa considerada imprópria ao trabalho do médico. Além das qualidades de abnegação e paciência, que fazem as profissões de professora e de enfermeira serem consideradas mais apropriadas à mulher, desde o início da enfermagem de saúde pública no Rio, também se alegava que a comunicação entre a enfermeira e a clientela dos serviços de tuberculose se fazia de modo mais eficaz, inclusive pela dificuldade que tinha o médico de se fazer compreender pelas pessoas de pouca instrução, devido à grande distância social que os separava. Assim que, embora o médico deixe para a enfermeira a responsabilidade de fazer a classificação do doente por grupo de prognóstico, mediante uma anamnese cuidadosa, ao mesmo tempo se ressentia de sua interferência, percebida como uma intrusão em seu campo profissional.

Nessa luta pela implantação dos esquemas terapêuticos padronizados, a supervisora também tem que se haver com os médicos que representam a autoridade sanitária nos estados. Ao contrário do que ocorria no nível central, onde a própria supervisora participava deste jogo de poder, nos estados seu trabalho calcava-se mais em uma racionalidade burocrática de estilo militar. Segundo o estilo de administração vigente, o médico dispunha do serviço como coisa sua, portando-se como proprietário e dono, e não como funcionário e administrador da coisa pública. A aplicação estrita das normas técnico-administrativas estabelecidas pela Campanha ocasionava a mudança nas regras do jogo, com repercussão imediata nos arranjos estabelecidos pelos fisiologistas com os políticos locais. A internação (e a alta) dos doentes nos sanatórios de tuberculose e a seleção de pessoal auxiliar eram aspectos cruciais do problema. A complementação salarial dada pela Campanha, do ponto de vista administrativo, foi a solução encontrada de modo a permitir uma seleção de pessoal mais adequada, no sentido de contornar o medo do contágio, e da aceitação de uma exigência muito maior em termos de pontualidade, assiduidade e produtividade; do ponto de vista político, a seleção dos funcionários da secretaria que iriam trabalhar no dispensário de tuberculose (e portanto receber a complementação) era um assunto delicado, pois tinha implicações diretas com as redes de alianças locais, ligadas à política de clientela. Além do mais, a atuação da enfermeira na luta contra a tuberculose poderia ser entendida e assumida pela supervisora de forma muito ampliada, como se ela fosse a responsável por todos os problemas relacionados à tuberculose na cidade, mesmo sem ter autoridade pra tanto.

Deste modo, a figura da enfermeira nos estados se interpunha ao médico e seus desígnios, e de várias formas: interferindo no modelo ideal de consulta médica, baseado no exercício liberal da medicina; impedindo que os médicos-dirigentes dos serviços de saúde os administrassem como coisa sua; causando embaraços ao projeto político local, ao qual se encontravam os médicos associados.

As resistências à implantação das normas da Campanha eram intensas e de várias naturezas, mas o que aparecia de mais concreto no dia-a-dia de trabalho eram os atritos com o médico do dispensário de tuberculose, que via invadido seu espaço, questionada sua competência profissional e ameaçada sua autoridade de chefe. A enfermeira, como mulher e profissional, entrava em desvantagem nesse jogo de forças, a qual era contrabalançada pelo forte respaldo da Campanha.

A enfermeira permanece entre o paciente e o médico, mas atende às necessidades de ambos: o médico precisa de quem implemente seu plano terapêutico e o paciente precisa de quem torne o tratamento mais confortável e menos estressante.

De um outro modo, o funcionamento ininterrupto do dispensário era condição, por um lado, para a consecução dos objetivos quantitativos, face aos quais seria avaliado o trabalho da supervisora; e por outro lado, garantia ou era penhor da credibilidade do dispensário na comunidade, da qual dependia a demanda espontânea (supostos sadios e sintomáticos respiratórios) e o comparecimento dos clientes nos dias apazados. Este esforço para manter o serviço funcionando a todo custo tinha como consequência natural, ainda que não intencional, o reforço e garantia do aumento do consumo de tecnologia (aparelhos de Raios X, filmes, material de revelação, medicamentos, reagentes de laboratório, etc.), tornando-se assim a enfermeira um agente facilitador da circulação de mercadorias e de medicalização da sociedade.

A enfermeira no sanatório e os doentes

Antes do advento dos esquemas terapêuticos eficazes, a baixa tecnificação dos sanatórios emprestava um andamento muito lento ao tempo sanatorial, como descrito por Thomas Mann em *A montanha mágica*. A homogeneidade do cotidiano, nos sanatórios da Campanha, poderia ser desfeita por um episódio dramático, no qual a figura simbólica da enfermeira poderia ser o alvo: "uma colega foi atacada por dois doentes, esfaqueada no pescoço, até o queixo e *de fora-a-fora*, na região lombar ... eles correram pro mato e tomaram soda cáustica, morreram os dois ... eram *crônicos*, com uns quatro anos de sanatório ... ela foi *suturada*, removida pra Santa Casa e operada, eu fiquei como acompanhante, uns vinte dias ... nós éramos quatro colegas, todas novas, começando e combinamos sair de lá ..." (Dep.nº6, p.7).

Com os novos esquemas terapêuticos o sanatório perde muito de sua carga dramática: "quando surgia um doente que se acamava, passava um, dois dias, ele se recuperava logo e estava logo andando ... eu achava maravilhoso, a gente via o resultado do nosso trabalho, da medicação em dosagem certa e assistida ... e com a renovação de doentes, eles não se cansavam conosco e a gente também tinha a oportunidade de assistir a outros." (Dep.nº6, p.28).

O discurso que a enfermeira dirigia aos doentes se calcava na orientação médica, que ela reforçava. Apesar de sua falta de autoridade em relação à condução do tratamento, ela colocava sua palavra como penhor das promessas feitas ao doente, que ela também considerava como *seu*.

As decepções trazidas por essa sua adesão incondicional às decisões médicas nas quais ela não tivera participação terminou por levar várias supervisoras a rever sua noção de obediência à conduta médica: "[os médicos] tinham resolvido, eu tinha conversado com o paciente que na segunda ele teria alta ... quando foi na segunda-feira, que eu entrei no hospital, uma auxiliar disse — *o Carlos teve uma hemoptise ... do jeito que eu estava entrei no pavilhão, encontrei a médica residente tentando pegar a veia, eu disse — me dê que eu pego ... de repente ele olhou pra mim e disse — você falou que eu ia embora, e eu não vou ... fechou os olhos e morreu ... aquilo me abateu tanto ...*" (Dep.nº8, p.33-34). Em outra ocasião: "ele não queria e a família dele também não queria que ele fosse operado ... ele me perguntou o que é que eu achava, eu conversei com o médico [clínico], e vimos que ele estava melhorando muito com a medicação, *baciloscopia negativa ... era quase uma imposição a cirurgia de ressecção pulmonar, havia muitos estagiários na cirurgia, muitos casos de complicação, aí aconselhamos que ele pedisse alta ... esse doente ficou curado sem a cirurgia, ficou grato ...*" (Dep.nº6, p.31).

Num aspecto ligado ainda mais de perto à enfermagem, como a administração de medicamentos, também havia dubiedade: "eu era responsável pela unidade de VT, o médico do dispensário ia semanalmente visitar os doentes, ia também uma enfermeira e uma assistente social ... [a equipe] falava em medicação em dose única ... a gente veio conversando com os doentes, nunca encontrei objeção ... preparei meus auxiliares, preparei os doentes, resolvi botar isso à prova — *ninguém vai tomar medicação oral hoje de manhã, nós vamos deixar pra dar toda na hora do almoço ... doze [comprimidos] de PAS e três de hidrasida ... dosagem única e assistida, eles tomaram tudo de uma vez e entraram de repouso, e não houve queixas ... depois, fui comunicar à divisão médica ... depois os outros doentes começaram a cobrar das enfermeiras a administração em dose única ... então botaram em uso em todo o sanatório de Curicica ...*" (Dep.nº6, p.16e24).

O paciente rotulado como rebelde era o que não tomava os remédios, o que bebia, o que fugia ou não comparecia nas datas aprazadas, ou seja, o que não respeitava "as regras da casa", mesmo quando levado a isto pelo próprio tratamento e que exigia da enfermeira redobrados esforços: "uma das grandes dificuldades era o doente tomar a medicação, periodicamente se fazia busca nas gavetas e se encontrava quantidades, especialmente o PAS, que eram muitos comprimidos e grandes, e a reação era terrível, náuseas, perda de apetite, mal estar ..." (Dep.nº22, p.142-143). Também havia o problema das fugas: "um paciente fugiu do sanatório, eu fui com o chofer do hospital, na casa da irmã dele, lá no bordel, ele muito revoltado, mas trouxe esse rapaz de volta pro hospital ..." (Dep.nº8, p.22).

A administração de drogas de 2ª linha, muito tóxicas, tinha que ser feita em regime de internação. A ciclosserina podia causar reações psicóticas como a mania de suicídio, geralmente por lançamento do próprio corpo das alturas. Embora a enfermeira não fosse responsável pela prescrição de tais medicamentos, nem pudesse suspendê-los, tinha no entanto que se haver com suas conseqüências: "um doente enlouqueceu, subiu na caixa d'água e queria pular ... aí eu dizia — *não pule, não ... que eu tenho um negócio pra falar com você, eu estou com um problema sério, só você pode me ajudar ...* aí eu subi, cheguei perto dele, depois de muita conversa, eu consegui

que ele descesse, segurando minha mão ... conseguiram pegar ele, aí que sofrimento! amarraram ele em cima da cama, até chamar a ambulância, pra transferir, eu achava um absurdo, botar o doente no manicômio, se suspendesse a medicação ..." (Dep.nº8, p.34-35).

As cidades consideradas *estações climáticas* poderiam apresentar desafios adicionais, em consequência de uma atuação governamental talvez bem intencionada, mas mal orientada, que ao invés de atuar através de dispensários e sanatórios, pretendeu reproduzir o modelo das pensões de doentes (como aquelas de Campos de Jordão) sendo que essas eram patrocinadas pelo governo estadual. Com o tempo, o objetivo, que era dar condições mínimas ao doente do interior que vinha se tratar, foi totalmente deturpado, criando-se um problema social difícil de resolver, e nesse contexto surge o modelo superlativo do doente rebelde. A mesma situação é lembrada quase trinta anos depois, em entrevistas isoladas, de modo muito semelhante. Diz uma supervisora: "os políticos mandavam os doentes vir do interior pra se tratar, vinham morar nas *pensões de tuberculose*, tinham casa e comida e se tratavam no dispensário ... existia uma prostituição incrível nas pensões ..." (Dep.nº1, p.24). A intervenção da Campanha se devia a que "eles [as autoridades sanitárias] criaram o problema e queriam que a Campanha acabasse com as pensões ... quando começaram a fazer a colheita do escarro, os doentes negativos traziam o escarro de doentes novos, que sabiam que era positivo, aí os doentes fizeram um movimento e foram à secretaria [de saúde]." (Dep.nº18, p.54). A supervisora que ficou mais tempo completa: "você dava o remédio, a imagem radiológica era sugestiva de melhora e nada do escarro negatar, que eles vendiam o escarro uns pros outros, aí a gente começou a colher o escarro na unidade, alguém ficava olhando, aí, o *cara* aparecia *negativo* ... foi aí que um doente ameaçou — *se não vou ter casa e comida de graça, eu espeto a faca na barriga de um aí* ... quando nós saímos de lá deixamos somente duas pensões, terminamos com todas as outras ..." (Dep.nº1, p.24-25).

A enfermeira dispensarial e o "consumo de saúde"

Ao contrário do que ocorre no exercício liberal da medicina, onde a relação médico-paciente é íntima, sigilosa e direta, no dispensário de tuberculose essa relação era intermediada pela equipe de enfermagem em todas as fases do processo de diagnosticar e curar, mesmo em momentos e situações muito delicadas: "a *menina* que ajudava o médico na leitura do filme anotou na ficha *caverna grande* ... o *menino* chegou pra apanhar o resultado, a *funcionária* pegou a ficha, arregalou os olhos e fez ah! aí o rapaz tomou a ficha da mão dela ... quando corri pra lá, aquela confusão, o rapaz tremia ..." (Dep.nº8, p.25).

A relação enfermeira-paciente era o eixo do processo. A primeira função da enfermeira junto ao doente era a de fazer a classificação de seu caso conforme o prognóstico de recuperação, frente a um esquema de tratamento padronizado. Essas entrevistas de enfermagem tinham uma importância decisiva na reorientação da luta contra a tuberculose, pois de seu acerto dependia o bom uso dos medicamentos disponíveis e também a aceitação do tratamento pelo doente, até o final. Este procedimento ocorria logo após o diagnóstico médico: "o trabalho da enfermeira era fazer uma entrevista rigorosa com aqueles doentes que estavam começando com o esquema novo ... às vezes o doente nem sabia o que é que tinha ... o médico tinha interesse, mas a gente parece que tinha muito mais" (Dep.nº2, p.17-19).

Além disso, havia a responsabilidade de esclarecer o doente sobre sua doença, de acordo com a racionalidade médica, ou seja da causação biológica da doença. Nesta perspectiva, o doente pouco contava de sua doença e assim seu saber era desqualificado, apesar da intenção de estabelecer relações de confiança e manter contato com ele do início ao fim do tratamento: "normalmente eles sabiam pouco, diziam — *eu estava passando ferro na roupa, saí do lado de fora, tomei chuva, adoeci ... — eu estava trabalhando na roça, veio uma chuvarada, adoeci ... — dei uma batida no pulmão, adoeci ...* à vezes eles sabiam, diziam — *eu tive um pai, ou um irmão, ou um primo, que era doente de tuberculose e agora eu estou ... mas isso era raro ...*" (Dep.nº8, p.23). Outra supervisora conta sua experiência: "eles sempre diziam — *eu carreguei um peso muito grande na usina ... ou então — porque no transporte que eu vinha sentei num banco quente ... e eles se referiam a pancadas ...*" (Dep.nº1, p.47).

A enfermeira assumia, ao mesmo tempo, a responsabilidade de nomear a doença e os remédios que a curariam, interferindo duplamente no poder do médico: "ao mesmo tempo que se dizia que era tuberculose e não uma mancha, nem pneumonia, a gente tinha o cuidado de dizer que era uma doença curável, que só dependia da colaboração dele, que o serviço era bom, que as drogas eram boas, e que a gente estava ali à disposição ..." (Dep.nº3, p.11).

A "conversão" da enfermeira à eficácia do esquema terapêutico recomendado pela Campanha ("morre de fome, mas não morre de tuberculose"), fundamental para que ela pudesse desempenhar seu papel com convicção, operava-se na observação cotidiana dos casos por ela acompanhados: "a moça entrou pra entrevista já dizendo que se eu a internasse ela ia fugir ... bilateral, *escavada*, escarro de quatro cruces ... a gente resolveu fazer uma exceção ... ela vinha todo dia tomar a estreptomicina, se curou completamente, foi aí que eu passei realmente a acreditar nas drogas ..." (Dep.nº18, p.21-22). O dever que tem o médico de comunicar o diagnóstico ao doente nem sempre era cumprido e o doente chegava na sala da enfermeira sem saber sua condição de tuberculoso: "a gente tinha a preocupação de estabelecer "um elo de simpatia", perguntando pela família ... e a partir daí a gente já começava perguntando se o paciente sabia o que tinha, em geral ele tinha informações muito imprecisas e a gente tinha uma preocupação de esclarecer qual era o diagnóstico e que era uma doença transmissível e que ele deveria tomar precauções porque ou ele se tratava bem ou não tinha chance de curar ... alguns ficavam muito chocados, custavam a captar as informações e precisava que a gente, ao longo da entrevista, reforçasse sempre os aspectos relacionados com a transmissão, com a necessidade de tratar de forma correta ..." (Dep.nº3, p.11).

O médico deveria prescrever conforme os esquemas da Campanha, mas não deveria iniciar o tratamento de um número de doentes além da cota de medicamentos disponível, cabendo à enfermeira dar conta do controle do estoque de medicamentos e de sua utilização, considerada até uma atividade fundamental da enfermagem: "contei toda a medicação, vi quantos pacientes podia tratar ... a gente começou a só inscrever pacientes se tivesse a garantia da medicação ..." (Dep.nº3, p.13).

O controle do tratamento dos doentes não hospitalizados na primeira fase do tratamento era contínuo e não se limitava à demanda do dispensário, mas buscava o doente onde quer que ele estivesse, o que ampliava a área de atuação e de influência da enfermeira. A importância

dada à medicação fazia com que a enfermeira do dispensário se desdobrasse para manter esses doentes "sob controle", o que, diante da falta de recursos do dispensário exigia empenho e imaginação: "a gente entregava a medicação de um mês e recomendava que trouxessem os vidros vazios, pra gente acompanhar o tratamento, eu arranjei com o padre uma *kombi* pra fazer as visitas, e vendia os vidros de estreptomocina vazios, filmes usados [radiografias], pra o dinheiro da gasolina; eu entrosei com a cadeia pública, treinei uma pessoa pra assistir os presos [tuberculosos] trabalhei com o hospital de loucos e treinei um rapaz lá pra se responsabilizar pelo tratamento dos doentes ..." (Dep.nº8, p.17e19). Às vezes a enfermeira de dispensário tinha que improvisar soluções que pelo menos atenuassem o problema: "três dias depois que eu tinha chegado, começou a reforma do prédio, parou o atendimento, nós entrosamos com a Marinha e mandamos o operador de R.X ... a gente encaminhava, dentro daquele número estipulado, os casos de maior urgência, os sintomáticos ou as pessoas que estavam precisando de um documento urgente ..." (Dep.nº18, p.18).

A participação da enfermeira para o êxito do entrosamento dispensário-sanatório era decisiva: "a enfermeira, na verdade é que era preocupada com esta questão, se encarregava de insistir, de que ele deveria voltar, depois da alta hospitalar, pra concluir o tratamento ...". Por seu lado "no sanatório a enfermeira passava o tempo todo educando o paciente, insistindo para que não interrompesse o tratamento e recomendava por ocasião da alta, a mesma coisa ... e se o paciente não voltava naquele dia previsto, o dispensário procurava saber por que não voltou ..." (Dep.nº3, p.23).

A supervisora *versus* o médico do dispensário

A supervisora tinha sido preparada para implantar as normas da Campanha a qualquer custo, mas não se encontrava preparada para levar adiante uma negociação com o médico e também não seria neste caso um interlocutor válido, devido à dificuldade do médico do dispensário em aceitar a autoridade de uma mulher e ainda mais pertencente a uma profissão de *status* inferior ao da sua. O problema não era específico da Campanha, mas as circunstâncias especiais do trabalho da supervisora, fazia com que ele se destacasse: "a velha rixa, aquele velho conflito médico enfermeira se tornava muito mais evidente nessas supervisões ..." (Dep.nº21, p.107).

Pelo alto investimento profissional e pessoal e inclusive pelo propósito de seu trabalho, a enfermeira representava uma pessoa interposta entre o médico e o paciente, em detrimento de sua autoridade profissional: "era uma relação muito estreita que a gente tinha com os pacientes, a partir da minha entrevista, começava a manter uma relação de amizade, e aí eu conseguia ..." (Dep.nº8, p.21); "essa entrevista era muito cuidadosa, as vezes ele tinha dito pro médico que nunca tinha tido tuberculose, mas depois de muita conversa, a gente conseguia arrancar dele ... tinha doente que ria, achava graça, porque terminava dizendo ..." (Dep.nº2, p.18).

As maiores dificuldades nos estados eram sempre com os médicos dos dispensários, pois a implantação do novo modelo de luta contra a tuberculose muitas vezes contrariava seus interesses pessoais: "gente à beça do interior pra começar tratamento, tinha doente que levava treze

dias pra chegar à *capital*, dez e meia liguei pra casa do *médico da Campanha lotado no estado* — ele está na fazenda! passou uns quinze dias, aconteceu a mesma coisa ... o *médico do dispensário* nunca aceitou um aparelho de radiografia [no dispensário] quando precisava de raio X, era no consultório *dele*, então o doente pagava ..." (Dep.nº18, p.47-48). A imperiosa necessidade de tratar corretamente e de não interromper os tratamentos iniciados exigia o entrosamento da enfermeira com o médico ou médicos, o que nem sempre ocorria, pois estes se encontravam inseridos no mercado de trabalho sob a forma de múltiplos empregos: "os médicos, além de não cumprirem o horário, aquela meia hora que eles davam, você não sabia a que hora ia ser, então você não conseguia colocar o doente pra ser acompanhado por um determinado médico, ele vinha no dispensário no horário que ele queria e não tinha quem coordenasse, então o doente ia pro médico que estivesse no momento, quando você ia conversar com os doentes, eles estavam impacientes, irritados, doidos pra ir embora ..." (Dep.nº18, p.50).

Mesmo inexperiente, uma supervisora facilmente detectava as falhas cometidas pelos médicos, as quais eram da sua competência tentar corrigir, mesmo sem ter a autoridade legal correspondente ou mesmo administrativa. A "desatualização dos médicos" era considerada como geradora de grande parte dos "conflitos que se instalavam nos locais onde as supervisoras iam fazer o seu trabalho, porque eles não se davam conta da necessidade de adotar o *esquema tríplice* ..." (Dep.nº21, p.116). Como relata uma supervisora de sua primeira reorganização: "ela era uma médica do estado, não estava comprometida com o trabalho da Campanha, não conhecia os esquemas de tratamento da tuberculose, e eu que tinha sido preparada, que as doses deveriam ser muito certas, a associação [de medicamentos] correta, o tempo [de tratamento] correto, aquilo me chocou, então eu com muito cuidado, tentei conversar com ela, mas ela não aceitou ..." (Dep.nº3, p.5). A estratégia adotada no caso de não aceitação da orientação da supervisora por parte do médico era a de remeter a reclamação ao nível central: "aí eu voltei lá na Campanha e falei, fiz um relatório, com muita cautela, mas pedi uma supervisão médica, porque a doutora não estava fazendo os esquemas de acordo com o recomendado, aí um médico foi, orientou sobre os esquemas ..." (Dep.nº3, p.5). Às vezes, mesmo sem muitas garantias, a enfermeira estando imbuída das vantagens e da absoluta necessidade de que as normas da Campanha fossem adotadas, tentava orientar os médicos *desatualizados*: "eu dei um manual de normas pra cada um e pedi que lessem, porque eles estavam fazendo o tratamento todo ao inverso do que se preconizava, eu não sei como eu tive coragem ..." (Dep.nº1, p.34).

Colocava-se desde logo um problema de *espaço* profissional: "o médico achava que a enfermeira estava fazendo o serviço dele, achei que era um exagero de médico clínico, eu já tinha uma formação sanitária". (Dep.nº20, p.14); "elas chegavam muito mais *afiadas*, o médico sentia sua autoridade diminuída, se sentia desprestigiado, e ficavam realmente desprestigiados, não havia como fazer esse trabalho escondido pra não melindrar a autoridade, aí eles não aceitavam isso — *vem uma enfermeira da Campanha, diz como é que se deve trabalhar, faz um bonito relatório, vai embora e eu fico aqui, desprestigiado, cumprindo o que ela disse!* então para eles era uma coisa insuportável ..." (Dep.nº21, p.107). Havia também um choque cultural: "nós médicos, estávamos acostumados a mandar e considerar a enfermeira como um elemento de ajuda, nos estados, nós encontrávamos os médicos donos da tuberculose, mas na hora de fazer o trabalho, aí

exigia-se que as enfermeiras se colocassem como ajudantes e não como líder, sendo que elas que faziam tudo, então os médicos reivindicavam para si a glória, porque não o trabalho ..." (Dep.n^o23, p.31).

A intervenção da enfermeira para *corrigir* os erros médicos poderia quase levar ao desespero o médico em questão: "a *supervisora* me disse que ele ficou tão furioso que ameaçou de vir ao Rio me denunciar ao Conselho Regional de Medicina, quando eu soube disso, peguei aquelas fichas ... provas de que ele não estava fazendo a coisa como deveria ... e vim pro Rio de Janeiro, e fiquei esperando até hoje ..." (Dep.n^o25, p.35).

A operação "limpeza de arquivo" implicava na destruição de parte do acervo documental médico que, pelo menos em tese, deveria servir como fonte de pesquisas. Essa eliminação sistemática dos registros *inatuais* também era motivo de revolta por parte de alguns médicos, principalmente aqueles mais velhos: "isso aí foi um *Deus-nos-acuda*, porque tinha um médico antigo que não admitia que se fizesse aquilo ..." (Dep.n^o8, p.50). A enfermeira não estava imbuída do valor documental que os prontuários pudessem ter: "era uma parede enorme de baixo até o teto, tudo de prontuário, desde 1930, a gente tinha que rever aquilo tudo, colocar no índice, rasgar ..." (Dep.n^o7, p.37). Mexer nos arquivos ou fazer o controle do comparecimento dos doentes representava uma ameaça para os responsáveis pelo serviço porque "aí é que você ia ver quantos doentes tinham *abandonado* o tratamento e que não tinham sido visitados, ou sequer chamados, quer dizer, ali era o começo, dali saía o diagnóstico ..." (Dep.n^o21, p.108).

Os relatos atuais sobre os atritos havidos então são mesclados de uma certa perplexidade: "nós desmontávamos o dispensário todo, os fichários ficavam todos nas nossas mãos, só nós sabíamos o que estávamos fazendo, então o *doutor* ficava revoltado, que eu acabava assumindo a chefia no lugar dele, quer dizer, que loucura ..." (Dep.n^o2, p.16). A interferência da supervisora no dispensário, muitas vezes exigia boas doses de tolerância do pessoal da casa, principalmente do médico, devido à sua qualidade de chefe do serviço: "eu disse — *não quero que fiquem baforando os doentes, na hora que quiserem fumar, fumem lá no banheiro* ... um dia, o chefe do dispensário me disse — *cheguei no meu gabinete, botei o cigarro, o servente disse — doutor, a moça do Rio não quer que fume aqui dentro* ..." (Dep.n^o2, p.27). A interferência poderia ser até no centro de saúde: "uma funcionária era assessora do diretor do centro de saúde, eu destituí-a da função, era impressionante como o diretor achava que tinha que fazer o que a gente dizia ..." (Dep.n^o1, p.38). E a interferência poderia ser até com um médico de outro serviço: "chegou o diretor da Colônia dizendo que tinha um tuberculoso lá que tinha tido hemoptise, ia precisar de transfusão de sangue, e ele não tinha quem doasse sangue e não tinha onde fazer a transfusão ... peguei a caminhonete do dispensário, fui no quartel, fui na maternidade, telefonei pra Colônia ... disseram pro médico que a enfermeira do Rio tinha perguntado se já tinham classificado o tipo sanguíneo e o fator RH ... aí ele disse — *deixa eu ver, pra não complicar minha vida se der alguma coisa com esse doente* ..." (Dep.n^o18, p.48).

A implantação da nova ordem interferia diretamente nos arranjos locais, levando médicos e políticos à exasperação: "ele [o médico] queria dar a hidrazida com fins políticos, pra pessoas

que não tinham tuberculose, isso me apavorou, conversei em particular com o secretário de saúde, escrevi pro serviço solicitando supervisão ... veio a supervisão, ele não aceitou mesmo a orientação, o secretário teve que colocar um outro médico no dispensário, ele se sentiu ultrajado ..." (Dep.nº25, p.33); "o governador estava recebendo queixas de deputados de que tinha uma *enfermeirinha* do Rio mandando e desmandando lá na unidade ..." (Dep.nº2, p.25).

Os pedidos dos políticos para a internação de doentes já se constituía numa *praxe* de difícil erradicação, pois os fisiologistas locais se encontravam comprometidos com o processo: "quando tinha uma vaga, eles internavam quem tivesse padrinho político, os médicos se reuniam no centro de saúde às quartas-feiras à tarde, eu fui na primeira semana — *a senhora sabe, o deputado fulano de tal pediu a vaga...* fui na segunda, na terceira, na quarta vez eu disse — *eu vou escrever ao diretor nacional dizendo que ele suspenda a verba, porque assim não vai ...* no dia seguinte tinha uma portaria do governador, que a partir daquela data todos os doentes só se internavam no sanatório encaminhados pelo dispensário ... depois aquele diretor do departamento me disse — *a senhora não pode imaginar a movimentação dos políticos com aquela portaria do governador*". (Dep.nº18, p.22e29); ou em outro caso: "*o médico do dispensário queria servir a Deus e ao diabo, ele era da Campanha e ao mesmo tempo tinha que atender aqueles políticos que tinham botado ele lá pra trabalhar ... os casos políticos passavam por cima da gente, por cima de todo mundo ...*" (Dep.nº8, p.17).

A internação de casos fora das normas estabelecidas pela Campanha exigia a utilização de estratégias para burlar a seleção dos casos, que se baseava principalmente na história do doente feita pela enfermeira: "*o médico* instruía os doentes no consultório dele, pra chegarem no dispensário e mentir pra mim, aí eu botava que o doente era *VT* [prioridade nº 1 para internação], quando o caso ia pra reunião os outros médicos viam que a radiografia do doente já tinha lesões *fibróticas* [indicativas de doença antiga], mas como estava dito que o caso era virgem de tratamento e coisa e tal, eles internavam ... depois o doente dizia que já tinha tomado os remédios ..." (Dep.nº8, p.17-18).

A supervisora e as autoridades locais

As supervisoras reconhecem como um dos aspectos mais importantes do seu trabalho o contato com as pessoas envolvidas com a luta contra a tuberculose no local, no sentido de promover a aceitação das normas propostas pela Campanha: "inicialmente ... essas modificações não foram aceitas, foi preciso um trabalho de doutrinação ... e isso era preciso verificar localmente ..." (Dep.nº24, p.42).

Os ganhos políticos das autoridades locais, decorrentes do trabalho desenvolvido diretamente pela supervisora, faziam parte de uma lógica estranha à que presidia o desempenho da enfermeira, eminentemente técnica. O tratamento cirúrgico também colocava problemas de ordem administrativa que, em geral, correspondiam a "distorções" do modelo de funcionamento preconizado pela Campanha e que a supervisora não deixava passar, mesmo tendo que enfrentar

a autoridade do médico, com grande desgaste pessoal: "ele queria levar a chave do centro cirúrgico pra casa, eu disse que aquilo não era propriedade dele, era do estado, ele reagiu agressivamente, que eu não era dona de nada que quem mandava lá era ele ..." (Dep.nº41, p.56). As supervisoras menos experientes poderiam seguir à risca o plano traçado: "era meu primeiro trabalho, a *chefe do setor* fez uma relação do que eu tinha que fazer, e eu fui fazer o trabalho ... que ia de encontro a alguns interesses ... então, era grita dos doutores, dos doentes, dos políticos, do próprio diretor ... eles tentavam esconder o jogo de mim, tentavam de todas as maneiras atrapalhar o trabalho, mas eu ia passando por cima de todos eles ... e ia fazendo ..." (Dep.nº8, p.40-41). As mais experientes sabiam que tinham que conquistar a confiança do pessoal local como condição necessária à realização de seu trabalho: "passei quase um mês só fazendo *trabalho de aranha*, foi quando eu segurei pra conseguir fazer um trabalho muito bom, depois tive muito apoio, quando eles viram realmente o tipo de trabalho que eu queria fazer ..." (Dep.nº2, p.36). Uma ex-chefe do setor comenta: "ela procurava *agradar a gregos e troianos*, mas em primeiro lugar estava o cumprimento daquele objetivo, claro que ela procurava conciliar as coisas, muitas enfermeiras ficaram muito queridas nos estados ..." (Dep.nº2, p.66).

Os favores políticos iam até a uma intercessão para um atendimento fora da fila, ao que a supervisora se opunha: "aí começou a funcionar muito bem, sem ninguém passar na frente, embora não faltassem políticos trazendo *dondocas*, a gente botava na fila, só teve prioridade pra gente de idade, gestante, pessoas que realmente precisavam ..." (Dep.nº18, p.21).

A iniciativa do ato político poderia partir do próprio governador, que usufruía do resultado do trabalho como realização sua, e do secretário de saúde, que poderia fazer do próprio reconhecimento do valor da supervisora mais um ato político, sem que ela se desse conta de que seus objetivos diferiam dos dele: "o secretário de saúde pediu uma reunião com as lideranças da comunidade, e foi muito bom porque a gente divulgou o que estava fazendo em relação ao sanatório e pedi que se incluísse o PPD para as crianças admitidas na escola ..." (Dep.nº3, p.13).

Por vezes, o mais difícil era avaliar a situação política, para o que era importante a participação do chefe da SOC: "estava havendo um problema com o diretor do hospital, que era funcionário do estado, então pediram supervisão, foi uma equipe ... o médico foi ver o que era possível fazer, pra que a gente pudesse realizar o trabalho, houve uma reunião, o *supervisor* muito diplomata, foi perguntando, por que isso, por que aquilo ... o secretário de saúde tinha um certo pavor desse doutor ... ele era duma família importante politicamente, e era um cara brabão ... ele tinha medo das reações do diretor, não tinha coragem de mandar uma equipe de lá pra intervir no sanatório, então pediu à divisão ..." (Dep.nº8, p.45-46).

Uma supervisora mais experiente poderia saber do que se estava tratando e simplesmente aceitar a regra do jogo, sem maiores envolvimento políticos: "fomos arrumar Curicica pra ser inaugurada pelo ministro, inauguração a toque de caixa, vieram pacientes de outros lugares, pra compor algumas enfermarias, arrumamos tudo para a inauguração, o ministro foi, fez discurso, foi tudo muito bonito e nos abraçou ..." (Dep.nº30, p.58). Ou ainda: "quando estava tudo pronto pra começar o trabalho, o *diretor da divisão* disse que ia comparecer, o secretário

de saúde convocou logo os deputados e vereadores daquela região, foi um espalhafato tão grande, quem aplicou a primeira vacina fui eu, fotografada, saiu no jornal, um sucesso esse negócio ..." (Dep.nº8, p.61).

Poderia ocorrer que a supervisora fosse deixada à margem dos atos políticos e até que se excluísse, por julgar ilícita a exploração política do seu trabalho: "lá o dispensário era novo e eu achava que se fosse inaugurado, teria que ser com a presença do *diretor nacional*, e não ser resolvido no estado ... eu acho que praticamente não fui comunicada de que ia ter essa inauguração ... de manhã, assim que eu saí do hotel, eu vi uma faixa, ia ser inaugurado o serviço, eu não fiquei pra inauguração, por protesto, achei que o assunto era muito político ..." (Dep.nº1, p.18). Ou então: "cada governador inaugurava o sanatório, mas não funcionava, quando nós chegamos lá, o sanatório equipado, mas sem os doentes, faltava completar a parte de roupa, e o governador inaugurou outra vez o sanatório e nessa inauguração eu não compareci, eu protestei ... que não era um fato verdadeiro, era apenas *pra inglês ver* ..." (Dep.nº22, p.81).

Um dos incidentes relatados configura os projetos de cada qual e quem estava do lado de quem: "exatamente na hora que a comitiva do governador estava chegando, um doente estava com hemoptise incontrolada e eu tive que deixar a parte de recepção do pessoal para dar o atendimento a esse paciente ..." (Dep.nº22, p.24).

A seleção e o treinamento de pessoal

Quando o pessoal já pertencia aos quadros da secretaria de saúde, como no caso de reorganização de dispensários, seleção e treinamento tinham que se constituir em um mesmo processo, o que gerava situações de muita tensão: "eu enfrentei um auditório cheio de funcionários ... as secretarias de saúde iam botando os funcionários lá dentro, com os pedidos de políticos ... muita gente sem qualificação, sem capacidade pra trabalhar ali ... e uma das estratégias era você fazer treinamento e selecionar ..." (Dep.nº2, p.23-24).

Além da falta de qualificação, havia o problema dos funcionários que não compareciam nunca: "a unidade tinha perto de cem funcionários, e em serviço mesmo, muito poucos ... era assim, estudante universitário fazendo curso em outra cidade, mas que era *lotado* lá, filho de gente importante, não aparecia ..." (Dep.nº1, p.26); ou em outra vez: "o dispensário tinha umas setenta pessoas ... esta não pode mexer porque é filha da cozinheira da mãe de *uma ex-primeira dama*, esse não pode mexer porque é neurótico de guerra, filho de um médico ..." (Dep.nº18, p.40-41). O conflito da supervisora é evidente: "eu aproveitei pouquíssimas pessoas e então, foi horrível, porque o secretário de saúde disse que ia demitir todo mundo, porque se os funcionários não serviam pra mim, não serviam pra ele ... eu fiquei apavorada, aí o *médico do dispensário* foi ao secretário e não houve nada, fiquei com os candidatos que eu tinha aprovado realmente." (Dep.nº1, p.13).

Esse processo de seleção e treinamento ocorria mais ou menos assim: "vieram da secretaria de saúde mais ou menos noventa pessoas e a prova de seleção foi um ditado e foi um número incrível de reprovações ..." (Dep.nº1, p.13). Uma supervisora usava a seguinte estratégia: "eu prevenia — *olhe, a prova final, o rendimento do curso, todo o empenho, e vai ter outra entrevista, possivelmente um grupo de funcionários vai sair ...* e eles já sabiam que se não tivessem um bom aproveitamento ... e quando eu terminava o treinamento, eu já sabia, e eles também, os que não iam ser aproveitados ... tinha um grupo de funcionários que tinha que sair, porque era uma das nossas metas, selecionar pessoal que pudesse manter o serviço, pra gente poder ir embora ..." (Dep.nº2, p.23-24).

Em outros casos a oposição à enfermeira era feita por intermédio dos funcionários: "eu fui falar com o *médico do dispensário* que só precisava de dezenove funcionários que trabalhassem diariamente, aí o *médico* fez a maior revolução dizendo [para os funcionários] — *vocês estão todos demitidos ... vão todos ser postos à disposição*, o pessoal ficou revoltado, houve uma greve ..." (Dep.nº1, p.26-27). Os funcionários também podiam ser usados de modo mais sutil: "quando eu chegava no dia seguinte, o funcionário estava fazendo tudo com as rotinas antigas, um dia ele me disse — *o doutor não quer que faça do jeito que a senhora organizou, ele quer que faça o antigo ...*" (Dep.nº2, p.38).

Conclusão

A descoberta de drogas eficazes para o tratamento da tuberculose trouxe conseqüências práticas e de ordem simbólica. O tratamento padrão adotado pela Campanha, além de modificar radicalmente o ambiente sanatorial, diminuiu a importância do médico, ao mesmo tempo que alargou o raio de ação e o poder simbólico da enfermeira. Na organização dos dispensários, ganharam importância estratégica o treinamento e supervisão do pessoal auxiliar de enfermagem, a entrevista pós-clínica e o controle burocrático da continuidade do tratamento do doente, tarefas estas realizadas pela enfermeira. A relação enfermeira paciente era o eixo do processo de tratamento. Junto ao doente, cabia à enfermeira a classificação do caso, conforme o prognóstico de recuperação, e o esclarecimento do paciente. Formadas para o atendimento a pessoas dos estratos mais baixos da população, ainda mais porque a maior oferta de empregos de enfermagem ocorre no serviço público, as enfermeiras estavam mais aptas do que os médicos para lidar com a clientela dos dispensários.

A atuação da enfermagem nos estados freqüentemente resultava em atritos com os médicos locais, por motivos ligados à perda de prestígio destes ou pela constatação de que nem sempre cumpriam as normas da Campanha. Além disto, interesses políticos eram eventualmente contrariados ou, pelo menos, desmascarados pela ação das enfermeiras do nível central.

3. ESTÁGIO: O PERDIDO E O GANHADO

1. A AVENTURA DO TRABALHO

Introdução

Neste capítulo, discute-se as condições em que se realiza o trabalho das supervisoras, as adversidades por elas enfrentadas e os recursos de que lançam mão para se desincumbirem a contento de suas missões e alcançar a satisfação de seu desejo de poder e realização. Os depoimentos das supervisoras se referem inicialmente aos sofrimentos, quer de natureza física ou psicológica, que encontraram no desempenho de suas funções, ao aprendizado pela superação dos problemas e aos motivos de prazer que tiveram.

A função de supervisora, ao tempo em que fazia exigências quanto à diversidade, ao volume, à intensidade e à complexidade do trabalho requerido, favorecia o exercício simultâneo de habilidades cognitivas, psico-motoras e afetivas, que proporcionavam o prazer do domínio técnico e o controle da situação de trabalho no serviço como um todo. O compromisso ideológico com a Campanha, o sentimento de pertencer a uma elite técnica do ministério da Saúde e a um grupo de prestígio dentro da Campanha eram fontes de segurança emocional e possibilitavam a eliminação do sentimento de culpa pelos prejuízos (financeiros ou emocionais) eventualmente causados a terceiros no processo de racionalização do funcionamento dos serviços. Essa satisfação simbólica, relacionada à vivência qualitativa da tarefa, ou seja, o sentido, a significação do trabalho em suas relações com o desejo e não com as necessidades, permite que o medo e a ansiedade possam tornar-se bastante toleráveis. (Dejours, 1987, p.62). Se a relação com o trabalho é favorável, é porque "as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa estão, especificamente, de acordo com as necessidades do trabalhador ... de tal maneira que o simples exercício da tarefa está na origem de uma descarga e de um "prazer de funcionar" [e/ou] o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação sublimatória." Essas condições são encontradas pelo artesão, nas profissões liberais e entre os responsáveis de alto nível: trabalho livremente organizado ou deliberadamente escolhido e conquistado". Nestes casos "não há nada de espantoso ... que grandes dificuldades concretas de trabalho sejam facilmente aceitas [pois] o prazer do trabalho lhes permite uma melhor defesa. (Dejours, 1987, p.134-135).

Ao contrário do que se poderia pensar, "o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, inclusive nas tarefas repetitivas e nos trabalhos de escritório ..." (Dejours, 1987, p.75). O medo maior da supervisora era o de não dar conta da tarefa no prazo previsto e a ameaça sempre presente da eclosão de atritos pessoais, cujos desdobramentos poderiam comprometer sua credibilidade e até determinar a falência de sua intervenção, a interrupção de seu trabalho, e a volta à sede sem ter cumprido sua missão, motivo de vergonha e desprestígio. Este fato tem seu equivalente no medo que sentem os operários devido à possibilidade constante

de acidentes e injúrias. Em ambos os casos, as relações hierárquicas são fonte de ansiedade que se superpõe às tensões inerentes à tarefa. Neste sentido, uma das funções da supervisão seria a de "manter esta ansiedade com relação ao rendimento de cada trabalhador." (Dejours, 1987, p.63). Além da exigüidade do prazo previsto pelo serviço para a realização da tarefa, o desenraizamento da enfermeira do nível central, que geralmente não tinha ambiente social na cidade onde desenvolvia seu trabalho, fornecia-lhe uma dupla motivação para fazer horas extras não remuneradas: ocupar seu tempo e acabar o trabalho o mais rápido possível para poder voltar para o Rio com uma apreciação favorável de seu desempenho.

No decorrer do tempo, essa tensão termina por determinar a formação de mecanismos de defesa coletivos que, em certo grau substituem os mecanismos de defesa individuais, com o objetivo de mascarar, conter ou ocultar o medo e a ansiedade, frente aos riscos inerentes ao seu trabalho e a vivência subjetiva do perigo. Daí resulta a elaboração de uma "ideologia defensiva", peculiar ao grupo e da qual participariam todos os integrantes do grupo, como condição mesma de sua eficácia. (Dejours, 1987, p.35-36). Quando esses mecanismos defensivos contra o medo são muito eficazes, quase não se encontram mais seus traços no discurso do trabalhador. Surge uma fachada de "pseudo-inconsciência" dos riscos e cuja "eficácia simbólica" depende da participação de todos. Por isto "é preciso procurar pelos sinais indiretos do medo, que são justamente estes sistemas defensivos." As atitudes de "negação e de desprezo pelo perigo ... exige sacrifícios e provas ... o risco de performances pessoais ... de habilidade e bravura". No caso de haver vítimas, os operários (e também as supervisoras) tratam de responsabilizar a vítima pelo ocorrido: "uma fórmula altamente capaz para se acalmar o medo". (Dejours, 1987, p.65, 69-71).

Por outro lado é preciso considerar, a partir da estrutura da personalidade de cada indivíduo, o que representa para ele o confronto com tarefa: "se um trabalhador não conseguiu incorporar a ideologia defensiva de sua profissão ... se não consegue superar a própria apreensão, será obrigado a parar de trabalhar ... o que se mostrar mais frágil ... será eliminado, mais cedo ou mais tarde ...". (Dejours, 1987, p.71-72).

O sofrimento e a dor, na maior parte dos casos permanecem desconhecidos, não apenas dos observadores, mas também dos próprios trabalhadores. Apesar de vivenciado, o sofrimento não é reconhecido. Forma caricatural do *saber-vivência*, que se opõe ao *saber-poder* descrito por Foucault [Vigiar e Punir]. Se a função primeira dos sintomas de defesa é aliviar o sofrimento, seu poder de ocultação volta-se contra seus criadores, pois sem conhecer a forma e o conteúdo desse sofrimento, é difícil lutar eficazmente contra ele. (Dejours, 1987, p.136-137). A inconsciência dos trabalhadores constitui o preço para superar a carga de medo que pressupõe o trabalho; portanto a ideologia ocupacional defensiva contra o medo é funcional a nível de grupo, de sua coesão, de sua coragem e também tem um valor funcional em relação à produtividade", o que pode ser designado de "exploração da ansiedade", ou seja do sofrimento mental e dos mecanismos de defesa. (Dejours, 1987, p.72). O medo é então percebido sob a forma de "tensão nervosa", que é direcionada sob a forma de energia para o próprio trabalho, como forma de aliviar a tensão, configurando-se assim um círculo vicioso: mais trabalho, mais tensão, mais trabalho.

Configura-se assim um quadro de alienação, considerada na dupla acepção da palavra. A alienação no sentido em que Marx a compreendia, isto é: tolerância graduada segundo os trabalhadores de uma organização do trabalho, que vai contra seus desejos, suas necessidades e sua saúde. E, ao mesmo tempo, alienação no sentido psiquiátrico, de substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto, mediada pelas ideologias defensivas pelas quais o trabalhador acaba por confundir com seus desejos próprios a injunção organizacional que substituiu seu livre arbítrio. Vencido pela vontade contida na organização do trabalho, ele acaba por usar todos os seus esforços para tolerar esse enxerto contra sua natureza, ao invés de fazer triunfar sua própria vontade (Dejours, 1987, p.137-138).

Um fator agravante é o desgaste que continua ocorrendo longe do local de trabalho, devido ao fenômeno da "contaminação do tempo fora do trabalho, que ... não seria livre nem virgem ... formando com o tempo do trabalho ... um *continuum* dificilmente dissociável", ao qual o trabalhador não tenta fugir, de modo a "não deixar apagar o condicionamento mental ao comportamento produtivo ... o que exigiria uma nova adaptação mental". (Dejours, 1987, p.47). Quanto aos infortúnios do trabalho, é interessante notar que à semelhança do operário "poliacidentado predisposto", havia a da supervisora "criadora de caso", que também tem seu equivalente no "doente rebelde", nos quais a vítima se transforma em réu.

Até porque o trabalho de uma enfermeira-chefe de uma unidade de serviço poderia apresentar certas equivalências com o trabalho doméstico, ou seja, "um trabalho *naturalizado, domesticado, natural às mulheres*". É possível que também essas enfermeiras levassem para o campo de trabalho antigos hábitos como a invasão pelo tempo "produtivo" dos espaços temporais que deveriam ser reservados às necessidades fisiológicas e aquelas psicológicas do ócio, do prazer, da disponibilidade de si mesma e o ritmo sincopado do trabalho, provocado pelos cortes freqüentes das etapas ou passos das tarefas, no ir e vir, no fazer, desfazer, na ansiedade de não dar conta de tantas tarefas superpostas. (Motta & Machado Neto, 1985, p.1444).

No que se refere às tensões provocadas pela inserção da enfermeira no processo de trabalho, é interessante o estudo sobre o stress da enfermeira hospitalar que utiliza o modelo denominado "tríade natural na assistência à saúde" (*natural triad in health care*), composta pelo paciente, o médico e a enfermeira (Brink, 1972, p.897-899). Considera-se que na situação assistencial cada uma dessas três figuras assume uma importância relativa ao papel assumido: o paciente procura o médico para resolver um problema de saúde e não obstante sua posição social, ao buscar ajuda, torna-se uma figura subordinada à autoridade do médico; o médico, educado para diagnosticar e tratar problemas de saúde, é uma figura de alto *status*, considerado autoridade sobre as causas das doenças, sua prevenção e cura; a enfermeira, que implementa o plano de tratamento e provê o cuidado durante a doença, na situação é uma figura de *status* maior do que o doente, pois sabe alguns dos segredos do conhecimento médico, mas como não tem controle sobre a vida e a morte, tem um *status* menor do que o médico. Nessa tríade, as relações são analisadas duas a duas do seguinte modo: as relações entre o médico e o doente são distantes e formais e envolvem respeito e talvez medo por parte do doente, e por isso foram consideradas como negativas; as relações entre a enfermeira e o doente são próximas, informais,

amistosas, envolvem cuidado e contato freqüente e foram consideradas como positivas, sendo a enfermeira considerada a amiga do paciente; as relações entre a enfermeira e o médico são formais ou pouco freqüentes, embora as enfermeiras não tenham essa expectativa e se ressintam quando o médico não reconhece (e não deseja conhecer) sua participação na assistência ao paciente, e também foram consideradas negativas. A autoridade do médico seria protegida pelo tratamento cerimonioso (senhor, doutor), pelo pequeno número de interações e por seu poder de aumentar ou diminuir o grau de tensão, causado pelas informações dadas ou por sua ausência. O poder do médico de reter ou revelar informações também afeta a enfermeira que, para orientar o paciente, necessita saber que informação o médico deu a ele. Se a interação entre o médico e a enfermeira é mínima, a enfermeira ignora o que o médico disse ao paciente e quanto mais tensão for produzida pelo médico, mais se espera que a enfermeira a reduza. No caso de uma enfermeira especialista, cujo *status* está aumentado, devido ao seu maior conhecimento, os conflitos com o médico sobre o cuidado do paciente podem aumentar, pois a enfermeira pode questionar o plano terapêutico com maior autoridade.

No que se refere às enfermeiras da Campanha, essa posição de "amiga do doente" apresentava dificuldades especiais relativas não só à natureza da doença, mas à extrema pobreza de toda sua clientela, fator que se não chegava a impedir o tratamento e a cura, colocava enormes dificuldades aos doentes e suas famílias e colocava, diante das equipes, principalmente dos dispensários, que conviviam mais de perto com a realidade dos doentes, problemas por eles insólúveis. A situação de trabalho "suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nas enfermeiras: piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes ..." No entanto, "esse mesmo objeto de trabalho é capaz de produzir satisfação e prazer, através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória, quando condições facilitadoras permitem aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas." (Pitta, 1991, p.19 e 61).

O comportamento mais ou menos rígido das supervisoras face às demandas de sua atuação, além de ser um traço decorrente da socialização das enfermeiras em geral, poderia ser ainda buscado nas circunstâncias e natureza específicas de seu trabalho de supervisoras. No desempenho de suas funções e atribuições, a supervisora encontrava-se submetida a pressões de várias ordens, de acordo com o local e as circunstâncias em que se realizava o trabalho, e das quais tomava consciência em maior ou menor grau.

Na sede da rua do Rezende, a supervisora deveria demonstrar sua competência em atividades de assessoramento técnico, planejamento ou programação de ações, elaboração de documentos técnico-científicos, interpretação da área de competência da enfermagem na Campanha e suas diretrizes e posições em reuniões com equipes multiprofissionais na sede, e representação da enfermagem da Campanha junto a outras entidades, além da condição *sine qua non* de manter relações pessoais, principalmente com a chefe do setor de enfermagem, compatíveis com sua permanência nesse órgão. Durante sua permanência na sede, a supervisora vivia a dupla expectativa da avaliação de seu desempenho na última viagem e da designação para a próxima missão. Se ela desejava ou precisava viajar para fazer jús às diárias, a ansiedade seria pela demora e pela incerteza de receber uma boa escala (de acordo com a região, a equipe local

e a natureza do problema a resolver). Se ela não desejava ou podia viajar, geralmente devido a problemas de marido e/ou filhos, a ameaça permanente seria de repente ser intimada a fazer uma viagem, e nesse caso a duração da mesma seria o aspecto mais preocupante.

As atividades preparatórias à viagem de supervisão, desenvolvidas pela supervisora na sede visavam a lhe oferecer todo o apoio possível, de modo a aumentar ao máximo suas chances de sucesso (elaboração ou revisão de normas, planejamento das atividades, preparação de materiais instrucionais, previsões quantitativas de material e de pessoal, etc), além de servirem também como preparação psicológica para o enfrentamento da situação, diminuindo a ansiedade e o medo. Além dessa preparação técnica, havia também o ritual de ir às compras e ao salão de beleza, o que as fazia sentirem-se mais seguras, mas que era motivo de troça, tomados como "coisas de mulher" e portanto sem sentido.

As viagens, suas armadilhas e ciladas, o medo do desconhecido, a incerteza do sucesso, faziam do trabalho de supervisão uma sucessão intermitente de empreitadas a serem vencidas pela supervisora à sua própria custa, valendo-se de seus conhecimentos e habilidades, inteligência e tenacidade, mas também de estratégias e manhas. Sair em viagem de supervisão significava uma interrupção, muitas vezes prolongada, da rotina cotidiana de ir à rua do Rezende, trabalhar entre colegas e companheiros, na casa de Oswaldo Cruz, ambiente normalmente amigável e acolhedor. Significava o ritual de preparar a mala, de viajar de avião, de hospedar-se em um local estranho, adaptar-se a hábitos e costumes que já não eram ou nunca foram seus, enfrentar autoridades e defender o projeto da Campanha.

O ambiente de trabalho nos estados se configura como o exterior, o estrangeiro, em oposição à idéia de casa, de família, tanto a sua própria como a representada pela instituição. Lá se situa a arena onde se vão travar as lutas, enfrentar o adversário e até o inimigo, afirmar-se na vitória ou reconhecer sua fraqueza, pedir socorro e até obedecer à pior ordem, a de bater em retirada. O dispensário de tuberculose e o sanatório são os cenários de uma prática específica, caracterizada pela distância da sede e pelo ritmo e intensidade do processo de trabalho.

Nos estados, a supervisora deveria representar a enfermagem da Campanha e a Campanha mesma, com firmeza e determinação, mas sem criar atritos que pudessem ultrapassar os limites da unidade (dispensário ou sanatório), sob a forma de queixas ao secretário de saúde ou à direção da Campanha no Rio; tratando-se de trabalhos de reorganização, executar integralmente o trabalho planejado e no tempo previsto, encarregando-se de contornar ou solucionar os problemas emergentes; atender à supervisão do nível central, demonstrando o cumprimento cabal de sua missão, de modo a poder dá-la por concluída e receber autorização para retornar à sede; em caso de treinamento ou supervisão, ser capaz de diagnosticar rapidamente a situação de trabalho e as complicadas redes de relações locais, e atuar sem se deixar envolver pelas pessoas interessadas.

Durante sua permanência nos estados, o isolamento de seu grupo social fazia com que o confronto da supervisora com a realidade onde teria que atuar se fizesse de modo

particularmente desgastante. A carga de trabalho suportada apresenta dois aspectos indissociáveis: a carga de trabalho física ou psicossensora e a carga de trabalho psíquica (Dejours, 1987, p.60-61 e 68). Apesar de que as supervisoras raramente traduziram em palavras suas ansiedades e sofrimentos, os relatos de suas experiências demonstram que durante as viagens a "tensão nervosa" relacionada à carga de trabalho, como nos estudos realizados com operários, nunca deixava de estar presente.

O trabalho de reorganização de um dispensário seria mais *estressante* do que o de um sanatório, e por vários motivos: o sanatório, como instituição total, não colocava o problema do atendimento ao público dentro de um determinado horário. Enquanto que a organização ou reorganização de um sanatório era feita por uma equipe de três a seis enfermeiras, a reorganização do dispensário geralmente era um trabalho realizado por apenas uma enfermeira.

Encarregadas de implantar o projeto da Campanha nos estados, as supervisoras eram alvo de oposições e restrições, abertas ou veladas, e muitas vezes ardilosas. Esses obstáculos que eram interpostos à sua meta, tinham que ser evitados ou vencidos, antes que a supervisora pudesse dar conta da missão que lhe havia sido confiada, o que ocorria via de regra. A supervisora descreve sua luta em cores fortes, muitas vezes dramáticas, caracterizando seu trabalho como estafante, tanto física como emocionalmente, mas é durante essas viagens que realiza suas façanhas, que mostra sua capacidade e competência, que exerce o poder, e que supera sua condição de mulher socialmente restringida e inferiorizada. A trajetória profissional de cada supervisora é entremeada de momentos bastante difíceis, inclusive devido à sua pouca ou nenhuma experiência no mundo do trabalho e das relações sociais mais amplas do que as da família e do internato da escola de enfermagem. Momentos de medo, angústia, desgosto estão presentes em todas as narrativas, muitas vezes mescladas a situações de reparação. No entanto, praticamente todas julgam sua vida profissional na Campanha como propiciadora de crescimento. Várias das que desistiram de trabalhar na instituição alegam exatamente problemas de instabilidade de sua situação funcional e dificuldades relativas à frequência das viagens. Várias deixaram a Tuberculose para aceitarem oportunidades de trabalho mais atraentes no próprio ministério da saúde.

A metáfora da guerra e a dor pelo sofrimento alheio

A guerra, sendo um tipo especial de aventura, apresenta categorias que se prestam à análise dos elementos em geral contidos numa aventura, e mais ainda quando essa aventura seja uma campanha contra a tuberculose: a missão, o inimigo, o terreno, os meios. Esse sentimento de heroísmo, de cumprimento do dever, de ser competente, "ser especial" era cultivado desde o tempo de escola: "a gente era conscientizada de que a gente estava saindo da escola, entrando num serviço público federal para levar uma contribuição altamente positiva, muito forte em termos de combater uma epidemia ... havia uma responsabilidade muito grande sobre nós." (Dep.nº15, p.9).

Os laços com a profissão e o sentimento de *pertencimento* em relação à Campanha, em certos casos, poderiam ser realmente muito fortes, caracterizando-se quase como um serviço militar: "a gente se formava, casava, tinha filhos, e continuava com a mística ... a despeito do casamento — se desse certo ou não — era o trabalho que a gente levava a sério ... você vai, faz, atua, fica o tempo que for necessário, dá conta, e volta — era como a missão de um soldado." (Dep.nº15, p.46). "o chefe do serviço de programação e avaliação me telefonou dizendo que eu ia passar um mês na região norte ... não gostei, mas assim como um soldado que é mandado, você tem que cumprir a ordem, eu fui ..." (Dep.nº34, p.40).

Os relatos das partidas para organizar sanatórios nos estados por vezes se assemelham ao embarque de "tropas de elite" para uma guerra: "fomos aquela avalanche de enfermeiras, todas mocinhas, a gente era mandada, não tínhamos querer ... o nosso conhecimento era grande, sólido, a gente se apoiava uma na outra e havia uma garra, um *élan*, uma mística, nós éramos um pessoal especial". No geral, a experiência podia chegar a ser gloriosa: "era uma coisa maravilhosa, a sensação que a gente tinha é que estava inaugurando uma época, uma coisa nova no país ..." (Dep.nº15, p.15). Ou então: "a gente era considerada a elite do ministério da saúde e por muito tempo ..." (Dep.nº41, p.110).

As descrições do trabalho realizado podem trazer à lembrança os feitos de Florence Nightingale durante a guerra da Criméia: "foi um trabalho apaixonante reorganizar aquele sanatório, havia a engenharia modificando a planta, consegui barracas do exército, colocamos os doentes, homens de um lado e mulheres de outro, uma sala que ficava pronta, a gente mudava ... os doentes não tinham roupa, havia quatro máquinas de costura, pedi o conserto e convidei algumas pacientes pra confeccionar uniformes ... foi o trabalho mais gratificante da minha vida, porque consegui fazer muita coisa em prol dos doentes, era uma comunidade abandonada, como morria gente!" (Dep.nº15, p.133). Ou então: "o hospital parecia mais um campo de concentração, camas quebradas, colchões ruins, não tinha lençóis, doentes magros, pulga e percevejo ... a gente começou o treinamento, a divisão mandou a medicação pro estado, fez entrosamento com o dispensário ... a família não aceitava os pacientes crônicos, a assistente social conversava ... aí a gente começou o trabalho, foi muito duro ... ao mesmo tempo que a gente dava o curso ia trabalhando o hospital e de vez em quando eu ia no dispensário ..." (Dep.nº 8, p.46). E ainda: "encontramos uma devastação, colchões rasgados, ratos habitando lá, camisola de paciente encardida, elevadores enferrujados, não tinha força suficiente ... a gente tratou de botar cada coisa no seu lugar, abrimos inscrição para o curso de servente, contratamos cozinheiro, [uma] pessoa para dirigir a lavanderia e sala de costura, compramos uma *kombi*, pra pagar depois ..." (Dep.nº30, p.39-40).

Os sofrimentos dos doentes poderiam não ser apenas, nem mesmo principalmente, de ordem física e temporários, mas muito mais de ordem social e econômica e atrelado ao modo daquelas famílias viverem a vida (que inclusive permitiu o adoecimento) de uma forma completamente fora do alcance do pessoal que trabalhava nos serviços de tuberculose, que no entanto tinham por obrigação aplicar as normas técnicas "racionalizadoras" da aplicação dos recursos. Por exemplo, um dos objetivos do "trabalho educativo" era o de conseguir a

concordância do doente e de sua família para a internação de curta permanência, que era difícil de ser aceita, porque "as famílias achavam bom o doente ir pro hospital, ele ia ter o que comer, os doentes também queriam ficar o máximo de tempo possível, achavam que não iam poder trabalhar ... na entrevista a enfermeira já esclarecia que ele iria por três meses, e depois teria que retornar à unidade ..." (Dep.nº1, p.15). Esse desejo de que o doente permanecesse no hospital era muito fácil de compreender no dia-a-dia do atendimento dos doentes e suas famílias: "um doente disse pra gente que não desse mais remédio pro filho dele, que o remédio dava muita fome e que ele só tinha tomado água do pote a semana toda ..." (Dep.nº1, p.44).

O estranhamento e as vicissitudes

A extrema juventude e inexperiência profissional e também de vida, por si só poderiam ser problemas: "a gente saindo da escola, com pose de enfermeira, achando que era dona do mundo, que ia mudar mesmo, que ia resolver ... eu era a mais nova no centro de saúde, aquele monte de velhas, eu tinha que treiná-las pra fazer funcionar dentro dos moldes da Campanha, foi um trabalho insano !" (Dep.nº31, p.11-12).

A falta de experiência, aliada à timidez, fazia com que as dificuldades que se apresentassem durante a viagem, fossem encaradas como problemas de ordem pessoal, e como tal, enfrentados solitariamente e em silêncio, sendo motivo de grandes sofrimentos: "levei diárias pra trinta dias, que não era permitido receber as 45 ... tive que gastar com [telefonemas] interurbanos ... eu não podia suspender o trabalho, que ia ter inauguração, com o secretário ... a vida lá era caríssima, almoçava e não jantava pra poder economizar, de noite ficava na porta do hotel, esperando que a assistente do coordenador passasse pra eu ir jantar na casa dela ... vim com três dias de antecedência, aí, chego na divisão, me apresento, e a chefe — *oh! você já está aqui?* (Dep.nº7, p.33-34).

Ocorriam também problemas insólitos: "o *funcionário da divisão* foi pra arrumar a parte de material ... pegou a filha do chefe de material do centro de saúde e mandou-se com a moça, ela era *de menor* e ele casado ... o secretário de saúde me chamou ... telefonei *pro diretor* ... depois a gente riu, mas na época ..." (Dep.nº41, p.52-53).

A dificuldade também poderia ser devido aos regionalismos e o povo do local também poderia estranhar os modos da supervisora de outra região: "eu era agitada, parecia uma bala ... o diretor aproveitava pra me dar uma charlada — *esses nordestinos só sabem brigar* ... fui engolindo, até que um dia eu disse — *nordestino briga porque trabalha* ..." (Dep.nº18, p.20-21). A impressão ao chegar em certa região poderia ser a de que "o povo é desconfiado, esconde as verdades, as enfermeiras eram todas assim, se você se dava com essa, era inimiga daquela, você ficava muito insegura em termos de relacionamento ..." (Dep.nº18, p.45). A indiferença dos médicos do local em relação ao padrão dos serviços de saúde prestados à população também poderia ser motivo de desgosto: "um médico era dono de uma fábrica, tinha uma mansão, um outro era um bonachão, atendia os doentes, mas era um trabalho sem motivação ..." (Dep.nº18, p.49).

Até as condições climáticas poderiam parecer hostis: "a chegada foi aquele dia chuvoso, horrível ... uma loucura me meter naquele lugar ... nessa noite não dormi ... depois de três dias já estava gostando ... o povo era simpático, comecei a freqüentar as praias no fim de semana ...". Ou então: "um calor louco e o hotel não tinha ventilador nem refrigerador, a primeira noite tomei uns dez banhos ... no terceiro dia, a temperatura deu um baque, de quarenta graus passou pra doze ..." (Dep.nº18, p.29e45). A sensação de isolamento geográfico também incomodava: "um lugar muito distante, não tinha avião todo dia, a pista do aeroporto era chão batido, quando chovia o avião não podia aterrissar ..." (Dep.nº25, p.37).

A falta de adaptação ao ambiente poderia ter conseqüências ruins: "ninguém me falou daquele calor exagerado, subi o morro com uma visitadora duas horas da tarde, quando eu já estava no ponto do ônibus comecei a me sentir mal, suor frio, aí passa o *médico do dispensário — a senhora está verde, está com insolação ...*". A desadaptação física e cultural poderia se traduzir somaticamente: "a comida, a água eram péssimas, não tinha uma distração, perdi nove quilos em três meses, sofri muito *lá ...*" (Dep.nº18, p.53e57).

Trabalhar nas cidades do interior, além de uma novidade, trazia uma série de problemas: a viagem em si, que as supervisoras estavam acostumadas a viajar nos aviões de carreira; a recepção local, que as supervisoras estavam acostumadas a serem recebidas pelas autoridades locais; a hospedagem, que as supervisoras estavam acostumadas a terem um mínimo de conforto e hospitalidade; e as condições de trabalho, que as supervisoras estavam acostumadas a viajar com um planejamento pronto e já feitos arranjos locais para iniciar o trabalho: "o ônibus quebrou na estrada, cheguei tarde da noite, não tinha ninguém na rodoviária esperando, fui procurar hotel, não consegui, fui para um pardieiro horrível ... no dia seguinte me larguei pra unidade de saúde, *soltando os cachorros em cima do médico*, que eu estava numa situação horrível, aí ele me acomodou num colégio de freiras ..." (Dep.nº1, p.37-38).

Se o trabalho devesse se desenvolver junto aos filhos e filhas de famílias ilustres, a situação poderia tornar-se tragicômica: "na época pontificavam dois grandes colégios, um pra meninos, de padres, e outro pra meninas, de religiosas; o que deu margem pra tudo isso foi uma peruca de cabelo liso, escorregadio, que eu usava na época, e aí espalhou-se um *disse-que-me-disse* de que estava na cidade uma enfermeira chinesa, pra fazer uma injeção de esterilizar as crianças ... recebi no hotel cartas ameaçando minha vida, tive muito medo ... aí eu fiz palestras através do rádio ..." (Dep.nº15, p.131-132). A própria comunicação com a clientela poderia estar dificultada, exigindo tato e sensibilidade para avaliar e se adaptar às situações: "vi na cara do doente que ele não tinha entendido ... perguntei ao atendente — *como é que vocês chamam comprimido?* ele disse *pastia ...* voltei, repeti tudo pro doente, aí eu vi no olhar dele que ele tinha entendido ..." (Dep.nº18, p.51).

As armadilhas e ciladas

A oposição que se fazia ao trabalho da enfermeira ocorria muito mais freqüentemente no terreno subjetivo das relações interpessoais do que no plano objetivo do trabalho, pois não havia como ir contra as normas da Campanha: "quando ela ia onde as coisas estavam ruins ... que condição tinha o pessoal da unidade ...?" (Dep.nº21, p.125). A idéia é a de que "não tinha realmente um argumento que pudesse deter a gente nesse tipo de trabalho ..." (Dep.nº8, p.50).

As tentativas de neutralizar a atuação da supervisora parecem relacionar-se mais a *guerras de nervos*, a aproximações sexuais ou a levantamento de questões relacionadas às verbas. Não há relato de tentativas de suborno. A maneira de tentar recuperar o prestígio afetado poderia ser a de desmoralização da supervisora por incompetência. Após uma exposição sobre as atribuições da enfermeira no dispensário de tuberculose, que a supervisora foi convidada pelo médico a fazer, esse médico "começou a fazer perguntas que nem eram de enfermagem, pra tentar me desmoralizar ... mas o cursinho de dispensário que nos deram deu tudo isso ... aí ele perguntou — "*sinhá, a enfermeira vai fazer tudo no dispensário, e o médico não vai fazer nada?*" e ela lhe respondeu — "*tem uma coisa que é do médico, que é controlar seus próprios colegas ... foi uma gargalhada geral das enfermeiras ...*" (Dep.nº18, p.41-42).

Há o sentimento de que se buscava atacar justamente sua condição pessoal e profissional. As tentativas de assimilação ocorriam inclusive por via da sedução, que poderiam provocar uma rejeição mais ou menos forte por parte da supervisora, que talvez não entendesse perfeitamente o que se estava passando e nem sempre soubesse se sair bem da situação: "ele era o *testa de ferro*, vivia me dando *cantadas*, eu tinha umas pernas razoáveis ... quis passar a mão ..." Ou então: "um secretário de saúde ... ficou todo cheio de *tremeliques* pro meu lado, dei-lhe uma descompostura e ele *perdeu o rebolado*, deixou de me receber ... era porque eu era enfermeira, mulher ..." (Dep.nº8, p.81-82).

Uma outra maneira de tentar anular o trabalho planejado pela Campanha era o de tentar indispor a enfermeira, que dele estivesse encarregada, frente ao pessoal local e também junto ao nível central: "eu me prendia muito, então não parecia que eu estava grávida, mas aparecia que eu estava engordando ... então, o *médico do dispensário* me pressionava muito no trabalho se aproveitava desse lado pra me jogar contra o pessoal do sanatório, contra o *supervisor* ... eu trabalhava dia e noite pra ele não sabotar meu serviço ..." (Dep.nº8, p.19). Outra forma de manipular a supervisora seria deslocar sua atenção do trabalho em andamento para uma avaliação da conduta da pessoa que o estava executando: "aí chega a *supervisora* pra ver tudo, passamos o dia todo na supervisão, houve uma reunião com o pessoal, *ele* fez queixa à *supervisora*, que eu tinha passado um mês e tanto fora do serviço ... que corria um boato de que eu tinha me afastado pra fazer um aborto ..." (Dep.nº8, p.19e28).

Outro ponto delicado se referia à aplicação das verbas da Campanha: "a Campanha nomeava um responsável, entregava aquele dinheiro, a enfermeira fazia as compras, que iam pro responsável pagar ... o chefe do departamento [de tuberculose] pagou coisas do centro de saúde,

que não eram da tuberculose ... eu disse — *o senhor pegue as notas que eu assinei, some e veja se bate com o meu saldo ...*" (Dep.nº18, p.19). Ou então "a diretora da maternidade disse — *queria que a senhora assinasse um recibo de material que foi comprado pra tuberculose pra pagar suas refeições aqui ... eu disse ... eu pago do meu dinheiro, mas não vou assinar recibo falso ... a chefe do setor de enfermagem resolveu levar o problema ao diretor nacional, foi aquela confusão ...*" (Dep.nº18, p.56-57).

Às vezes a hostilidade do médico local contra as supervisoras, devido aos acordos oficiais feitos entre a secretaria de saúde e a Campanha e que implicavam no repasse de verbas, tinha que ser disfarçada, podendo tomar o caráter de intimidação: "ele ia minando a tua coragem *subliminarmente*, a gente trabalhando e o cara contando o caso de uma enfermeira que foi encontrada assassinada com uma tesoura ..." (Dep.nº36, p.160-161). Uma das enfermeiras encarregadas dessa reorganização lembra assim as palavras desse médico: "vocês tão correndo um grande risco, há pouco tempo deceparam a cabeça de uma enfermeira aqui ..." (Dep.nº1, p.24). Uma outra enfermeira relata o mesmo caso assim: "teve uma enfermeira que trabalhou aqui, nem começou ... foi assassinada ..." (Dep.nº18, p.41). Mas por vezes esse mesmo médico poderia ser mais explícito, ao dizer: "que nós não éramos as que sabíamos de tudo, que se mandasse dinheiro pra ele, ele também sabia melhorar o serviço, que energúmeno nenhum precisava lhe ensinar ..." (Dep.nº1, p.22e29). A outra supervisora diz: "ele começou a dizer que tinha pedido era o dinheiro, que ele sabia trabalhar, ele não precisava de nós ..." (Dep.nº18, p.42).

O stress da tarefa

A reorganização dos dispensários tinha que ser feita em ritmo intensivo, de modo a não impedir o funcionamento do serviço, cuja agilidade era fator indispensável, em virtude do volume de trabalho processado, devido ao interesse em descobrir suspeitos, o dispensário fornecia gratuitamente o resultado do exame radiológico, que por sua vez era documento necessário à *carteira de saúde*, indispensável à carteira de trabalho ... uma vez o pessoal derrubou um balcão porque a abreugrafia no dia não estava pronta ..." (Dep.nº3, p.7-8).

Ainda que residindo na cidade, a enfermeira poderia decidir enfrentar o desafio do dispensário trabalhando fora do seu horário, mesmo sem remuneração extra: "eu chegava às sete horas da manhã e saía em torno de seis horas, às vezes eu ficava até às nove horas, a casa toda fechada e eu e *uma servente* ..." (Dep.nº8, p.17). O trabalho a ser desenvolvido nos dispensários estaduais extrapolava em muito o campo profissional da enfermeira, exigindo dela conhecimentos e capacidades que seriam adquiridos na prática, no próprio confronto com os problemas: "era uma reforma geral, a partir do prédio ... ele [o chefe da SOC] me entregou a planta e disse — *olha, vai ser desse jeito, você vai ser responsável por tudo, até pra supervisionar a reforma do prédio ...*" (Dep.nº2, p.22).

À necessidade de controlar o trabalho da equipe, se somava a necessidade de "por a mão na massa", assumindo um trabalho equivalente ao dos funcionários, porque a natureza e as

condições de trabalho exigiam que as modificações fossem feitas com rapidez, sob pena de se perder o controle do processo de mudança do sistema: "um serviço todo desmontado, e funcionando ... a gente precisava ficar ali o tempo todo, mesmo pra não desgastar nem desestimular o próprio funcionário, porque quando acabava o atendimento, ele ia assistir aula, os funcionários também eram sacrificados, porque nós treinávamos em serviço ..." (Dep.nº2, p.17).

Era "ponto de honra" da enfermeira da Campanha atender todas as pessoas que demandavam o dispensário, de modo a não comprometer a imagem do serviço: "eu *segurava as pontas* com o pessoal, ajudando, o serviço estava desmontado, em momento algum um doente deixou de ser atendido ..." (Dep.nº2, p.26). O cadastro torácico, devido à enorme demanda era um ponto de vital importância no funcionamento do dispensário, o que poderia levar a enfermeira a tomar atitudes enérgicas, ainda que sem muito respaldo administrativo, já que o técnico ou operador de raios X era diretamente subordinado ao médico-chefe: "um moço muito calmo, tinha me prometido montar o raio X de véspera ... no dia da abertura do dispensário, a fila dobrava o quarteirão ... o raio X não estava montado ... fui na casa dele e falei — *o senhor assumiu o compromisso comigo de que esse aparelho estaria instalado ontem, o senhor vai sair daqui agora e vai montar esse raio X* ... comecei a bater raio X onze horas ... ninguém almoçou, e paramos quatro horas da tarde ... mas batemos o raio X da fila inteira ..." (Dep.nº18, p.20-21).

Talvez a tarefa geradora de maior ansiedade fosse a revisão dos arquivos, por sua magnitude (o que exigia um ritmo intensivo) e por sua característica de trabalho repetitivo e minucioso: analisar os registros (muitas vezes incompletos), classificar o caso (segundo normas às quais nem sempre se encaixavam), processar a rematrícula, e colocar em ordem alfabética rigorosa. Esta era a tarefa que quase obsecava as supervisoras, motivo de preocupação constante, que importunava seus pensamentos e até seus sonhos. A aparentemente espontânea utilização do tempo fora do trabalho para continuar trabalhando, prática adotada por todas as supervisoras, sem exceção, pode talvez ser explicada além das razões por elas alegadas (dificuldade em realizar as tarefas de reorganização durante o horário de funcionamento do serviço, falta do que fazer depois do horário do expediente, urgência em terminar para voltar logo), ainda pela recusa em interromper a tarefa, como estratégia de minimizar o esforço de adaptação, proporcional ao lapso de tempo de interrupção da tarefa.

O enorme volume de trabalho compreendido em uma reorganização de dispensário correspondia em grande parte à revisão e implantação de um novo sistema de arquivos e fichários, que permitia o controle tanto do funcionamento do serviço quanto dos resultados do programa, o que dava a essa operação um caráter até certo ponto ameaçador: "aquele dispensário já tinha uns vinte anos de funcionamento ou mais, fui eu e *uma colega*, uma coisa pavorosa, a quantidade de arquivos ... resolvemos fazer a tarefa o mais rápido possível e vir embora ... nós trabalhávamos de manhã, de tarde e de noite de sair assim às onze ... a gente tinha que mexer em arquivo de noite, que não atrapalhava ..." (Dep.nº1, p.22). Outro relato: "o volume de prontuários era aquela coisa monstra, aí começamos a nos movimentar assim como se estivéssemos num pântano, sem saber por onde começar ..." (Dep.nº18, p.40-41). Ou então: "só me deram um mês, eu disse — *eu trabalho dia e noite, mas eu faço do jeito que eu quiser* ...

o motorista ia me pegar, e eu trabalhava o dia todo, ia em casa jantar, o motorista me pegava de novo ... até à meia-noite ... geralmente vinham duas funcionárias me ajudar a reorganizar os fichários, que durante o dia não dava ..." (Dep.nº2, p.38).

Às vezes o trabalho a ser feito parecia acima das suas forças, físicas ou emocionais: "quando terminava o volume de atendimento, a gente tirava a segunda parte da manhã pra treinar pessoal, ia na hora do almoço, voltava, quando era no segundo tempo da tarde, chegavam os funcionários da noite, antes de começar o turno, os da noite e os da tarde sentavam em sala de aula pra fazer treinamento ... eu repetia tudo aquilo que tinha feito de manhã, com o mesmo rigor, e continuava desmontando os fichários ..." (Dep.nº2, p.26). A pressão poderia ser excessiva: "depois que eu resolvi um pouco da situação, fui me trancar na *câmara escura* e chorei, chorei ..." (Dep.nº1, p.28).

O medo e a valentia desmedida

O medo de não acatar as ordens ou de não dar conta do trabalho fazia com que o comportamento das supervisoras se revestisse de uma aparência de audácia. Uma jovem chefe de enfermagem de sanatório poderia subitamente receber uma ordem de viajar para o interior, a fim de organizar um serviço, esperando-se da supervisora que a cumprisse sem discussão e com alegria: "era pra ir, fui ... também deve ter contado o espírito jovem, aventureiro ... era mais uma cidade, mais experiência ..." (Dep.nº19, p.24). Nem sempre a ordem recebida era benvinda: "recebi um telegrama da *chefe do setor*, que eu me apresentasse urgentemente em *capital de outro estado*, essa ordem sem nenhuma explicação, fiquei desesperada, tomei um ônibus pra capital, o *diretor do sanatório* não sabia de nada, me mandei *pra sede regional* ... a *supervisora* disse que o *coordenador regional* estava pra chegar ... quando o homem me viu ele disse — *quê que a senhora está fazendo aqui?* ... missão para ele era coisa séria ... eu tentava me desculpar ... o homem endureceu — *acho que a senhora deve ir pra lá* ... aí fui embora, chorei a viagem todinha de volta, no dia seguinte viajei, sem conhecer a cidade, quando cheguei no hotel, chamaram da portaria, era o *médico* e a *nutricionista*, que já estavam lá, pra organizar aquele hospital, com data marcada, pra inauguração urgente pelo senhor ministro ... custava nada terem colocado isso no papel? você se estressa, sofre, e chega lá era isso ..." (Dep.nº15, p.81-86).

A idéia era a de que a supervisora "chegava feito um trator — *vamos deixar isso arumado!*" (Dep.nº21, p.113). A comparação da supervisora em ação com uma máquina pesada funcionando a toda carga é utilizada pela própria supervisora: "as enfermeiras da divisão pareciam umas *Caterpillar* [marca de trator] ... trabalhando danado, porque tinha prazo ..." (Dep.nº8, p.78). Outra figura metafórica utilizada relaciona-se com um instrumento mais leve e que até serviu de símbolo político à época: "então eu fui fazendo o trabalho, parecia uma vassoura *futucando* ... *fiti, fiti* ..." (Dep.nº8, p.42).

Cada uma procurava dar conta de sua missão com os recursos de que dispusesse, contanto que atingisse sua meta: "vir para a sede com um relatório dizendo que o momento não é

adequado, que não houve receptividade, que o diretor não estava imbuído da necessidade de introduzir modificações ... era considerado um fracasso ... isso fazia com que toda enfermeira *introjetasse* a obrigação moral, a necessidade de realizar um trabalho produtor *a pau e pedra* ... mas a percepção geral que ficava era de extrema eficiência ..." (Dep.nº21, p.123-124). Uma integrante da equipe itinerante confirma: "ai de quem levasse relatório negativo pro Rio, era tido como incompetente! não fazer um trabalho que tinha que ser feito, era uma desmoralização ..." (Dep.nº2, p.16).

A coragem exigida era não somente de ordem moral, muitas vezes o próprio esforço físico poderia ser em si mesmo um desafio: "eu peguei um dispensário imenso, funcionava de manhã, à tarde e à noite, com funcionários diferentes ... um trabalho brutal, com tudo isso eu não fracassei, em momento nenhum ..." (Dep.nº2, p.26). Ou então: "eu fui com essa planta debaixo do braço ... oh, meu Deus, que trabalho grande! os operários da construção ... interrompiam minha refeição lá no hotel ..." (Dep.nº2, p.22).

Tentativas de sabotagem e estratégias

A oposição à enfermeira que vinha implantar uma nova ordem no dispensário, exigia a adoção de estratégias, que variavam de uma supervisora para outra. Além do volume de trabalho o que metia medo era não conseguir a colaboração para realizá-lo segundo as normas e dentro do prazo previsto: "o que me apavorava, era que eu não ia ter colaboração, mas eu tive e os funcionários foram ficando assim, muito amigos ..." (Dep.nº2, p.26-27). Podia haver desconfiança em relação à veracidade das informações: "os dados estavam *manipulados*, devia ser coisa repetida de um mês pro outro, eu precisava de uma pessoa em quem eu tivesse confiança ..." (Dep.nº1, p.38).

As dificuldades de manter a situação sob controle, poderiam ser enfrentadas pela ameaça de punição ou contornadas pelo uso da sedução: "tinha uma visitadora que era a dona do dispensário, depois de arrumado o fichário, ela desarrumou, aí eu disse — *o próximo fichário que aparecer desarrumado vocês vão ficar aqui na hora-extra arrumando, não quero nem saber, essa é a última vez que eu coloco o fichário em ordem* ..." (Dep.nº18, p.45-46). Ou ao contrário: "o funcionário que queria atrapalhar minha vida, eu chamava logo pra trabalhar perto de mim, ensinava, procurava estimular, mostrar tudo pra ele, eu não tive dificuldade de funcionário por isso, porque eu usava essa estratégia ..." (Dep.nº2, p.16).

O aparelho de raios X, até sua substituição pelo microscópio, era o instrumento indispensável à detecção de suspeitos, ao acompanhamento da evolução dos doentes e ao controle dos comunicantes, constituindo-se em centro motor do funcionamento do dispensário.

Acontece que muitas vezes não havia o rendimento quantitativo esperado e quando o aparelho aparecia quebrado, o que podia ocorrer com muita frequência, o conserto tardava muito a ser realizado. Parando os raios X, o dispensário todo entrava em compasso de espera: de imediato o operador dos raios X ficava praticamente dispensado de comparecer, havia um alívio geral da

carga de trabalho do pessoal de enfermagem e do médico e parte da demanda do dispensário deslocava-se para os serviços particulares de radiologia. Os depoimentos são os seguintes: "havia uma espécie de uma *máfia* lá na *cidade*, era só marcar um cadastro pro raio X *pifar*, aí ficava na dependência de vir gente de São Paulo pra consertar, ele enguiçava o aparelho, pra não ter serviço ..." (Dep.nº18, p.46). Ao final das contas, quanto menos funcionasse o aparelho do dispensário, melhor seria para os negócios particulares: "se o aparelho de raios X do dispensário amanhecia quebrado, só uma pessoa tinha raios X na cidade e todo mundo fazia com ele, ele ganhava dinheiro ..." (Dep.nº36, p.156).

Os infortúnios e o desligamento

Uma ex-chefe do setor explica o risco permanente: "ela, por si, não era investida de autoridade para adotar uma conduta mais enérgica e quando ela se arvorava, o diretor se queixava pra SOC, por ofício, então era uma situação que elas tinham que andar *pisando em ovos* ..." (Dep.nº21, p.102). A situação é confirmada por uma supervisora que, coincidentemente utiliza a mesma figura simbólica para expressar a pressão psicológica só se aliviava com o retorno da supervisora à sede e após a mesma ver "aprovado" seu relatório: "você saía com aquele pesadelo na tua cabeça — *como me desincumbir, como enfrentar o doutor fulano de tal?* você estava pisando sempre em casca de ovo, então você terminava aquele trabalho, dava graças a Deus de não ter acontecido nada de ruim ..." (Dep.nº15, p.129).

O mecanismo ideológico de responsabilizar a própria supervisora por qualquer falha ou incidente, colocava para ela a alternativa ou de ter que se defender, como se culpada fosse, ou de ter que aceitar como uma concessão benevolente a ausência de uma crítica: "os médicos do hospital sabiam que o *médico do dispensário* fazia este tipo de coisa, então falavam com a equipe do dispensário, e a equipe do dispensário era quem? era eu e ele, então quem levava a culpa era sempre a enfermeira ... mas o pessoal do hospital sabia que o meu trabalho estava sendo sabotado pelo *médico do dispensário* ... e o *supervisor* sabia também ..." (Dep.nº8, p.18-19). O chefe da SOC comenta: "criava caso lá, já tinha eu que ir tirar de novo, aí eu chamava a *chefe do setor* — *por amor de Deus, não me bota mais essa moça* ..." (Dep.nº20, p.45); "tinha lugar que eles diziam — *não mande fulana pra supervisão, às vezes o chefe da SOC atendia mesmo* ..." (Dep.nº21, p.107).

A saída para um excesso de tensões no trabalho seria sempre individual: afastar-se temporariamente do trabalho (faltar uns dias, tirar férias ou licença); pedir aposentadoria; pedir transferência; mudar de emprego (sempre no serviço público). Os principais motivos das desistências eram as condições de trabalho nos estados ou as freqüentes e prolongadas viagens de serviço: "*os hospitais* faziam curativos sem luvas, as gases sem estarem esterilizadas me contavam cada absurdo, em termos de saúde, que eu fiquei ansiosa pra vir me embora, me fez desistir de viajar ..." (Dep.nº18, p.49). A freqüência das viagens poderia criar um estilo de vida insuportável: "eu só vivia com minha mala arrumada pra viajar ... quando o avião chegava, que

eu via o Corcovado, sentia uma alegria, porque eu estava chegando no Rio de Janeiro ... essas viagens da Campanha me deixaram com trauma de viajar ..." (Dep.nº25, p.44e58).

Ideologia defensiva e consciência crítica

No que concerne à consciência social, em termos do direito e da justiça, a avaliação das supervisoras quanto aos modos como se dava sua participação no projeto da Campanha, não é clara, podendo mesmo haver uma percepção invertida da situação: "esse agradecimento dele à minha pessoa, eu agradeço muito a ele, eu achei que tinha feito uma coisa normal, que era obrigação minha fazer ..." (Dep.nº25, p.43). Quando existe a percepção das injustiças sofridas e dos direitos negados, elas são atribuídas a falhas administrativas e a um certo atraso social: "a gente não tinha a maturidade pra ir fundo no problema com os dirigentes, isso tinha que ser analisado era num nível alto, no nível decisório, não foi identificada a necessidade de se parar e estudar uma nova estratégia ..." (Dep.nº21, p.102). No que se refere à consciência política, que implica em capacidade crítica e autocrítica, em termos da ação coletiva, poderia haver um desconforto ou um mal-estar: "esse interesse diminuindo, pelo serviço, eu já tinha uma espécie de questionamento, do que eu estava fazendo ali, pra que servia o meu trabalho ..." (Dep.nº36, p.203).

Além de o setor de enfermagem não ter participação nas decisões políticas do serviço, a idéia de como eram tomadas essas decisões pelos dirigentes da Campanha ou mesmo no ministério da saúde é vaga: "a idéia que eu tenho é a de que havia uma negociação bilateral, eles investiam mais nos lugares onde julgavam que o rendimento podia ser melhor, porque já conheciam o chefe do serviço ou os serviços novos onde eles achavam que precisava dar uma cobertura àquela população ..." (Dep.nº21, p.119). O comentário de outra supervisora demonstra sua desorientação: "o pessoal de Pernambuco e o doutor Hélio Fraga, eles tinham uma força muito grande, eu nunca entendi por que, quando entrou o Blundi ... acabaram a Comissão Técnica, eram os *bambas*, só gente boa, era uma comissão de peritos, eram os estudiosos daquela época ... não sei se foi alguma repercussão do que estava havendo lá fora, a nível nacional ..." (Dep.nº8, p.84e63).

A falta de competência política para diagnosticar situações e melhor avaliar o jogo de forças em curso poderia comprometer a capacidade técnica e até levar à desistência do encargo. As dificuldades, vistas à distância do tempo podem parecer ter sido acompanhadas de crescimento: "o diretor do serviço me incumbiu de dar um jeito no hospital de Curicica, que estava numa situação muito ruim, resolvi ir lá com a *supervisora* tentar fazer um diagnóstico, a situação era complicada, completamente fora da minha experiência ... Curicica me impressionava pelo tamanho ... eu não tinha condições de intervir de maneira adequada naquilo ... me envolvi com essa situação e perdi de vista a coisa principal, que era ver a questão da tuberculose em âmbito nacional, que era o papel do setor ..." (Dep.nº9, p.22-24).

Essa fraca consciência crítica aliada à ausência de um projeto próprio da enfermagem, levava a uma fraca solidariedade grupal. Uma supervisora poderia ser colocada sob uma pressão

tão intensa e prolongada que sentimentos por demais dolorosos a levassem a atitudes extremas: "eu não quero mais saber desse emprego, vocês estão me torturando mentalmente ... juntei minhas coisas e vim pra casa, passei quinze dias sumida, aí fiquei pensando que ia perder meu emprego, isso foi um lance terrível ..." (Dep.nº42, p.79). Por isto também podia acontecer de a supervisora, tentando compreender os acontecimentos com referência apenas a fenômenos de simpatia e afeição se sentir simplesmente alijada do serviço sem maiores explicações: "eu fui lá [repartição do MS] me oferecer pra trabalhar ... um médico da Campanha me orientou a ir conversar com o chefe da SOC, ele não botou nenhum obstáculo, eu acho que ele estava louco pra arranjar um lugar qualquer pra me mandar, eu não sei porque ... eu me enganei, pensei que ele era meu amigo, depois eu me desencantei ... ele é uma pessoa muito fria, gostaria de saber por que ele não gostava de mim ..." (Dep.nº42, p.74). A incompreensão das reais determinações da discriminação sofrida poderia perdurar e causar danos permanentes: "eu me afastei de todas as colegas da Tuberculose, achava que tinha sido vítima de todas elas, depois, quando a ex-chefe me via, queria falar comigo, eu me afastei ... no curso, quando ela deu aula, eu não dava atenção à aula, me omitia ... era um bloqueio incrível ..." (Dep.nº42, p.64).

A divisão de grupos que se antagonizavam na alternância do poder causou muitos desgostos e mágoas: "eu estava fora, e não teve uma pessoa da seção de enfermagem que me dissesse que eu iria ser enquadrada, eu fui saber através da enfermeira de Curicica ..." (Dep.nº18, p.63-64). E em outra oportunidade: "nem me consultou se eu queria tempo integral, simplesmente quando eu acabei o curso, não tinha direito, já tinha terminado o período ..." (Dep.nº18, p.97). As manifestações de solidariedade quase sempre se referem a problemas da esfera da vida privada, encarados mais como problemas pessoais do que como problemas políticos. Nesse sentido, prevalecem as boas recordações. No que se refere à sede: "de modo geral, foi muito boa a convivência, todo mundo participava da vida de todo mundo, todo mundo ajudava, com a palavra, se eu casava, se não casava ou uma ajuda, até na criação de nome da criança ... muita gente me ajudou na divisão, até mesmo os médicos ... quando eu fui operada ..." (Dep.nº8, p.83). Nos estados também não faltava este tipo de apoio: "tive um tremor, comecei a botar sangue, fiquei apavorada, o médico falou ... uma semana em repouso absoluto, dieta, depois ainda voltei lá pra acompanhar o trabalho, aí fui muito homenageada pelas colegas, recebi cartões, presentes ..." (Dep.nº41, p.69).

Comportamento de rivalidade entre colegas denunciavam uma falta de solidariedade de classe. A relação entre uma ex-supervisora, que estivesse à disposição de uma secretaria estadual, por interesse próprio ou por revezes políticos, e uma supervisora efetivamente em exercício no *Rezende* poderia ser particularmente difícil: "o médico do dispensário não comparecia e eu aflita com meu fichário de aprazamento todo com doentes *faltosos*, eu pedia supervisão, pra ver se ajeitava o médico ... aí chegou o chefe da SOC com a supervisora ... ela, sem muita base pra reorganizar dispensário, começou a desmanchar o fichário ..." (Dep.nº2, p.33).

O tempo atuava com menos força para quem estava afastado do que para quem continuava "no poder": "eu fiquei uns dois anos [na delegacia federal de saúde] ... eu ficava sabendo as notícias daqui do Rio, porque a gente nunca se desligava do setor de enfermagem,

das pessoas ..." (Dep.nº8, p.67). Mas o sentimento de pertencer poderia ser unilateral: "as pessoas chegam assim, as importantes, com autoridade, parece que acaba aquele elo que existia, de colegas dentro da divisão, a intimidade também acaba, foi a primeira vez que eu me senti assim estranha ... chocava tanto ... eu já estava há uns três anos [à disposição], esse elo já devia ter acabado, só que pra mim ele não tinha acabado ... mas as pessoas já não sentiram que eu era pertencente à divisão ..." (Dep.nº1, p.49-50).

O outro lado da dor: a satisfação do desejo

A certeza inabalável de estar lutando "do lado certo", dava à atuação da supervisora uma firmeza de propósitos que a tornava quase "invencível". Os depoimentos a seguir se referem a duas supervisoras que, apesar de haverem atuado na Campanha em épocas distanciadas (décadas de 40 e de 60), utilizam expressões muito semelhantes para descrever sua atitude frente ao próprio trabalho: "aquela certeza de que estava certo e que a gente tinha que fazer o melhor possível." (Dep.nº30, p.35). Ou então: "a única noção que eu tinha, é que tinha que realizar um trabalho e que aquele trabalho era o trabalho certo ..." (Dep.nº8, p.42).

De um modo mais individual, trabalhar na Campanha poderia representar ainda a sensação de poder e liberdade que a aventura permite. Ao término de cada missão, ao sentimento de alívio, ligava-se um sentimento de realização pessoal, de vitória, de exaltação da personalidade, apesar de que a retribuição monetária não fosse condizente: "era pesado, mas era prazeroso pelo que se realizava, entende? é uma pretensão minha, mas eu acho que era como um trabalho de artista ... dá pra fazer um sacrifício que seja produtivo ... o que contava é que havia produtividade, que a gente era prestigiada, era muito duro assim de você estar morta, exausta, mas satisfeita com o que tinha feito ..." (Dep.nº36, p.164); "compensação financeira não tinha nenhuma, era só de realização profissional mesmo, pura e simples ... você sentir que foi capaz de chegar num estado *zerado* e fazer dez dispensários funcionar com todas as normas vigentes ... a gente se sentia dona da verdade ... eu tive que ficar morando numa pensão, porque a diária que você recebia não dava ..." (Dep.nº41, p.59-60); e ainda poder cantar vitória: "eu consegui, foi até o fim, do jeito que eu quis ..." (Dep.nº2, p.16).

Um outro tipo de trabalho de grande envergadura e responsabilidade era o treinamento ou o desenvolvimento de programas em provas tuberculínicas e vacinação intradérmica, trabalho repetitivo e de grande precisão (dose e profundidade). A média mínima aceitável por operador deveria ser de 80 aplicações por hora (45 segundos por aspiração/injeção) em dois turnos de trabalho, com uma cota mínima diária fixa (cronograma de desempenho). Apesar do grande esforço exigido, o orgulho pelo trabalho bem realizado, no qual a supervisora atuava como perita, em um campo especificamente de enfermagem, poderia ser grande: "eu consegui treinar vinte e tantas enfermeiras, de várias instituições, sem atrito, sem guerra ..." (Dep.nº41, p.73-74). Outra situação: "a primeira campanha nacional de multivacinação [BCG intradérmico, tríplice e pólio], fomos três enfermeiras daqui, foi uma campanha belíssima, a gente não tinha hora pra dormir e às vezes o *coordenador* convocava a gente pra uma reunião duas horas da manhã, no

hotel ... muitas brigas surgiram entre ele e eu ... mas tudo ficou pronto, a gente superou as brigas, o cansaço ... foi uma coisa lindíssima que eu vi nesse país." (Dep.nº15, p.115).

Há também o reconhecimento de que trabalhar na Campanha, significava ter um bom emprego, onde havia espaço para uma realização pessoal e mesmo o "prazer de funcionar", mencionado por Dejours: "o fator psicológico ... se sentir bem, útil ... nisso a Campanha atendia bem, dava um sentido à vida da gente ... as pessoas que trabalharam lá tiveram a oportunidade de desenvolver um potencial, de dar uma atuação, uma coisa motora a isso que a gente dispõe, atuar pela necessidade intelectual, emocional e até o sentido monetário, que eu tinha um emprego que me permitia viver acima da maioria ..." (Dep.nº36, p.235-236).

Conclusão

O trabalho da supervisora da Campanha, embora se realizasse em condições por vezes extremamente adversas, tanto físicas como psicológicas, ao mesmo tempo era capaz de produzir doses consideráveis de satisfação inclusive de caráter simbólico e ideológico. Devido à intensidade e complexidade desse trabalho, o mesmo determinava um grande envolvimento da supervisora e no que importa aos domínios cognitivo, psico-motor e afetivo.

O medo de, a qualquer momento, perder o controle da situação mantinha a supervisora sob constante tensão, atenuada por sentimentos de poder, de superioridade intelectual, de elevação moral ou religiosa, e as levava a se manterem em atividade laboral constante, dentro e fora do ambiente de trabalho, ocupando grande parte das horas que não fossem destinadas ao sono, à alimentação e à higiene pessoal. Este esforço excessivo e continuado ligava-se mais ao desejo de obter o reconhecimento por parte dos dirigentes da Campanha e elevar seu prestígio no órgão de enfermagem do que a uma necessidade imediata do próprio serviço ou a uma cobrança do secretário estadual de saúde. Ao contrário, esse enorme medo do fracasso levava a atitudes ousadas e temerárias, às vezes desproporcionais à extensão ou à gravidade do desafio.

Grande parte do desconforto das enfermeiras tinha como origem sofrimentos alheios, decorrentes das desigualdades sociais, e em relação aos quais a enfermeira nada podia fazer, ou que poderia até agravar, em nome da racionalidade do serviço. Os sofrimentos dos doentes eram causados mais por sua condição de pobreza, da qual o serviço só tomava conhecimento na medida em que impedisse a continuidade do tratamento, do que pela doença mesma: os crônicos sem indicação cirúrgica, elementos indesejáveis, aos quais o serviço nada tinha a oferecer, porque sua presença no sanatório era considerada um estorvo, eram pressionados a aceitar uma alta com seu estado de saúde "inalterado" ou "piorado" e sem perspectivas de tratamento, pois no dispensário esses doentes causavam um grande mal-estar na equipe, por mobilizarem sentimentos de impotência. Os funcionários da secretaria estadual de saúde, lotados no dispensário, e que por isso recebiam suplementação salarial, eram muitas vezes dispensados pela enfermeira da Campanha, por incompetência, falta de assiduidade ou mesmo pontualidade. A esses sofrimen-

tos a enfermeira tinha que fazer face pela contraposição da imagem da Campanha como um bem maior, cujos resultados beneficiariam a população toda do país, o que justificaria os sofrimentos infligidos a essas pessoas pela aplicação das normas da Campanha.

Os papéis de "amiga do doente" (apenas daqueles selecionados para o tratamento padronizado), de controladora do médico, de supervisora do pessoal auxiliar e de representante da Campanha no estado colocavam a supervisora em posição de adversária das pessoas com quem trabalhava diariamente, e a impediam de buscar apoio emocional na equipe do serviço, ou mesmo na secretaria de saúde, mantendo-a em permanente isolamento, apenas mitigado pelas conversas telefônicas com a sede.

A falta de clareza do jogo de forças em ação por vezes impediu que a supervisora se posicionasse de uma maneira mais adequada à situação e a levava a uma tentativa de cumprir cegamente sua missão de implantar as normas da Campanha. A ausência de uma reflexão grupal na sede central contribuía para que as manifestações de solidariedade entre as enfermeiras não ultrapassassem o terreno dos problemas pessoais.

As missões de que era incumbida incluíam as duas mais antigas metáforas da aventura: a viagem e a guerra, para as quais são necessárias aptidões especiais. Assim é que enquanto houve quem nelas se realizasse e aí fizesse ver o seu valor, outras aí fracassaram e desistiram, procurando empregos mais calmos e uma vida menos atribulada, ainda que sem o brilho do poder e da glória, mesmo que vivenciados simbolicamente.

2. A INTERDIÇÃO E A RECONSIDERAÇÃO DO PASSADO

Introdução

Discute-se nesta seção os fatores determinantes da queda de prestígio da supervisora na CNCT, a partir do lançamento do 2º PND, no interior de um processo de decadência da CNCT, no qual surgem novas propostas de trabalho, exigindo novos papéis, que passam a ser desempenhados por jovens médicos recém-ingressados na Campanha. Os depoimentos aqui apresentados dão conta do modo como a crise dos programas verticais do ministério da saúde foi vivenciada pelas supervisoras, como ocorreu o processo de expropriação do saber que haviam construído ao longo de anos de prática junto aos serviços das secretarias estaduais de saúde, como lhe foi interdito o acesso à função oficial de assessoria e acompanhamento dos programas estaduais de controle da tuberculose, as repercussões do afastamento das supervisoras de sua linha de atuação técnica, bem como a dissolução das equipes multiprofissionais que se haviam formado à época da reforma administrativa que extinguiu os órgãos profissionais, entre eles a seção de enfermagem.

O espaço profissional da supervisora variou no tempo, em função de vários fatores, como a evolução do setor saúde, do MS enquanto instituição, do próprio órgão de combate à tuberculose e da inserção dos diversos profissionais da equipe de saúde no mercado de trabalho, mas a realização do projeto da Campanha (implantação de um discurso e de uma prática hegemônicas na área da tuberculose) durante um quarto de século, a partir da época de sua fundação até o advento do 2º PND, dependeu decisivamente da performance das supervisoras.

Com a política de ação dispensarial, iniciada na década de 60, a figura da enfermeira-supervisora da Campanha ganhara um novo destaque, por constituir-se uma peça-chave para o projeto de implantação de uma rede dispensarial de âmbito nacional. Apesar da grande autonomia com que trabalhava nos estados e do forte respaldo que recebia da direção da Campanha, seu âmbito de atuação era o dispensário de tuberculose e seu interlocutor (e às vezes adversário) o médico do dispensário. Sua atuação junto às secretarias de saúde se exercia mais sob a forma de atividades administrativas de rotina (informe oral sobre o andamento dos trabalhos, pedido de providências), não se caracterizando formalmente como assessoria técnica.

No dispensário de tuberculose, as atividades desenvolvidas eram típicas da enfermeira de unidade sanitária (treinamento de pessoal auxiliar, educação sanitária dos doentes e suas famílias), acrescidas de atividades técnico-burocráticas (arquivo e estatística) que implicavam tarefas minuciosas, demoradas e cansativas, tanto física como mentalmente. Esse trabalho não era disputado nem reivindicado por ninguém mais.

Com o desgaste sofrido pelo modelo de campanha vertical, face à decadência do ministério da saúde, à tendência privatizante dos serviços de assistência médica, a aspiração de

autonomia dos estados e a um novo pensamento sanitário, a ação da enfermeira vai perdendo sua eficácia técnica e política, o que compromete a antiga estabilidade de sua posição na instituição. Os trabalhos de reorganização de dispensários praticamente cessaram, em função do avanço na política de integração dos programas de controle da tuberculose aos serviços gerais de saúde e à prioridade concedida ao plano nacional de levantamento da prevalência da infecção tuberculosa e ao plano nacional de vacinação BCG intradérmica. Estes planos, incluídos no 1º PND, exigiam do setor de enfermagem uma grande mobilização para o assessoramento das equipes estaduais, treinamento de pessoal e supervisão dos programas em andamento em todo o Brasil, além da execução do trabalho de campo e gerenciamento de pesquisas operacionais sobre o uso dos injetores à pressão na vacinação BCG, validação controlada da qualidade da vacina liofilizada e controle de qualidade de agulhas intradérmicas nacionais.

As longas viagens de reorganização de dispensários e sanatórios já não são necessárias. Os tempos em que as viagens aos estados eram feitas pela enfermeira-supervisora, sem contestação dos demais profissionais já não existem. A supervisão em equipe aos sanatórios e dispensários, foi aceita pela maioria das supervisoras com um certo alívio, por terem com quem dividir a carga de trabalho e a responsabilidade pelos resultados. A supervisão aos dispensários e sanatórios em conjunto, para as diversas áreas de serviço, ensejava uma participação mais efetiva de cada profissional na atividade de supervisão e um maior grau de resolução dos problemas ainda durante a visita. Assim, a supervisão em equipe apresentava perspectivas de um trabalho menos desgastante, evitando que as divergências entre os níveis federal e estadual se configurassem como um enfrentamento entre enfermeira-supervisora e médico local. Ao contrário, na prática, essas mudanças de política e estratégias resultaram em desgaste do prestígio da enfermeira-supervisora da Campanha. Ao se ver desalojada do que vinha sendo seu castelo e sua fortaleza, o dispensário de tuberculose, ao tempo em que perdia intimidade com o trabalho dispensarial, perdia autonomia no interior da equipe, na qual seu saber sofreu um processo de desqualificação.

A integração das atividades de controle da tuberculose nos serviços gerais de saúde não parece ter despertado grande entusiasmo por parte de muitas enfermeiras, tanto das secretarias de saúde como da Campanha. O fato não constituiu uma exceção, como esclarece Gilmário Mourão Teixeira, assessor em tuberculose da Opas/OMS, com ampla experiência nesse processo, que acompanhou em vários países da América Latina. De fato, alinha ele entre as restrições mais comuns ao processo de integração, aquelas relacionadas ao pessoal. Da parte do pessoal dos serviços gerais de saúde, a resistência em receber o programa refere-se ao medo do contágio, à sobrecarga de trabalho e às dificuldades de executar novas tarefas para as quais não se tem o domínio técnico. Por sua parte, o pessoal especializado tem a perder "o prestígio científico, social e econômico" decorrentes do domínio "de técnicas e métodos que antes lhes eram privativos" e assim "argumenta que a delegação dessas técnicas ao pessoal geral determina aumento de quantidade em detrimento da qualidade". (Teixeira, 1978, pg 10-11).

Com a inclusão do programa de controle da tuberculose no 2º PND, a posição da Campanha nos estados é fortalecida, pois agora há de novo recursos a serem distribuídos.

Ocorre então uma mudança no propósito mesmo das visitas de supervisão, que passa a ser o assessoramento às equipes centrais das secretarias de saúde e o acompanhamento do desempenho global das unidades de saúde no estado, relativamente às metas e indicadores do programa de controle da tuberculose. Há também o deslocamento do nível de atuação da equipe da Campanha nos estados, que deixa de ocorrer no interior dos serviços de saúde e passa para os escritórios das secretarias de saúde. Várias estratégias foram utilizadas para a preparação dessas equipes multiprofissionais: oficinas de trabalho, planejamento conjunto da viagem, atuação em grupo no estado e também a elaboração de um guia de supervisão. Ao mesmo tempo em que se elabora um discurso de descaracterização das profissões, em favor de uma uniforme competência técnica em programação, cria-se a idéia de que apenas o médico consegue ser aceito como legítimo representante da Campanha, e por dois motivos: como o secretário de saúde, ele é médico, e também pertence ao sexo masculino.

Assim, a desqualificação da enfermeira-supervisora como representante da Campanha junto ao estado é justificada, não por falta de competência para desempenhar-se da função, mas pelas características inerentes à sua mesma pessoa, sendo imputada essa responsabilidade aos próprios secretários de saúde, na conta de seus preconceitos, dos quais não compartilhariam os médicos da Campanha. Essa suposta idiosincrasia dos secretários de saúde foi aceita sem discussão, apesar de que naquele momento todas as enfermeiras que atuavam na sede tinham feito o curso de saúde pública da ENSP, que era ministrado em regime multiprofissional, com duração de um ano, em tempo integral, o que não ocorria com todos os médicos. Ocorre então uma troca de papéis: o médico, que no início da supervisão multiprofissional ia somente para apoiar a equipe, pois à época não tinha capacidade para mais do que isso, assume a liderança e passa a ser o único representante válido da Campanha junto às autoridades sanitárias locais; a enfermeira, que no início do processo dava a sustentação técnica à equipe, perde espaço progressivamente, e já não viaja sozinha, pois sua atuação junto às secretarias estaduais de saúde torna-se inócua.

A substituição da enfermeira pelo médico como figura de proa da Campanha ocorre em um contexto de luta por novos mercados de trabalho por parte do grupo médico, face ao acelerado crescimento de seu quantitativo e é possibilitado pelo fato, já evidenciado na sociedade mexicana, de que "o processo global saúde-enfermidade, objeto do serviço médico, escapa e desborda a prática de enfermagem, à qual se avoca a atender só os fragmentos desse processo", de cuja totalidade o médico dispõe. A parcialização da prática da enfermagem possibilita que se reduza progressivamente seu campo profissional, à medida em que se desenvolve o processo de especialização médica. (Benitez et al., 1985, p.153-156).

Em paralelo, surge a proposta no campo da saúde da "administração por objetivos", em função da qual desaparecem os órgãos normativos específicos de enfermagem, como aconteceu na sede da Opas, e entre nós, no MS e no Inamps. Na Campanha, é extinta a seção (ex-setor) de enfermagem, que representou durante trinta anos a garantia do espaço da enfermagem na sede nacional. Por outro lado, observa-se uma descaracterização de várias categorias de pessoal de enfermagem, como a instrumentadora, que passa a ser treinada por médicos, o atendente de

enfermagem, extinto do serviço público federal (decreto-lei nº 299/67), logo depois substituído no INPS pelo "auxiliar de serviços médicos", que por suas atribuições "limitadas e confusas ... tanto poderá ser um elemento de enfermagem como um servidor burocrata" (Cietto, 1968, p.584-585) e mais tarde pelo "auxiliar operacional de serviços diversos" / AOSD, cuja denominação nem o caracteriza mais como trabalhador de saúde, e a visitadora sanitária, substituída, em várias secretarias de saúde, pelo agente de saúde.

As modificações de ordem política e social ocorridas na sociedade brasileira também alteraram o balanço do poder no interior das equipes de trabalho. No interior do processo de *horizontalização* dos programas do MS, a supervisora da Tuberculose, por sua vez, também foi perdendo sua força e especificidade. A partir do 2º PND, a prática da supervisão tem alteradas suas características, deixando de ter como objeto as unidades de luta contra a tuberculose e como interlocutores as equipes locais, passa a ser orientada para o nível central dos estados, sob a forma de acompanhamento do programa de controle da tuberculose e de assessoramento às autoridades de saúde. A partir desse momento, o médico já pôde reconhecer as viagens aos estados como atividade digna de seu interesse e empenho, tanto no que se refere ao seu propósito, quanto ao prestígio dela decorrente. Ocorre então a difusão das atribuições de supervisão para todos os membros da equipe de saúde e a transferência pura e simples da função de representação da Campanha junto aos estados para o médico da Campanha, que se torna o único interlocutor válido para as autoridades sanitárias estaduais.

Esse afastamento da enfermeira do centro dos acontecimentos referentes à relação Campanha/Secretarias de Saúde teve determinantes de natureza política e não técnica, caracterizando-se como um *interdito*, ou seja uma "proibição que se inpõe por si própria ou que é justificada por racionalizações secundárias ... uma maneira de conceber e instaurar um poder e uma ordem social." (Doutrelaux & Watté, 1984, p.514) Assim essa imposição de limites à prática da enfermeira-supervisora da Campanha decorre de uma luta pelo mercado de trabalho no setor saúde, travada no bojo da crise do sistema de saúde, que tem como desdobramentos outras crises no interior das profissões e carreiras da área da saúde.

A crise da profissão médica caracteriza-se pela existência de fortes desigualdades entre os médicos. Enquanto que um médico recém-formado pode ganhar apenas dois salários mínimos e muitos jovens doutores têm que renunciar ao exercício liberal da medicina, os profissionais de renome têm rendimentos comparáveis aos de seus colegas dos países mais ricos. A maior parte dos médicos divide seu tempo entre diversos empregos e pode ocorrer que um médico pela manhã atenda apressadamente e utilizando-se de meios rudimentares, a toda uma "patologia da miséria" e à tarde pratique uma medicina técnica para pacientes que pagam à vista ou têm um seguro-saúde. As razões essenciais da crise estão relacionadas à superprodução de médicos, agravada pela má distribuição geográfica, à sua formação profissional *americanizada*, e às características do sistema de saúde. Durante o tempo em que a previdência social parecia "nadar em dinheiro", a corporação médica organizou-se de modo a tirar proveito da situação, constituindo *lobbies*, capazes de assegurar a nomeação de funcionários para cargos de importância estratégica para a categoria, e a própria modalidade de financiamento induzia à

realização de atos médicos inúteis ou fictícios. Assim a crise da profissão médica é ao mesmo tempo moral e econômica. (Postal, 1984, p.29-30).

O fluxo de concluintes dos cursos de medicina, segundo dados do MEC, sobe anualmente, a partir de 1972, até atingir um máximo em 1978, com 8722 novos médicos formados, a partir de quando se observa um declínio. Ao contrário, na formação de enfermeiros, que em 1978 é de 2192, continua a ser progressivo o aumento do número de concluintes nos anos seguintes, mas essa oferta não foi acompanhada por um aumento correspondente na oferta de empregos. No período 1977-1983, foram gerados quase 75 mil empregos (a maioria de tempo parcial) para quase 57 mil médicos formados. No caso dos enfermeiros, ocorre uma situação inversa, pois o número de formados sempre ultrapassa o número de empregos criados (23 mil formados para menos de oito mil empregos). Apesar das especulações "a diferença entre um número e outro ... é de tal magnitude que permite caracterizar uma escassa capacidade de geração de empregos de enfermeiros no país." (Nogueira, 1986, p.342-344).

No Brasil, desde a década de 40 a enfermagem vinha dividindo seu espaço com outras profissões *paramédicas*, quase todas também femininas, como a assistente social e a nutricionista; depois vieram a psicóloga, a fono-audióloga, a terapeuta ocupacional, estreitando cada vez mais o espaço profissional da enfermeira. Por outro lado, a expansão dos serviços de saúde, "baseada no aumento da rede privada financiada com recursos públicos" e com ênfase "na atenção individual e na medicina especializada, relegando a um plano secundário as chamadas ações básicas de saúde", se faz acompanhar, a partir de meados da década de 60, "de uma política francamente expansionista no que diz respeito à formação de médicos." (Nogueira, 1986, p.336). No espaço de dezesseis anos (1958-1975), o número de médicos aumentou 3,5 vezes, passando de cerca de 21 mil e quinhentos para 72 mil e quinhentos, segundo dados da Associação Brasileira de Escolas Médicas. (in Singer, 1981, p.136). Entre 1970 e 1980, segundo dados do IBGE /ENSP, entre os profissionais de nível superior, a categoria de enfermeiros, embora tenha sido a que registrou maior crescimento (143 %), apresenta um contingente muito reduzido, cerca de 12 mil profissionais, enquanto que os médicos, com uma taxa bruta de incremento de 124 %, apresentam um contingente de 102 mil profissionais em 1980. (Nogueira, 1986, p.339-340).

Com o crescimento quantitativo do número de médicos em escala muito maior do que o de enfermeiras e com uma oferta de empregos insuficiente (pelo menos para garantir dois empregos para cada formado) a Associação Médica Brasileira partiu para uma ofensiva concretizada na tentativa de uma subordinação legal de todas as profissões da área da saúde à profissão médica. Este documento ficou conhecido como projeto Julianelli (projeto de lei nº 2726/80), que "ao pretender regulamentar as profissões, ocupações e atividades no setor saúde, representa uma ameaça aos direitos adquiridos pelos enfermeiros e suas categorias técnicas e auxiliares, fazendo ademais *tabula rasa*, não só da qualificação deste profissional de nível superior, como da inegável categoria de suas escolas formadoras e dos respectivos currículos aprovados pelo Conselho Federal de Educação. ... O rol de atividades que o projeto em referência pretende cominar aos enfermeiros nada mais contém que os elementares encargos hoje atribuídos aos auxiliares de enfermagem e até aos atendentes, em vista do desenvolvimento

da enfermagem e da hierarquização, segundo a efetiva habilitação escolar das várias categorias, das ações compreendidas na assistência de enfermagem." (Cofen, 1980, p.1 e 24). Esse projeto teve o mérito de congregar todas as entidades de classe de todas as categorias profissionais envolvidas para uma luta de âmbito nacional, na qual a enfermagem se empenhou ativamente, e que terminou por derrotar tal iniciativa.

No entanto, se do ponto de vista legal essa ofensiva foi fracassada, como vimos, o mesmo não ocorreu na luta pelo mercado de trabalho. Em 1982, a ex-presidente da ABEn (1976-1980) registrava que "no momento, se estão acumulando evidências de um fenômeno inédito na história da enfermagem brasileira — o desemprego; e no entanto, ao analisarmos, mesmo superficialmente, as informações sobre a saúde das populações ou mesmo as condições dos serviços de saúde, o mais elementar bom-senso indica que o país não dispõe de pessoal de enfermagem de que necessita, em qualquer dos três níveis de preparo." (Castro, 1982, p.35). A progressiva perda de espaço profissional da enfermeira brasileira ocorre no momento em que nas universidades do país surgiam os cursos de enfermagem em nível de pós-graduação *stricto sensu*. No âmbito específico da Tuberculose ocorreu o mesmo, ou seja, a perda de espaço da supervisora ocorreu num momento em que mais estavam tecnicamente preparadas. Em seus currículos profissionais ressaltavam os cursos de especialização em saúde pública, de aperfeiçoamento em planejamento de saúde, e estágios avançados em integração de programas de controle da tuberculose, o que, em 1982, lhes permitira serem incluídas no quadro de sanitaristas do MS (lei nº 6433/77), mediante avaliação de sua qualificação profissional. Portanto a perda de controle de sua função ocorreu apesar de sua capacitação profissional, ou seja, a perda de espaço das enfermeiras não se deveu a problemas técnicos e sim a questões políticas. Com a mudança da DNPS para Brasília e a criação da Superintendência da Campanha no Rio, bem como a do Centro de Referência em Curicica, o grupo de enfermeiras se enfraqueceu ainda mais, uma vez que já não havia a oportunidade de se mudarem para Brasília, e sua mudança para o Centro de Referência ocorreu em um clima de resistência, o que ensejou o fortalecimento da tendência de ocupação dos novos espaços pelo grupo médico. Tanto assim que, à época da contratação de pessoal pela Campanha, depois de um período de cerca de vinte anos nos quais não houve renovação de pessoal, foram contratados para o Centro de Referência, "dez a quinze médicos e apenas duas enfermeiras", assim mesmo em virtude das súplicas de algumas supervisoras.

Nesse período, assinala-se "o confronto de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e a conseqüente luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por representantes desses interesses ... tanto nos ministérios e no Congresso, como nos hospitais, ambulatórios e unidades municipais de saúde" permanecendo problemática "a efetiva distribuição do poder institucional, seja do Estado em relação à sociedade civil, seja dos grupos políticos historicamente divergentes, presentes nas instituições, que reivindicam sua parcela de poder nas decisões e orientações fundamentais da política de saúde no novo regime democrático." Ainda mais, "os discursos e os saberes das diversas corporações profissionais envolvidas na questão da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) também [foram] um foco de luta política no cruzamento dos níveis macro e microanalítico de disputa pelo poder de traçar diretrizes, impor posições e conquistar hegemonia." (Luz, 1991, p.85 e 91).

Em meados da década de 70, com a adoção dos princípios da administração por objetivos no serviço público federal, desaparecem as repartições que reuniam os profissionais da mesma área de conhecimento e com isso desapareceu a coordenação das atividades de enfermagem, bem como diretrizes unificadas para o seu desenvolvimento. As passagens, do trabalho individual da enfermeira para a supervisão em equipe multiprofissional, e depois para a supervisão integrada, determinaram mudanças irreversíveis no papel da enfermagem e da enfermeira de nível central. Após o desaparecimento da seção de enfermagem, surge um novo quadro de identidades e práticas específicas no interior da DNPS. As funções institucionais de treinamento e supervisão, por ela até então lideradas, emergem na nova estrutura organizacional como entidades separadas, em repartições ocupadas por equipes multiprofissionais. Nesse naufrágio, salva-se quem alargara o escopo de sua competência, qualificando-se na realização de projetos normativo-pedagógicos, de planejamento de saúde, de mobilização de coletividades, de gerenciamento de pesquisas, etc. Neste novo panorama institucional, surgem novas figuras de enfermeira, investidas de certo prestígio, como as que integraram o grupo lotado na Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos, cujos componentes, além de manterem certas características de seu trabalho anterior, viram sua área de atuação bastante ampliada. Também o grupo de avaliação e supervisão encontrou alguma continuidade no trabalho a ser desenvolvido, ainda que com certas dificuldades de adaptação às novas características de sua prática social.

Ao final da década, há uma nova reordenação institucional. Com a reativação da CNCT, instala-se uma Superintendência na Rua do Rezende e cria-se um Centro de Referência em Curicica, para o qual se devem transferir todos os funcionários da Campanha, o que determina a dissolução das equipes multiprofissionais criadas para cada região do país, em 1976. Do novo pessoal contratado, a maioria é de médicos, que já tendo como destino o Centro de Referência, passam a assumir lá as funções gratificadas. A dissolução das equipes de especialistas em tuberculose (e não em programação de saúde), a médio prazo, acarretou efeitos adversos, como a falta de elementos capacitados para elaborar normas e parâmetros de avaliação e a prestar assessoria técnica aos estados.

No que se refere à questão de gênero no interior da enfermagem, embora Florence Nightingale houvesse declarado que "o cuidar dos doentes é uma tarefa que sempre coube à mulher e *sempre* lhe deve caber" (*in* DNPS, 1922, p.5), a cessão de espaço para os homens também é um fenômeno geral, observado desde logo nos cursos de graduação em que, desde a reforma universitária, os rapazes, que correspondem a cerca de dez por cento do corpo discente, ocupam a maior parte dos postos de representação do alunado, todos de caráter eletivo: representantes de turma, participação nos órgãos colegiados, diretoria de centro acadêmico, etc. Depois nas chefias dos serviços de enfermagem dos grandes hospitais públicos, inclusive nos hospitais universitários, bem como nas entidades representativas da categoria também se vem dando essa substituição, mormente nos conselhos de enfermagem, federal e regionais. Aliás o mesmo vem ocorrendo em outros países, inclusive no Primeiro Mundo. Um estudo de psicologia social sobre a questão de gênero na enfermagem da Grã-Bretanha (Skevington, 1984, p.104) mostra que os enfermeiros britânicos "*frequently concede that having entered nursing, they are likely*

to be promoted quickly into positions of seniority", o que é confirmado pela estatística, pois enquanto que em 1971 havia, em média na enfermagem sete mulheres para cada homem, ao mesmo tempo, *"at the seniors posts of chief and principal nursing officer and charge nurse"* havia apenas três mulheres para cada homem, o que demonstra estarem os homens tendo preferência no preenchimento desses cargos, em relação às mulheres.

A falta de uma reflexão mais aprofundada sobre o trabalho da enfermeira-supervisora enquanto fenômeno coletivo e institucional e também das relações de gênero em nossa sociedade evidencia-se tanto nas expressões de ressentimento pela situação atual quanto nas expressões nostálgicas. Força, conhecimento e *élan* são palavras sempre repetidas pelas supervisoras para caracterizar a antiga relação de trabalho com a Campanha. Acolhimento, intimidade, confiança são sentimentos dirigidos ao seu grupo profissional e ao grupo maior de apoio, ao qual muitas se referem como se tivessem sido para ela como uma segunda família. Mas tudo isso se situa num passado não muito distante, sempre contrastado com a situação atual de descrédito da instituição, da profissão e de sua mesma pessoa. A verdadeira supervisora não existe mais. Mudou a doença, mudaram os serviços, mudaram os médicos, mudaram as enfermeiras. O grupo original de supervisoras não se reconhece nas novas colegas, pertencentes a uma outra geração, que já não são migrantes de outras regiões, que já foram formadas em outro modelo de escola de enfermagem, pós-reforma universitária, no qual as estudantes de enfermagem foram acostumadas ao convívio com estudantes das demais carreiras da área da saúde, e com professores do ciclo básico, que são contestadoras da autoridade das professoras de enfermagem, mas sem participação política alguma, posto que chegaram à idade adulta durante a vigência de uma ditadura militar. (Baptista, 1988). Assim, as jovens enfermeiras da Campanha não se sentem continuadoras das antigas supervisoras, não desejam ser repositórias de seu saber, não aceitam sua tutela e nem mesmo querem ouvir seus conselhos.

As expressões nostálgicas não são exclusivas do grupo de enfermeiras, pois os antigos médicos também sentem o empobrecimento de suas vidas com as mudanças que terminaram por extinguir "a Tuberculose". Também os novos médicos são diferentes. Ao invés da mística da Campanha, o que há é o engajamento político, às vezes sob a forma de militância partidária. Seu discurso não apresenta mais a neutralidade técnico-administrativa de seus antecessores. Também estão descaracterizadas as relações profissionais de gênero, pois há médicas e depois enfermeiros. Por não terem consultório, entram na disputa por espaço, na sede e nos estados. Por se inserirem em movimentos de renovação política, não valorizam a tradição de trabalho dos tempos da mística da Campanha.

A propósito, lembra-nos o historiador inglês E.H.Carr que "o grupo que ... desempenha o papel principal ... num período determinado dificilmente desempenhará papel semelhante no período seguinte, justamente porque estará excessivamente imbuído de tradições, interesses e ideologias do período anterior para ser capaz de adaptar-se às exigências e condições do novo período. Assim, pode muito bem acontecer que o que parece ser um período de decadência para um grupo, pode parecer o nascimento de um novo avanço para outro." E cita R.S.Lynd, que diz: "as pessoas mais velhas em nossa cultura freqüentemente estão orientadas para o

passado, o seu tempo de poder e vigor, e resistem ao futuro como a uma ameaça. É provável que toda uma cultura num estágio avançado de desintegração e perda de poder relativo possa, assim, ter uma orientação dominante para a perdida idade de ouro, enquanto a vida é vivida ociosamente no curso do presente." (Carr, 1982, p.99). Mas historicamente também outro fenômeno é observado, como descreve a pesquisadora inglesa Rosalind Miles: "As mulheres progredem em épocas de mudanças sociais, quando blocos mais antigos do poder estabelecido mudam e racham, permitindo que as mulheres (e outros grupos anteriormente excluídos) penetrem estruturas que antes lhes haviam sido negadas. O avanço das mulheres na esfera da vida pública, ou no mundo do trabalho está, portanto, ligado a épocas de inquietação." Ela exemplifica: "A fase pós-1960 da luta pela emancipação é irmã gêmea da recessão mundial que ampliou a participação da mulher na força de trabalho (na Grã-Bretanha em 47%), do mesmo modo que a grande guerra o fizera, levando milhões de mulheres a abandonar o espanador pela plaina e jurarem que jamais voltariam ao *serviço doméstico*". E comenta sarcasticamente: "Mas é claro que voltaram. O serviço doméstico em breve recebeu outro nome e toda uma geração de engenheiras ou operárias especializadas em potencial, as *Rosies arrebitadoras* de duas guerras mundiais, viram-se de volta em casa. Pois não importa o quão importante possa ser *naquele momento* a mulher trabalhar ... tais sinais de emancipação são encarados como reação a uma crise. ... Identificadas então com os maus sentimentos das mudanças, as mulheres acabam sendo vistas com *a causa* desses males." (Miles, 1989, p.321).

Vivenciando a crise dos programas verticais

Primeiro foi a constatação da pequena durabilidade das reorganizações dos dispensários de tuberculose. Dependendo do empenho da administração estadual, todos os esforços no sentido de treinar o pessoal auxiliar, dos seminários e cursos promovidos para os profissionais das secretarias de saúde, no Rio ou nos estados, e da supervisão periódica, o trabalho poderia ser invalidado dentro de poucos meses: "*a colega* já tinha andado lá, fez um trabalho muito bom, mas eles já haviam desatualizado tudo, eu tive que reorganizar tudo outra vez ..." (Dep.nº2, pg.37). Ou então: "era assim, reorganizava-se os dispensários, ia tudo muito bem, a enfermeira deixava, pronto ... o médico tomava conta, *bagunçava* tudo ... aí a gente tinha que voltar pra reorganizar ..." (Dep.nº8, pg.62).

Apesar de que os planos de reorganização ou de treinamento e supervisão não fossem elaborados pelo órgão de enfermagem, e que a própria supervisora nem sequer fosse ouvida em relação a tais decisões, ela mais uma vez foi culpabilizada, agora pela falta de manutenção dos serviços. A desvalorização do seu trabalho, que ocorreu inclusive em discussões coordenadas por técnicos da sede em situações de treinamento de pessoal local, apresentava a dupla vantagem de eximir da responsabilidade pelo fracasso as duas partes contratantes do programa (Campanha e secretaria de saúde) e ao mesmo tempo abrir espaço para uma nova ordem e para novos atores sociais: "as enfermeiras da divisão não transmitiam sua competência pras enfermeiras do estado ... tudo o que tinha que botar em ordem botavam, diziam isto é assim, assim, mas a pessoa da unidade não sabia como fazer, tocava da maneira errada, passava um, dois anos,

aquela unidade ia precisar ser reorganizada novamente ..." (Dep.nº26, pg.112). O que se omitiu nessa avaliação é que as supervisões, que deveriam ser o instrumento adequado para a manutenção dos serviços reorganizados, eram feitas, e continuavam a ser feitas, apesar de que, em certos locais, nem com uma seqüência de supervisões se conseguia alterar a situação dos serviços: "cansavam de ir lá, sugerir aquelas alterações todas e voltar na supervisão seguinte e ver que não tinha se modificado nada ... então, esse sentimento de frustração também existia entre elas ..." (Dep.nº21, pg.100).

A evidência de que a tão decantada força da supervisora se esvaía mostrava, isto sim, o enfraquecimento da instituição, que entrava em declínio: "na era anterior, quando a gente descia nos estados era muito mandona, a gente tinha força, a força do dinheiro ... a divisão dava uma gratificação para quem trabalhava em tuberculose, dava carro pras secretarias de saúde ... e tinha uma estrutura muito forte, era realmente um outro ministério ..." (Dep.nº8, pg.71-72). O desgaste da Tuberculose nos estados é evidente: "a gente foi levar o relatório ao assessor do secretário de saúde, ele disse — *minha filha, você acha que a gente não sabe disso que você tá falando? a gente não faz porque não tem recursos ...* eu notava que já existia uma certa impaciência ... a gente queria ir, mas não precisava a gente ir ..." (Dep.nº1, pg.67-68). Uma ex-chefe de enfermagem constata o declínio da Campanha enquanto força política a partir do regime militar, e a crescente burocratização do ministério: "aquela mística que nos norteou, que era a lâmpada da gente, era a força da enfermeira, de 64 até a data que me aposentei, já não era mais, nem existia mais aquele *élan*, aquela força, a instituição cresceu noutro sentido, no sentido científico, técnico-administrativo ..." (Dep.nº15, pg.41).

Com o 2º PND, a função de chefe da seção de enfermagem poderia ser mais desgastante, devido ao aumento de tensão para garantir um espaço profissional num momento de redistribuição do poder. A ansiedade da então chefe de enfermagem é descrita pelo chefe da SOC de um modo jocoso: "*ela* fervia por qualquer besteira, ficava vermelha, arrepiava os cabelos, eu gostava de dizer que ela tinha o coração perto da boca ... *ela* repetia a toda hora e pra todo lado que 80% do trabalho da tuberculose, é a enfermagem quem faz ... porque era a única seção que tinha um número muito grande de pessoas dentro das unidades de saúde ... mas no que tocava ao interesse do trabalho ou pela responsabilidade, a seção de enfermagem avançava no problema, ela assumia e fazia com que as enfermeiras assumissem ..." (Dep.nºXV, pg.109).

A expropriação do saber e a perda do poder

A inserção da enfermeira-supervisora em uma equipe multiprofissional pra dar assessoria às secretarias de saúde, apenas em parte representava uma situação nova, pois de certo modo elas vinham desempenhando informalmente essas funções: "a maior parte das enfermeiras já vinha fazendo, por baixo do pano, esse tipo de trabalho ... a enfermeira, por ter ido fazer mais vezes reorganizações de unidades, de hospital, de dispensário, ela tinha lidado com secretário de saúde, com chefias, com isso, com aquilo, ela tinha mais visão que o médico ..." (Dep.nº26, p.123-124); "muitas enfermeiras já supervisionavam a sede das secretarias, treinava aquela

enfermeira, supervisionava, além de supervisionar a da unidade ... isso começou devagarinho, não era divulgado, mas já se fazia, depois houve a organização formal e começou a supervisão a nível central [da secretaria] com a equipe multiprofissional lá dentro ..." (Dep.nº2, p.47).

Ainda que reconhecidamente ela continuasse a ser a maior conhecedora da situação e tenha inclusive assessorado a própria equipe da divisão em como conduzir o trabalho, ela perde a antiga autonomia: "[antes] eu achava muito ruim assumir tudo sozinha, então eu achei que ia render muito, ia ser uma divisão de trabalho muito boa, mas pra mim não foi muito positivo, eu fiquei inibida nas primeiras supervisões integradas que eu fiz, eu me lembro que uma das supervisões praticamente não rendeu, eu tive dificuldade ..." (Dep.nº2, p.44). A transferência do *know-how* das enfermeiras para os médicos é assim comentada: "eles [os médicos] aprenderam a fazer supervisão fazendo com a gente, tanto é que gostavam de viajar com a gente ... hoje talvez nem gostem, nem tenham interesse, porque já estão muito sabidos, mas acredito que os médicos que fizeram supervisão na divisão, todos aprenderam com as enfermeiras ..." (Dep.nº2, p.46).

As antigas alianças, mediante as quais a supervisora se alinhava com algum grupo de médicos, do qual recebia apoio, aceitava a liderança e ao qual retribuía com seu trabalho competente e dedicado, já não tinham razão de ser. A antiga situação é descrita em termos de reciprocidade: "os médicos precisam da enfermeira pra trabalhar, procuram aquelas que são da sua confiança, eles usam critérios pra elegerem sua equipe de trabalho ..." (Dep.nº24, p.54). Esses critérios eram ao mesmo tempo afetivos e intelectuais, e dependiam de certa reciprocidade: "a enfermeira tem que ser neutra, mas você concordava mais com as idéias daqueles médicos, então você se engajava naquele plano, e tem a parte afetiva, depois de começar a trabalhar um certo tempo, se você tem aceitação, você só continua a trabalhar com aquele certo grupo ..." (Dep.nº24, p.59).

Agora o que se percebe é um certo espírito de competição e um movimento de reordenação nos diversos grupos profissionais da sede: "a integração da supervisão começou a ser feita na própria sede, não me lembro se foi também uma tentativa de integrar funcionários que estavam parados, sem desenvolver muito trabalho no seu setor ..." (Dep.nº2, p.45); outra supervisora confirma: "houve uma necessidade do resto da equipe de reivindicar sua participação, os médicos sentiram que estavam perdendo terreno, por não irem aos estados, enquanto que nós ganhávamos esses espaços ... o secretário de saúde telefonava pro diretor pedindo a enfermeira tal ... então eles começaram a ir, mesmo não tendo vantagem financeira ..." (Dep.nº41, p.66-67).

Os depoimentos acima, que são de enfermeiras, são confirmados por dois médicos: "quando ela [a enfermeira-supervisora] se sentiu no grupo, sentiu a perda, o *médico* assumiu tudo e ela era ouvida em algumas coisas de enfermagem e ela não forçava pra se impor, chegou um dia que ela não agüentou mais e disse — *eu não vou mais, me tirem da supervisão, eu não me sinto bem !*" (Dep.nº26, p.128); ou então: "[a enfermeira-supervisora] chegou muito confiante, que só ela dominava o *know-how* ... quando se terminou com o setor [de enfermagem] ... caiu, em termos de importância da enfermeira no programa como um todo, ela passou a ser assim,

mais instrumento da equipe do que a líder técnica da equipe ..." (Dep.nº11, p.63); e não só a enfermeira caiu, como outros profissionais se fortaleceram: "os outros serviços foram se organizando, tendo maior força, foi diminuindo aquela diferença, aquele desnível tão grande, inclusive pela necessidade de sobrevivência, e de enfrentar aquele poder absoluto da enfermagem, que era o poder organizado, o único organizado ... o serviço social teve que se organizar, a nutrição procurou o seu lugar ... o médico passou a estudar qual era a posição da enfermagem, e a posição dele, ver os pontos fracos, onde estava sendo invadida a sua área, reivindicar ... não diminuiu o poder [da enfermagem], subiram os outros ... e colocou [a enfermagem] no lugar, mas sem desrespeitar, não houve uma reação pra derrubar, pra assumir, houve apenas uns ajustes ..." (Dep.nº11, p.42-43). A enfermeira-supervisora logo sentiu as conseqüências de tais ajustes: "vez por outra eu saía sozinha, aí *eu me esbaldava*, fazia aquilo que eu gostava, tão satisfeita, tão livre ... com a equipe eu acho que não me sentia à vontade, acabei ficando sem *èlan* ..." (Dep.nº2, p.45).

Quem pode e quem não pode

A partir do momento em que a supervisão passou a ocorrer na sede das secretarias estaduais de saúde, com características de assessoria técnica e de programação, a enfermeira deixa de ser considerada a pessoa adequada para representar a Campanha. O líder da equipe multiprofissional era o médico, mas que muitas vezes tinha que se apoiar na enfermeira-supervisora: "quando ia um médico inexperiente, como era o meu caso, *a supervisora* era minha sombra, aqui do lado [ela dizia] — *isso tem que ser discutido com o secretário, eu vou junto porque se ele quiser te enrolar, eu sei te dizer tudo o que já se passou antes* ... elas sabiam o que tinha que ser feito, somente não tinham autorização, o médico é que teria que fazer isso, mais de uma enfermeira fez isso comigo, como fez com os outros, isso acontecia com outros médicos ..." (Dep.nº26, p.123-124).

Daí talvez a afirmativa de uma supervisora de que: "isso é um traço cultural no país, e na divisão não poderia ser diferente ... o médico é muito mais prestigiado, mais ouvido, quando chega parece que as coisas melhoram ..." (Dep.nº2, p.46 e 55). Assim, não é de admirar que um médico interpretasse a situação tão claramente e com tanta naturalidade: "o médico foi mandado no grupo não tanto pelo que ele tinha de conhecimento ou capacidade de treinar e sim pra legalizar o contato e poder falar de igual com o secretário, os outros elementos da equipe é que iam fazer o trabalho, que para ser ouvido, teria que ser relatado pelo médico ..." (Dep.nº26, p.130).

Na prática, passou-se a notar a discriminação por profissão e por sexo: "eu estava chefiando o SOC, o secretário não queria receber ou, quando recebia, não tratava como devia ... a gente ficava chocado com isso, porque estava jogando o nosso pessoal que a gente considerava competente e especializado ... tinha secretário que só queria falar com médico, não foi só enfermeira que sofreu com isso, foi assistente social também ..." Em relação às médicas ele comenta: "quem ia nas secretarias era uma só ... [às vezes] nem prestavam atenção no que ela

estava dizendo ..." (Dep.nº26, p.129-131). Uma enfermeira-supervisora sentiu vivamente que ocorria a desqualificação do seu saber: "eu percebi que não era a gente que eles queriam lá, eles queriam outra pessoa, que desse a eles a certeza ... eram intelectuais e nós éramos umas *pobre-coitadas* ..." (Dep.nº1, p.67).

A experiência que vinha sendo vivida nas equipes multiprofissionais desde a implantação do 2º PND não foi reconhecida como válida na época da transformação da DNT em DNPS. A redistribuição de pessoal pelos órgãos da nova estrutura baseava-se na ideologia da competência e da igualdade, e a partir daí, cada profissional seria responsável pelo seu próprio sucesso ou fracasso, sem que se levasse em consideração os fenômenos sociais que determinam o espaço e a posição de cada qual na sociedade. O diretor à época opina: "eu acho que não é questão da profissão da pessoa, é de quem porta o saber, a questão para mim é que todo profissional, para ser nível nacional, a exigência não é apenas técnico ou profissional específico, cada vez mais é político ... você pode ter uma certa resistência, no início, mas no momento que a pessoa começa a discorrer com competência, não apenas sobre o seu campo específico, mas sobre o conjunto dentro do qual se envolve a ação do secretário [de saúde], que tem uma área específica, técnica, mas tem uma área política bastante grande, na medida em que você conversa no mesmo nível, a resistência desaparece." (Dep.nºXVI, p.109-110). Não obstante, as atividades de desenvolvimento de recursos humanos no período continuaram a ser dirigidas à competência técnica, de programação, acompanhamento e avaliação, e não à competência política, de avaliação de conjuntura e negociação, que aliás nenhuma categoria profissional possuía no momento.

As dificuldades das enfermeiras ao assumir funções superiores ocorriam também em outros setores do MS e são referidas assim por uma ex-supervisora: "teve coordenador que disse que não me tirava porque se me tirasse poderia cair ... meu cunhado era amigo do Geisel ... ele tinha pavor de me ver assessora dele, porque eu era mulher e enfermeira, um pesadelo ... eu acho que há uma barreira mesmo entre os profissionais para que não haja o acesso da mulher, sobretudo da mulher enfermeira ... o ministério da saúde, quando criou a carreira de sanitário, deixou a fatia de profissionais de enfermagem desse tamanho ... quando a *ex-supervisora* foi nomeada delegada [federal de saúde], houve pedido pra ela não assumir, porque era enfermeira, e mulher ..." (Dep.nº41, p.101-104). A perda de espaço ocorre também na sede da Campanha, porque a aceitação de maiores responsabilidades no contexto institucional trazia implícito um compromisso de mudança para Brasília ou mesmo para Curicica, o que todas as supervisoras desejavam evitar, o que mais tarde: "e assim como eu, outras enfermeiras foram recusando, só que a gente não estava vendo o que ia acontecer depois, que hoje não tem enfermeira em papel nenhum ... e a própria aula de supervisão no curso nacional é dada por três médicos, então eu acho que nossa situação é crítica ..." (Dep.nº1, p.71).

Já na virada da década de 70 para 80, quando começa discretamente a aumentar na enfermagem o número de profissionais do sexo masculino, surgem indícios do novo fenômeno de discriminação da enfermeira no próprio âmbito da enfermagem. O médico supervisor diz: "hoje nós temos um enfermeiro aqui, contratado recentemente e eu fiquei até contente quando o *diretor* me disse — *eu lamentei vocês não terem selecionado um enfermeiro* ... eu disse — *a próxima vaga é dele* ...". O argumento apresentado coloca o problema, que é de quem fala, como

exterior a si mesmo, culpando a enfermeira de transtornos pelo simples fato de ser mulher. A alegada razão de preferência pelos enfermeiros não é justificada, pois as enfermeiras sempre viajaram, desde o início da Campanha e nunca se havia pensado em contratar médicas para facilitar as acomodações: "a enfermeira por ser mulher, arranjava muita complicação pra gente, porque a gente ia pros estados, o hotel é caro, vai um médico e uma enfermeira, a enfermeira fica num apartamento e o médico no outro, sai caro pros dois ... então se tivesse enfermeiro e mais médicas ..." (Dep.nº26, p.131).

Do ponto de vista específico da enfermagem, um médico faz uma avaliação do resultado dessas mudanças: "não tem enfermeira que tenha força pra defender uma necessidade de ter enfermeira na equipe a nível central, pra fazer o controle de qualidade das ações de controle da tuberculose, até os próprios técnicos médicos se ressentem disso, então pedem auxílio pra gente e a gente também não tem enfermeira mais, pra dar ... só foram nomeadas duas enfermeiras e uns dez a quinze médicos ... não é o médico que vai fazer o centro de referência, não é o médico que vai fazer controle da tuberculose, pela própria formação dele ... o programa de tuberculose tende a cair e vai passar por uma fase difícil, por falta de mais enfermeiras" (Dep.nº11, p.64e74).

A dificuldade sentida é tanto para contratar novas enfermeiras quanto para interagir com elas. Quem comenta é uma supervisora: "as duas novas enfermeiras que eu pedi muito pra contratar, eu falei com elas isso, mas às vezes eu noto que uma delas prefere ser comandada pelo médico, do que aceitar a orientação da gente ... então eu estou vendo a situação muito preta atualmente, pro lado das enfermeiras" (Dep.nº1, p.71).

Quem militou na Campanha a vida toda pode agora sentir que foi usada e descartada: "se eu me aposentar, eu vou me sentir um profissional que fez tudo o que poderia fazer dentro da profissão, eu acho que eu contribui e sobretudo foi bastante interessante ... eu estou no final da carreira, mas eu sinto capacidade pra iniciar um novo trabalho, mas eu não tenho mais idade pra fazer um concurso ... eu me sinto no ministério como se fosse um sapato velho, num canto ..." (Dep.nº34, p.46-47).

Deixando a casa ancestral: dissolução das equipes

Há quem registre dois momentos decisivos no desmoronamento da enfermagem da Campanha: "houve um *baque* porque a divisão ia pra Brasília e há um *baque* porque a divisão vai pra Curicica ... me convidaram pra ficar com o ensino ou a pesquisa e eu não queria assumir, porque eu não queria ir pra Curicica ..." (Dep.nº1, p.70). Diante da transferência iminente para o Centro de Referência em Curicica as expressões foram de desânimo: "minha carreira se iniciou em Curicica, e tudo indica que vamos também terminar lá, agora com o centro de referência ... isto não me agrada, devido à distância e ao horário, naquela época, eu estava iniciando a carreira, tinha saúde, meu físico permitia ..." (Dep.nº6, p.46).

Um ex-chefe do SOC assim interpreta a situação das enfermeiras já no Centro de Referência: "as enfermeiras faziam o trabalho com o dispensário, hoje você vai num estado, tem setecentas unidades fazendo controle da tuberculose, não é mais uma área especializada ... dentro das unidades de saúde você não tem mais com quem dialogar, a nível de especialização ... as enfermeiras antigas, dos dispensários, na maioria, estão no nível central dos estados ... a coisa espalhou em quantidade, mas perdeu em qualidade ... tinha que perder alguma coisa, isso talvez frustre as pessoas, quem já vinha fazendo aquilo e achava que era muito bom, mas não houve frustração da organização ..." (Dep.nº26, p.110-111).

Ao final do processo de desmontagem da Tuberculose, a desorganização do tecido social da instituição é assim descrita: "atualmente ali onde nós trabalhamos, *ninguém é de ninguém* ... cada um faz o que quer e bem entende ... *cada um por si e Deus por todos* ... eu não tenho mais vontade de viajar, de uns anos pra cá eu perdi a motivação, porque você vai, vê aqueles problemas todos, e em que você pode ajudar? você detecta aquilo, quer dizer alguma coisa, como deve ser solucionado, e aquilo não é resolvido, atualmente a gente tem deficiência de tudo, o pessoal diz pra gente que vai parar o BCG, porque não tem mais seringa nem agulha, fizeram solicitação pra importar, mas a gente não tem informação de como está, um material que foi testado aqui e deu defeitos, antes de a gente apresentar o relatório, a firma divulgou que a divisão estava autorizando a compra ... então surgiram problemas de vazamento ... — *vocês, do nível nacional, o que têm a dizer?* — eu não tenho, porque aqui ninguém nos diz o que é que tem que dizer ... agora a gente vai, porque tem que cumprir aquela escala, mas não que a gente tenha força mais, naquele estado ..." (Dep.nº7, p.40-42). E no que se refere à enfermagem nos estados: "nós voltamos ao início, chegamos ao ponto de precisar vir uma pessoa do ministério pra ensinar uma coisa que esse estado já ensinou ... essa imposição de se fazer uma polivalência, foi feita de maneira irresponsável, você tem que ter pessoas com um entendimento geral das coisas, mas a especificidade tem que acontecer ... em termos de tuberculose, todos os profissionais entendiam o objetivo do programa de controle da tuberculose e ao mesmo tempo cada profissional tinha a sua especificidade ..." (Dep.nº34, p.31e56).

Os prejuízos atuais devido à dissolução da especialidade [tuberculose] são agora apontados por quem à época da extinção das seções profissionais se tornou responsável pelas equipes multiprofissionais de supervisão: "como já se obteve uma cobertura muito grande do programa, a gente não está mais querendo que [os supervisores] sejam gerentes de programa, a preocupação hoje é que eles sejam assessores técnicos do problema, pra saber se as ações estão sendo eficientes ... aí, já entra muito da qualidade da ação ... agora, pra ter a qualidade da ação e a normatização técnica, precisa muito é de profissionais específicos ... você fala que tem que ter uma unidade de apoio pra esclarecimento de diagnóstico ... vai precisar de ter médicos que saibam ler uma radiografia, mas não tem lugar nenhum onde aprender a ler uma radiografia ... hoje não tem mais enfermeiras preparadas pra treinar o PPD e o BCG ... quer dizer, qual é a qualidade do trabalho que está sendo feito? você não tem segurança, nenhuma garantia de qualidade ..." (Dep.nº11, p.74-75).

Conclusão

O desgaste do modelo vertical de campanha, a própria decadência do ministério da Saúde, a privatização gradativa dos serviços de assistência médica, a aspiração à autonomia da parte dos estados e o surgimento de um novo *corpus* de pensamento sanitário resultaram na desestabilização da posição das enfermeiras.

A política de integração dos programas de controle da tuberculose aos serviços gerais de saúde e a prioridade concedida aos planos nacionais de levantamento da prevalência da infecção tuberculosa e de vacinação BCG intradérmico acarretam mudanças nas exigências técnicas feitas ao setor de enfermagem, entre as quais se incluem assessoramento de equipes estaduais, treinamento de pessoal e supervisão de programas em todo o Brasil.

O estilo de supervisão aos serviços de tuberculose mudou radicalmente. Em lugar da supervisão realizada pelas enfermeiras, adota-se a supervisão feita por equipes de profissionais de diferentes áreas do serviço. Em princípio, a proposta foi bem aceita pelas enfermeiras, que viam a possibilidade de terem com quem dividir suas pesadas responsabilidades, que freqüentemente incluíam a negociação e superação de divergências entre os níveis federal e estadual. Na prática, no entanto, a mudança do modelo de supervisão retirou o poder da enfermeira, ganhando corpo a idéia de que apenas o médico consegue ser aceito pelos secretários estaduais de saúde como legítimo representante da Campanha e por duas razões: a qualificação profissional e a condição de pessoa do sexo masculino.

No contexto de lutas por novos mercados de trabalho na área da saúde, os médicos afirmam-se como figuras de proa da Campanha e as enfermeiras são relegadas a segundo plano. Expandia-se o número de médicos, enquanto que o contingente de enfermeiras permanecia reduzido, tendo ainda que dividir seu espaço com outros profissionais "paramédicos". A esta altura, o número de médicos era 8,5 vezes maior do que o de enfermeiras, numa proporção inversa às necessidades dos serviços de saúde. Na luta corporativista, a Associação Brasileira de Medicina tentou a aprovação de um projeto de lei que subordinaria todos os profissionais de saúde à profissão médica. Mesmo não conseguindo a aprovação do projeto, em virtude da reação das categorias ameaçadas, ainda assim os médicos foram ganhando mais espaço no mercado de trabalho. O momento em que ocorre a desvalorização da enfermeira-supervisora é aquele em que ela alcançara maior competência, tanto em termos de tirocínio profissional, quanto no que se refere à qualificação em nível de pós-graduação (cursos de saúde pública e planejamento de saúde). Não são apenas os médicos que disputam espaço profissional com as enfermeiras. Dentro da própria categoria, os enfermeiros do sexo masculino ingressam num mercado de trabalho tradicionalmente feminino e conquistam posições vantajosas. No entanto, a expropriação do saber e a perda do poder da supervisora não foi acompanhada de uma reflexão aprofundada sobre o trabalho da enfermeira-supervisora — enquanto fenômeno coletivo e institucional — e sobre as relações de gênero na nossa sociedade

3. O (DES)FECHO DA HISTÓRIA: A PERDA E A ELABORAÇÃO DO MITO

Introdução

Este capítulo discute o modo como as supervisoras vivenciaram sua perda de prestígio no interior da instituição e, os recursos dos quais lançaram mão para fazer face aos prejuízos daí decorrentes. Os depoimentos das supervisoras nos falam de como se exteriorizou esse processo de decadência, sua necessidade de justificar o passado e a conseqüente mitificação de sua vivência coletiva, processo que comporta várias fases e é mediado por circunstâncias e figuras simbólicas.

A percepção da supervisora como instrumento para a realização do projeto da Campanha até um dado momento de sua trajetória institucional, a existência de prêmios e concessões como parte de uma negociação implícita entre as partes, são mais ou menos claras de uma supervisora para outra, então e agora. O ressentimento das supervisoras, ademais do fato de terem sido alijadas ao final, parece derivar mais do fato de terem participado de um jogo sem que lhes tivessem explicado as regras (e de elas mesmas não terem sido capazes de perceber o que de fato acontecia) do que mesmo do trabalho realizado, apesar de todas as dificuldades enfrentadas. As supervisoras comentavam constantemente e com grande ardor os fatos e personagens da vida interna da Campanha, tomando partido e debatendo acaloradamente decisões administrativas ou técnicas, avaliando as diretrizes e tendências da direção e fazendo prognósticos para a gestão e para o programa de controle da tuberculose. As relações entre a Campanha e as políticas de governo em geral não foram objeto dos depoimentos, a não ser para testemunhar a natureza apolítica da enfermagem e o não envolvimento das enfermeiras da Campanha em política partidária ou mesmo em movimentos comunitários. O grupo de supervisoras não participou mais de perto dos grupos integrantes do movimento feminista, em grande parte responsáveis pelas transformações ocorridas em escala mundial, a partir da década de sessenta, em relação à situação da mulher na sociedade. Apesar disso, parece ter havido um avanço no modo de o grupo de supervisoras pensar essa questão, pois no Brasil algumas mulheres já haviam iniciado um trabalho de conscientização através os meios de comunicação de massa. Por exemplo, como lembra Ribeiro (1985, 1640 e 1954), a partir de 1961, Carmem da Silva faz de *Cláudia* "uma revista inteligente, que põe o mulherio a discutir virgindade, aborto, pílula, transa e tudo o mais que era proibido falar."

O movimento feminista levantou "a questão dos fundamentos da assimetria sexual, analisando a produção, internalização e reprodução da ideologia de discriminação. Voltou-se também para a recuperação das formas alternativas de exercício do poder pelas mulheres, superando "o simplismo de análises que colocam a mulher na condição única de vítima passiva ao longo da história. O resultado desse e de outros movimentos, iniciados naquela década, contra o colonialismo ou a discriminação racial, pelos direitos das minorias, pelas reivindicações estudantis foi o de ampliar "o campo político, alargando a compreensão das contradições sociais

para além do estritamente econômico, revelando a existência de outras formas de exercício de poder" como sejam as relações de sexo e raça, que também se concretizam em desigualdades. Tais movimentos trouxeram "o **individual** para o campo do político, tornando-o **coletivo**, demonstrando que o ser social não se esgota na experiência de sua classe." (Alves & Pitanguy, 1985, p.57-58).

Mas a tomada de consciência é um longo processo. A entrada da mulher no mundo do trabalho, que representa um passo em direção à sua autonomia, ao mesmo tempo a submete a novas formas de dominação. As respostas de mais de uma centena de jovens mulheres paulistas (secretárias, contadoras, recepcionistas, professoras de 1ª e 2ª graus, funcionárias de universidades e escolas) dão sustentação a um elenco de quinze tipos de mulheres-trabalhadoras (setor terciário da economia), nos quais encontra-se, em maior ou menor grau, traços característicos da alienação política e social. Dez desses tipos são aqui apresentados, por sua maior aderência aos traços das supervisoras da Campanha:

- a **auto-suficiente** — reforça seu papel de trabalhadora, recusa as virtudes consideradas femininas e apresenta uma representação acrítica da estrutura sócio-econômica;
- a **nova dona-de-casa** — trabalha fora de casa e emprega outra mulher como doméstica; despreza as tarefas domésticas e aspira a uma diferenciação social;
- a **sacrificada** — sente prejudicado seu desempenho dos papéis femininos tradicionais e no trabalho mantém a relação de subalternidade característica da família patriarcal;
- a **liberada** — consumidora de produtos que simbolizam o sexo como sinônimo de liberdade, procura manter as aparências e utilizar-se das válvulas de escape que o sistema estimula;
- a **ressentida** — percebe as técnicas de dominação da mulher e culpa o sexo masculino, deslocando as causas do problema da discriminação da mulher, do social para o individual;
- a **esforçada heróina-cansada** — trabalhadora competente, porém modesta, é excelente dona de casa, socializadora de imaturos e agente de entretenimento da força de trabalho;
- a **ingênua** — tem uma concepção de solidariedade como valor abstrato e do ser humano como pessoa universal, sem diferenciação de classes;
- a **casadoura** — trabalha fora por um pequeno salário, na esperança de tudo resolver com um bom casamento, acalentando o sonho do "príncipe encantado";
- a **servil** — desempenha-se modestamente nas funções exercidas fora de casa e volta-se para a reprodução da força de trabalho, numa atividade não remunerada;
- a **dividida** — começa a ter uma nova visão dos caminhos que parecem abrir-se à sua frente, mas esbarra na dupla jornada de trabalho e nos obstáculos à sua ascensão profissional. (Cardoso, 1980, p.84-92).

Essas dificuldades no processo de tomada de consciência, parecem derivar do fato seguinte, que caracteriza as situações vividas pelas supervisoras da Campanha: "Quando as mulheres elegem o espaço público para construir sua identidade adulta, muitas vezes continuam se identificando com o espaço materno. Muitas mulheres no campo de trabalho continuam sendo regidas pelas leis do campo familiar; passam a se ocupar dos afetos, criticam ou apoiam os vínculos e as alianças, trabalham por Amor e não são movidas por um projeto pessoal autônomo. Desconhecem que a legalidade do espaço público é constituída pela competência, em função de alcançar sempre maiores cotas de poder, onde as alianças podem ser momentâneas e em função de interesses e ambições pessoais." (Lima, 1991, p.4-5).

A essa circunstância se acresce a de que a individualidade das supervisoras é drástica e permanentemente afetada por sua adesão à mística da Campanha. Aqui, como ocorre com os

componentes do círculo interno de um movimento social, a perda de parte de sua individualidade é compensada por seu enquadramento entre os que se constituem o "nós" e a se distanciar dos que passam a ser "eles". Sua participação emotiva e vibrante os fazem sentir-se como em uma cruzada, percebendo como inimigos todos os que reagem às idéias do movimento. Para manter a coesão do grupo é necessária uma reciclagem constante que mantenha elevado o moral do grupo e nítida a percepção "nós" *versus* "eles". (Quesada, 1980, p.179-181). À medida em que se desfazem o sistema de valores ou ideologia que dava uma identidade comum aos integrantes da Campanha, as normas para a ação por ela ditadas e sua estrutura organizacional, esses laços que ligam a supervisora à Campanha e lhe asseguram estabilidade emocional, entram em dissolução. O processo de decadência da Campanha e, nessa descida, a perda de prestígio da enfermeira, enseja o progressivo desengajamento afetivo da supervisora em relação à instituição. Ocorrem alguns desligamentos efetivos, pela mudança de emprego, pelo menos aparentemente em busca de vantagens maiores. Entretanto pode-se pensar numa "retirada" estratégica ante o pressentimento de uma catástrofe. Pode-se também pensar ter havido uma tentativa, com poucas possibilidades de sucesso, diante das circunstâncias, de intensificar sua atividade no interior da Campanha, como defesa contra a frustração. O enfraquecimento de sua identificação com a instituição possibilita à supervisora iniciar um processo de reflexão sobre as forças subjacentes à sua atuação no passado e a desconfortável situação a que chegou. Porém, à questão fundamental — *a Campanha derrotou o inimigo?* — ninguém se sentiu em condições de responder afirmativa e categoricamente. Fica mais a impressão de que, mesmo sem ter aniquilado a tuberculose, ou mais precisamente, o bacilo da tuberculose, indubitavelmente a Campanha valeu a pena ou pelo menos, valeu a pena ter trabalhado na Campanha. As razões apresentadas são relacionadas à excelência institucional e à realização profissional.

Quando o que se combate é uma doença, a vitória contra o inimigo acarreta a própria morte. O alto grau de ambigüidade com que a maioria das enfermeiras e médicos da Campanha se manifesta em relação ao desempenho da instituição parece decorrer de dois desejos contraditórios e até inconciliáveis: o desejo de que a Campanha tenha valido a pena, pois afinal o que está em jogo são "os melhores anos de nossas vidas"; e a aspiração de garantir a sobrevivência da instituição, de modo a preservar sua segurança. De todos os modos, diante da resistência do grupo à liquidação da Campanha, a pergunta é incômoda: se o trabalho foi bem feito, se valeu a pena, então a tuberculose terá sido reduzida a níveis não significativos e não se justificaria a permanência da Campanha; se ainda há "muita tuberculose" para descobrir e tratar, então certamente o trabalho realizado não valeu a pena, ou seja, se a Campanha cumpriu sua finalidade, não tem razão de ser; se não a cumpriu, não faz jús à sua existência.

A falsa consciência se caracteriza, no plano psicológico, pela racionalização, que procura confirmar o contrário do que aconteceu na realidade. A racionalização de uma perda pode ser feita mediante um movimento de desvalorização daquilo que foi perdido ou, ao contrário, de sua idealização. (Caruso, 1981, p.147). Ambos os expedientes são utilizados pelas supervisoras, que os manifestam em expressões de ressentimento ou de evocações nostálgicas, dentro da lógica interna da vida afetiva, em sua ambigüidade ódio/amor, que cada uma viveu no seio da instituição. A defesa do patrimônio afetivo ameaçado traz à tona aquelas ambivalências que marcaram desde sempre sua relação com a instituição. O passado é agora mais forte do que o presente.

No caso das supervisoras da Campanha as expressões de ressentimento voltam-se contra as colegas, os dirigentes ou a instituição em si mesma. As manifestações nostálgicas referem-se à perda de força, prestígio, feitos e proezas, o ambiente de trabalho amigável e protetor, ao poder e à glória da instituição e sempre ao desaparecimento da mística que os unia e os norteava. A sensação é a de perda irreversível. Já não há tempo (de vida profissional), nem espaço (no ministério da Saúde) para um novo projeto. Talvez por isso, a tomada de consciência é parcial e fragmentada. Diante da falta de perspectivas para o futuro, a reorganização da identidade coletiva só pode ser feita por uma mentalidade orientada para o passado, numa verdade mitificada. Esse mito refletiria assim um medo de mudança, um consolo contra a história. (Feijó, 1984, p.13).

A idéia de um grupo extraordinariamente forte e competente, diferenciado das demais enfermeiras brasileiras e dos demais profissionais da Campanha, suas realizações, lembradas como proezas, configuram hoje o que seria um mito compartilhado, através do qual procura-se manter a dignidade da identidade grupal, ainda que no passado e na lembrança. A mitificação do que teria sido a *fase áurea* da Campanha é facilitada pelas figuras das "veteranas e veteranos notáveis", pelo fato de avaliarem negativamente as mudanças ocorridas na ordem social brasileira, na qual é visível a desorganização crescente e pela consciência do aprofundamento da crise na área da saúde.

Lidando com a perda: a depreciação do objeto

Uma forma de minimizar a perda é afetando um descompromisso com a instituição, justificado na mágoa pelo não reconhecimento de um trabalho realizado além do contratado: "às vezes eu chego atrasada no trabalho, nem me incomodo, porque o serviço que eu fiz na divisão foi muito desgastante, e ninguém viu isso ...". (Dep.nº2, p.17). Outra forma de diminuir o prejuízo é pela desvalorização do trabalho realizado: "foi uma boa experiência, apesar de poder ter sido bem melhor, hoje em dia, com a minha vivência, eu faria um outro tipo de serviço ..." (Dep.nº24, p.63). Tanto esforço e dedicação agora podem parecer sem sentido: "não foi uma coisa boa pras secretarias, eles não assimilavam aquilo que a gente queria fazer, quando se voltava lá pra uma supervisão, as coisas não eram preservadas, o que a gente tinha feito ..." (Dep.nº1, p.28).

As manifestações de ressentimento voltam-se primeiro contra os médicos dirigentes da própria Campanha. A preferência dada à enfermeira para implantar e supervisionar a rede dispensarial nos estados hoje é vista em termos das vantagens para os dirigentes de sua dupla condição de subalternidade, como mulheres e como enfermeiras: "nós servíamos muito melhor, éramos muito mais eficientes para sermos o instrumento de realização do projeto político deles, porque o médico competia com eles, não ia fazer o projeto político deles, ia fazer o dele, médico, nós não fazíamos sombra a eles, jamais ..." Tal descoberta mais incomoda por levantar a suspeita sobre a autenticidade da relação de confiança vivida no passado: "não era porque fôssemos as *legais*, não, é porque naquela época a gente dava a resposta, não tinha um exército

de reserva, pessoas com o preparo que a gente tinha, não havia amizade, não ..." (Dep.nº36, p.179). Essa opção pela enfermeira também era atribuída a uma estratégia para o alcance de objetivos sem romper o pacto de *não agressão* existente na classe médica: "os doutores, a nível de direção, sentiam que o profissional de enfermagem servia melhor para enfrentar aquelas situações ... é assim como se não quisessem jogar os doutores contra os doutores ... mas uma enfermeira, eles jogavam ...". (Dep.nº8, p.81).

Embora se reconheça que havia concessões, estas são vistas como relativas: "a liberalidade dependia da posição que você ocupasse, você podia ter todas as graças, todos os privilégios, mas você era uma espécie de escada para eles subirem na política da tuberculose ..." (Dep.nº36, p.174). Essa função de dar sustentação a um grupo, sem participação no processo como um todo, é representada como: "a coisa era pesada em cima da gente, porque a gente que segurava o andor ..." (Dep.nº36, p.177). Essas imagens de *escada* e de *andor* têm um equivalente mais cruel: "a enfermeira era o instrumento na mão da direção, para executar as coisas que eles queriam, mas não tinham coragem de assumir isso frente a frente, com os doutores, então as enfermeiras eram os profissionais mais indicados pra servir de *boi de piranha* ..." O exemplo vivido, ao tempo em que esclarece o ponto de vista atual, mostra a crença ingênua, existente no passado, na orientação da Campanha como um valor absoluto: "tinha um grupo novo de médicos no sanatório, mas esses rapazes não conseguiram êxito, não sei porquê ... e tinha um grupo de médicos nos dispensários, que também eram preparados pra fazer esse tipo de trabalho, só que nunca começavam o trabalho ... aí me mandaram do Rio pra fazer esse trabalho, aí é que eu entrei nessa história como *boi de piranha* ... naquela época eu não tinha essa noção ..." (Dep.nº8, p.42).

Lidando com a perda: a valorização do objeto

Ao tentar recuperar a trajetória do grupo no interior da instituição, uma primeira constatação das supervisoras é a de que sua força, embora se exercesse individualmente, tinha um caráter coletivo e dependia do aval da seção de enfermagem, enquanto guardiã de um saber especializado, por elas produzido em seu trabalho cotidiano e por elas mesmas reproduzido no interior do grupo: "eu cresci muito na Campanha, lá eu iniciei minha carreira e foi lá que eu me formei mesmo, como profissional, até na maneira de proceder, na maneira de ver as coisas, e isso era fruto da convivência com enfermeiras que já tinham na vida mais estudo ..." (Dep.nº8, p.74-75).

Agora vê-se melhor que a garantia do sucesso do grupo, que tantas perplexidades causou, e não poucos ressentimentos, estava no conjunto, em uma ação sinérgica do grupo e não em cada uma de per si, pois apesar de todo o esforço de homogeneização, desde os tempos de escola, as supervisoras apresentavam fortes desníveis. Uma ex-chefe comenta: "a diferença entre as experiências das enfermeiras do setor às vezes era uma coisa aberrante, era abismal, não tinha como comparar, e disso elas tinham consciência ..." (Dep.nº21, p.102). Outra supervisora lembra a coesão, que fazia forte o grupo: "apesar de não morrer de amores pela [colega] que estava na chefia, [a supervisora] procurava não criar problema, não diminuir a autoridade, e isso é que

manteve a seção de enfermagem até o fim sem a interferência de outros profissionais ... nem todo mundo tinha o mesmo padrão, mas umas arrastavam as outras ..." (Dep.nº18, p.127-128). As supervisoras sentiram que os afastamentos havidos abalaram o grupo como um todo: "começaram a sair aquelas enfermeiras que ajudavam as outras, pessoas de peso e medida, respeitadas no trabalho, *a supervisora* nos ajudou muito, quando ela saiu do serviço nós sentimos uma falta imensa ..." (Dep.nº2, p.48). Apesar de todo o rigor, devido à percepção do corpo de enfermeiras como uma família, havia um certo entendimento de que os menos fortes deveriam ser ajudados: "a chefe de enfermagem — *antes menos, do que com essa colega* ... eu fui lá e disse [que] quando nós temos uma família bem ajustada surge, de vez em quando, um que está aquém, mas ele tem a proteção dos outros, porque essas pessoas tem também de ter a sua oportunidade de crescer". (Dep.nº14, p.27-28).

É unânime a valorização da trajetória pessoal na Campanha: "se eu tivesse que começar tudo, eu não escolheria outro caminho ..." (Dep.nº13, p.33). O grande destaque é para as grandes e variadas oportunidades de desenvolvimento: "a Campanha sempre deu acesso ao crescimento profissional, fazia parte de um investimento em seus servidores ..." (Dep.nº34, p.40). O desenvolvimento profissional e a conquista da autoconfiança são ganhos sempre contabilizados; quem saiu da Campanha para outro emprego, diz: "foi minha melhor experiência — qualquer informação nova que tivesse, no Brasil e no mundo ... chegava até a gente, com presteza e segurança, passei a valorizar a necessidade de informações, de acompanhar a evolução tecnológica, de não fazer um trabalho de repetição; foi uma experiência boa de equipe multidisciplinar, também aprendi a falar em público, a dar aula, e foi o único serviço em que eu ganhei bolsa de estudos pra fazer cursos, no horário do trabalho ..." (Dep.nº3, p.21e24). O prazer e a ampliação do horizonte cultural que as viagens proporcionam são apreciados: "a gente saiu pelo mundo a fora, de cidade em cidade, dando treinamento e montando os serviços ..." (Dep.nº8, p.55). E ainda: "a Campanha me deu a oportunidade não só de aprender, mas de conhecer o Brasil, conviver com outras pessoas, me relacionar, fazer amizade ..." (Dep.nº34, p.39); e mais: "na maioria dos estados a gente também viajava pro interior, tivemos assim a oportunidade de conhecer as diferenças culturais de cada região ..." (Dep.nº2, p.66). Os resultados da experiência na Campanha se faziam notar em termos de uma visão mais abrangente: "pude trazer muita coisa de lá e aplicar nas instituições por onde eu passei, eu nunca cheguei a ficar totalmente desestimulada, como muitas colegas, porque eu conheci uma coisa melhor ..." (Dep.nº19, p.29); e também se fazia sentir em uma equipe multiprofissional: "eu já chegava com outra *cancha*, porque minha visão era uma visão nacional, enquanto que a de outros profissionais era limitada ..." (Dep.nº21, p.170). Ou então: "quando eu fui trabalhar na Delegacia Federal de Saúde, aí eu vi como a gente tinha muito mais vivência, mais experiência, mais condição de trabalho que outras pessoas ..." (Dep.nº 8, p.74-75). A posição vantajosa da supervisora pode ser avaliada também por contraste: "a enfermeira na Campanha tinha uma posição muito boa, era muito ouvida, muito prestigiada, quando eu saí de lá e fui para o estado, aí é que a gente começa a ver o outro lado ... que a Campanha é mãe, é amiga, valoriza seu profissional ..." (Dep.nº31, p.28).

O destaque alcançado pelas supervisoras da Campanha ensejou a que algumas delas fossem chamadas a assumir cargos no ministério da saúde, fora da esfera da enfermagem, o que

era (como ainda é) um acontecimento digno de nota e até de surpresa: "minha vida profissional na Campanha foi sempre progredindo, a partir do último degrau a subir na Campanha, eu já tinha outros objetivos, então surgiu a oportunidade de um curso de planejamento de seis meses, pesadíssimo, pra engenheiros, economistas, dos cinco que o ministério [da saúde] indicou, concluíram três, eu a única mulher, depois criaram as coordenadorias regionais e eu fui chamada pra ser assessora ..." (Dep.nº41, p.77). Outro caso: "fiz o curso de planejamento [da Escola Nacional de Saúde Pública] e o Manoel Ferreira [médico sanitaria] me chamou pra trabalhar na PAPPE [Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais] ..." (Dep.nº36, p.211). E ainda: "quando *um coordenador do MS* disse que queria falar comigo, jamais imaginei ... pra enfermeira não sobra mesmo, ele disse — *eu quero lhe convidar pra você ser delegada federal de saúde* ..." (Dep.nº18, p.111).

A ambigüidade: a Campanha valeu?

Em termos do resultado da luta contra o bacilo, a validade da instituição é questionada: "eu ainda acho que foi caro, será que haveria condições de fazer mais barato? eu tenho muita dúvida se esse dinheiro poderia ter sido empregado em coisa mais útil ... se não foi, por que não foi então? ... as coisas acontecem porque há todo um movimento, uma confluência de fatores, que chamam momento histórico ..." (Dep.nº36, p.237-238). A tendência, ao analisar a situação retrospectivamente é a de considerar que a finalidade da Campanha não chegou a ser cumprida: "não é possível resolver o problema da tuberculose, sem o restante, que inclusive a maior parte dos fatores condicionantes e mantenedores dessa situação não estão nem no setor saúde! (Dep.nº36, p.239); até as grandezas de outrora são depreciadas: "foi uma pompa muito grande, quando se instalou, a gente teve aquele falso prestígio, mas era tudo muito aparente, era muito dinheiro, mas na essência, a sociedade não foi beneficiada ..." (Dep.nº42, p.56).

Mesmo o impacto epidemiológico, demonstrado pela queda das taxas de morbimortalidade, tem sua importância relativizada diante de fatores externos à luta contra a tuberculose: "[a mortalidade] nem mais é um índice que a gente possa usar para avaliação [mas] o número de doentes continua muito grande, apesar de que nós temos um tratamento ultra-eficiente ..." (Dep.nº1, p.72); ou então: "eu acho que teve algum impacto, as coisas caminharam, os índices estão baixando, eu não sei se por esse trabalho ou se porque houve uma melhoria do nível de vida das pessoas ou se porque o comportamento da doença se modificou com o próprio tempo ..." (Dep.nº8, p.72). Até o sucesso da Campanha, enquanto programa vertical, merece crítica e auto-crítica: "talvez que o seu *modus operandi* não tivesse sido o ideal, podia ter tentado integrar ..." (Dep.nº 41, p.94).

Ao mesmo tempo, há um movimento de justificação da Campanha, enquanto organização, e quando pensada no passado. O reconhecimento geral de que afinal o inimigo não foi completamente vencido, e até mesmo de que os louros das vitórias ocorridas não podem ser atribuídos exclusivamente à Campanha, na opinião das supervisoras não parece desmerecer a instituição, que tem a seu crédito a implantação de uma estrutura de serviços de saúde em todo

o país e o desenvolvimento de normas e técnicas apropriadas ao controle da doença: "pra oportunidade em que ela foi criada, o estágio em que a doença estava e a situação da administração dos estados, em termos de serviços de saúde, ela foi fundamental, porque deu apoio, todo o respaldo, ajudando o estado a se fortalecer ..." (Dep.nº41, p.94). A existência da Campanha é associada à implantação dos esquemas padronizados de tratamento: "toda aquela batalha foi pra que se pudesse usar em massa aquele esquema de tratamento, se procurava a direção de uma coisa correta ..." (Dep.nº36, p.237). Também é lembrado o benefício que a Campanha trouxe ao tuberculoso: "o sofrimento do doente melhorou, o tratamento agora é ambulatorial, o esquema cura em seis meses ..." (Dep.nº7, p.48). Outro aspecto valorizado é o da implantação de um programa nacional: "se não tivessem montado toda essa estrutura, não teria sido possível, aí é que está a grande história ... até hoje você chega num estado e a tuberculose ainda é o *carro-chefe* dos programas ..." (Dep.nº8, p.73). A implantação das técnicas de planejamento de saúde também é creditada: "se passou a trabalhar em um programa com metas, houve uma evolução muito grande ..." (Dep.nº7, p.48).

Mas o consenso é atingido no que se refere ao impacto político-ideológico da Campanha. A lembrança mais simples e direta é a de que "a Campanha tinha credibilidade, era um serviço que as secretarias de saúde reconheciam como de muita seriedade ... e o trabalho que vinha realizando promovia impactos sobre a situação da tuberculose no país ..." (Dep.nº3, p.21). A razão da credibilidade é explicada pelo tipo de atuação da CNCT: "a Campanha Nacional Contra a Tuberculose era como se fosse uma escola de formação, não se ouvia falar de *cambalachos*, existia uma moral, as pessoas eram selecionadas, elas sabiam que contavam com o respaldo da alta administração, havia uma só diretriz, a padronização dos métodos de trabalho, a instituição toda era organizada e todos os serviços eram organizados ..." (Dep.nº19, p.22). A formação de mentalidades conformes ao projeto da Campanha foi um trabalho de efeitos duradouros: "acho que ficou muito dentro da cabeça das pessoas como é que se devia trabalhar em tuberculose, isso ficou muito assentado, tanto que apesar de nós estarmos meio destruídos, nós temos ainda uma boa conceituação ..." (Dep.nº1, p.72). O impacto social e político da Campanha, nas comunidades locais, enquanto um programa vertical, inclusive com serviços de administração direta parece ser indiscutível: "as pessoas que foram se inscrever pra se candidatar a cargos lá no sanatório tinham segundo grau e até nível superior ... fazendo curso de auxiliar hospitalar e de servente ... e nasceu um bairro novo em torno do hospital, porque os parentes procuravam o sanatório ..." (Dep.nº19, p.18).

Outras avaliações favoráveis à Campanha, são mensuradas negativamente. Primeiro, *pela falta que ela faz* no vazio de uma mudança estrutural: "em 67 eu escrevi uma tese sobre a necessidade de integração, nós estamos em 89 e nunca aconteceu a integração, e agora a doença [tuberculose] está se agravando, e também a meningite, o dengue, a malária, o sarampo ... você tem tudo à mão, medicação, vacina, é um problema gerencial do sistema, chegou ao último ponto de sucateamento dos órgãos públicos, o recurso nunca chegou pra atividade-fim, se perde do meio para cima, se você fizer supervisão até às atividades de ponta, não tem nada ... agora, não é só ter dinheiro, é preciso ter a mentalidade, o próprio ministério da saúde não tem normas e padrões, nem pra pessoal, nem pra qualificação de serviço ..." (Dep.nº41, p.95-98). E também pelas expressões de desgosto pela não reprodução de seu modelo organizacional e operativo e

pelo rumo ao qual a instituição foi finalmente conduzida: "eu lamento profundamente, eu queria que essa filosofia de trabalho, essa organização da Campanha pudesse ser transportada para os órgãos federais de assistência à saúde, principalmente o Inamps ..." (Dep.nº19, p.32).

A elaboração do mito coletivo

A recomposição do passado em termos ideais oferece a possibilidade de preservar a confiança de que o que foi feito era realmente o que tinha que ser feito e portanto que uma importante parte de sua vida e de seus esforços não foram usados em vão. Nesse sentido, uma supervisora há tempos afastada da Tuberculose faz a seguinte reflexão: "essas dúvidas estão ligadas à minha existência — *o que eu fiz valeu a pena ... eu faço uma pergunta maior ainda — até onde a própria resposta que eu dou atende ainda ao meu equilíbrio emocional ... à minha auto-estima ... será que eu teria condições de admitir que eu não fiz nada na vida ? ... na época eu acreditava que estava dando algum recado ... hoje eu nem sei se a gente deve ter muito recado pra dar ...*" (Dep.nº36, p.234).

Na construção do mito coletivo, um primeiro movimento é o de valorização de sua vida profissional na instituição, acima dos problemas pessoais. Os momentos difíceis muitas vezes relatados durante a entrevista entre lágrimas e soluços e às vezes paradoxalmente entre sorrisos ou risadas, são esquecidos ao final da narração e quando lembrados provocam explicações ambíguas: "os momentos difíceis que a gente passou era por causa da política da instituição, eram pessoas jogadas contra pessoas, então trazia aqueles problemas, mas foi excelente, eu acho que a minha vida toda é a CNCT, eu acho que fiz de tudo, trabalhei muito no campo, fiz parte do ensino, fiz pesquisas, amadureci muito, tenho uma bagagem razoável, foi muito boa a minha vida na Campanha, de um modo geral, eu tenho muito prazer em pertencer à equipe da divisão ..." (Dep.nº1, p.69).

Um outro movimento é o de minimizar a importância dos sofrimentos, em relação às vantagens usufruídas: "se por um lado a enfermagem foi o *boi de piranha* em alguns trabalhos, por outro lado, a divisão deu em contrapartida, oportunidades a essas enfermeiras de se prepararem melhor para suas atividades, eu fiz muitos cursos pela divisão ..." (Dep.nº8, p.74); e até se avalia que houve uma troca: "ele deu muito apoio, não a mim, enfermeira, mas porque queria realizar aquele trabalho, eu fui o instrumento de realização daquele trabalho, então ele me apoiou ..." (Dep.nº8, p.41). As dificuldades podem até ser totalmente esquecidas: "... a gente vivia assim, prestigiadas ... era uma festa trabalhar em Curicica, uma festa cada dia, uma festa pra cada uma de nós ..." (Dep.nº15, p.33). Ao mesmo tempo, os sofrimentos são relativizados, ao se colocar mais alto o valor da instituição em si do que as situações em que as pessoas se viam envolvidas: "eu conheço sofrimento meu e de outras colegas, tive e vi várias colegas terem dificuldades, mas parece que isso não pesou muito no desempenho de cada uma, ninguém saiu da divisão com um problema sério por resolver, todas que passaram por lá cresceram, e talvez as dificuldades fizeram com que cada uma crescesse mais, eu até falo que o serviço é uma escola, pra aprender a trabalhar e a viver também ..." (Dep.nº2, p.61). E até:

"você tem que partir do princípio de que você é funcionária e de que o chefe passa e você continua, a chefia é coisa transitória, a gente fica até o dia de se aposentar, e a instituição fica ..." (Dep.nº18, p.126).

Outro recurso é o de relevar as dificuldades profissionais tão vividamente relatadas, colocando a ênfase nos aspectos organizacionais positivamente valorizados: "era tudo muito claro, cada enfermeira viajava com as normas em baixo do braço, todo mundo falava a mesma linguagem, todo mundo era treinado, respeitado, o serviço sempre conseguia deixar um nome lá fora ... tudo isso foi fazendo com que a gente ficasse cada dia mais gostando do serviço ..." (Dep.nº2, p.53); ou então: "lá na divisão as coisas eram claras, o que você fizesse ali, a outra fazia lá, do mesmo jeito, a gente sabia o que estava sendo feito, e a gente sabia fazer o trabalho ..." (Dep.nº2, p.25).

A valorização da instituição pode atingir os mais altos níveis: "toda uma potência que tinha a divisão, aquelas pessoas tinham uma mística, uma fé, um empenho, um compromisso com aquele trabalho ..." (Dep.nº34, p.30). A força da supervisora é lembrada com enorme satisfação: "que força nós tínhamos, nós enfermeiras, que apoio que a gente tinha naquela época ..." (Dep.nº2, p.25). Ainda hoje não restam dúvidas de que o trabalho proposto pela Campanha e executado pela supervisora era o único modo certo de ver e de fazer as coisas: "a gente desmontava tudo mesmo, pra poder botar as coisas em ordem, eu nunca achei nenhum que se sentisse melindrado com a minha presença, a não ser aqueles que se sentiam destronados ... a gente nunca tirou da jogada o pessoal dos estados, a não ser quando era tão desqualificado que não tinha o que fazer com ele, mas quando o pessoal era bom, a gente valorizava e trabalhava em conjunto, mostrava como era que o trabalho deveria ser realizado ..." (Dep.nº41, p.60).

De outro modo, há quem guarde uma certa nostalgia de sua vocação original e, ao mesmo tempo, sinta sua carreira como um amor sublimado: "apesar de tudo, eu me sinto frustrada como enfermeira de dar assistência ao paciente, mas reconhecendo que fiz um serviço apresentável na área da administração, sobretudo porque foi feito com o coração que eu neguei ao *noivo*." As recordações dessa supervisora são tocantes: "o Natal mais lindo que eu recordo, foi o que passei nesse sanatório, com árvore de Natal, uma lembrancinha para cada doente ... nós morávamos na mesma casa [residência das enfermeiras no sanatório], a natureza era linda, verde em abundância, o pessoal do hospital plantou um bosque de eucaliptos para os doentes ... foi lindo, é inesquecível ..." (Dep.nº22, p.25e184). O regresso à cidade natal em missão oficial, como mulher que conseguiu ascender socialmente e até mesmo alcançar seu modelo ideal de enfermeira, tem um sabor de vitória: "eu fui atendente e voltei como supervisora, na mesma posição da Adelaide, aquela figura maravilhosa, que me inspirou tanta vontade de estudar enfermagem, o progresso foi imenso e foi ótimo, foi maravilhoso ..." (Dep.nº25, p.51).

Como nas histórias de aventuras, os perigos enfrentados, os feitos e as proezas enchem de orgulho quem viveu e tem muito o que contar: "em Canoinhas o carro caiu num barranco, eu quase morro no desastre ..." (Dep.nº2, p.41). E em outra oportunidade: "eu tive até a chance de ir a uma aldeia indígena, integrando uma missão médico-cívica da FAB, dormimos lá na taba

e fomos de oca em oca, fazendo a pesquisa de *sintomáticos respiratórios* entre os índios, pela primeira vez ... guardo isso como uma lembrança linda ..." (Dep.nº2, p.67).

O legado das pioneiras ou as "enfermeiras-baluartes"

Algumas enfermeiras, pela frequência com que são mencionadas nos depoimentos de enfermeiras e médicos, e pela importância atribuída à sua atuação no órgão de enfermagem, foram consideradas "tipos inesquecíveis". Essas figuras de enfermeira, que marcaram a memória coletiva, são todas formadas pela Escola Anna Nery e atuaram no que se poderia chamar de período sanatorial, isto é, de 1947 a 1961. Seus contemporâneos a elas se referem sempre com emoção, e muitas vezes com admiração. Foram incluídas nesse grupo, desde logo, as duas superintendentes, que detinham grande autoridade no seu âmbito de atuação, embora com características de personalidade muito diferentes. A primeira, Delzuite Cordeiro, aqui caracterizada como **a mulher austera**, mereceu a admiração de algumas enfermeiras e médicos e o respeito de todos: "pessoa firme, segura, dinâmica, orientada ... tinha uma programação, ela partia pr'aquilo com ímpeto, vigor, muita disciplina, muito amor; ela era assim e passava isso pra gente." (Dep.nº15, p.17). A segunda superintendente, Haydeé Dourado, com estudos de pós-graduação em Toronto, que atuou na Campanha de Pereira Filho, deu novos rumos à enfermagem da Campanha e por isto foi caracterizada como **a reformadora**. Haydée traça seu auto-retrato: "eu sou conhecida como uma pessoa que, não só sonha, mas crê que é possível conseguir ... eu sou uma pessoa que quer perseguir seus ideais ..." (Dep.nºVI, p.17e22).

A tradição de eficiência pela disciplina, legado das pioneiras às suas sucessoras, passa a ser mais respeitada e valorizada como bem de raiz: "nós recebemos essa herança, como um apoio e como um fator estimulante, a posição das enfermeiras na Campanha já era bastante diferenciada das enfermeiras da maioria dos hospitais do Brasil ..." (Dep.nº36, p.115). Ou então: "havia uma disciplina muito bonita no serviço de enfermagem, a gente tinha que ser muito habilidosa, porque já havia passado por lá enfermeiras *baluartes*, durante todo o tempo que eu fiquei no setor de enfermagem, eu não me lembro que tenha ocorrido problema de disciplina ..." (Dep.nº2, p.60).

Também foi incluída a primeira chefe de setor de enfermagem, Clélia de Pontes, que permaneceu no cargo por cerca de seis anos, ainda que com sete diferentes diretores do SNT, fato singular na enfermagem da CNCT, e que por isto foi caracterizada como **a diplomata**. Tal façanha é explicada por sua personalidade: "a Clélia era muito envolvente, agradava os diretores e os chefes da SOC e se relacionava bem com todas as enfermeiras, ela era ativa, trabalhava, desenvolveu muito o setor ..." (Dep.nº5, p.15). Outra figura marcante é a substituta das chefes, Mercedes Souza, que começou com a primeira superintendente e permaneceu no órgão central de enfermagem da rua do Rezende até à sua extinção, ela mesma tendo sido a chefe no período 1968/1970, e cuja condição de ter o filho caçula hemofílico, levou a que não se afastasse da sede, tornando-se **a dona da casa** do setor/seção de enfermagem e se especializasse na posição de assistente e substituta eventual das chefes, desempenhando um papel maternal junto às

supervisoras. Mercedes foi a organizadora do documentário que deu origem a este estudo : "sempre procurei ajudar a todas [as chefes] e me dedicar inteiramente, trabalhava com muito amor, a chefe viajava, tudo continuava a funcionar ... era como se fosse a minha casa e eu a dona ... eu fiz essa retrospectiva, com o maior amor, e eu acho que realmente valeu ..." (Dep.nºI, p.13e49).

A mais carismática das supervisoras deste período, Ariadne Lopes de Menezes, que respaldou a atuação da enfermagem na Campanha nos seus primórdios e lecionou para muitas turmas de alunas de enfermagem, ex-visitadora, aluna bolsista da Campanha, recebeu o título de *Dama da Lâmpada*, como a melhor aluna de sua turma. Participou da organização de vários sanatórios e foi assistente das chefes de enfermagem por mais de dez anos, tornando-se perita em organização de serviços públicos. Uma colega assim a descreve: "ela tinha visão de futuro e era brilhante ... tinha grande entusiasmo pela profissão e transmitia isso pras colegas, ela queria uma enfermagem de qualidade, científica, que as enfermeiras pudessem se impor por seu trabalho ..." (Dep.nº21, p.38). Um ex-diretor, seu amigo e admirador a descreve como um modelo ideal de enfermeira: "... aliava ao preparo irreparável, sedução pessoal, bondade, capacidade de trabalho, constante anseio de beleza e fascinação pela carreira que abraçara ... estava tocada de fervor patriótico, que dominava a Campanha ... tive a impressão de um anjo com os pés na terra ..." (Ribeiro, 1976, p.109-110).

As continuadoras das enfermeiras veteranas, delas herdaram valores como o orgulho de pertencer à Campanha, o sentido de dever em relação ao cumprimento das missões que lhes fossem confiadas, o compromisso de contribuir para o bom nome da profissão, a satisfação do trabalho bem feito, o gosto pelas reformas, a consciência da necessidade de uma boa presença, e a persistência de propósitos.

O orgulho das origens

As circunstâncias da criação da Campanha favoreceram sua idealização e a transformação de sua origem ilustre em objeto de reverência, o que, a partir do entendimento da Campanha como uma família, confere dignidades a toda a descendência. A CNCT surge na sociedade brasileira envolta nos ares românticos dos *anos dourados*. Se a tuberculose já não era "o mal romântico", a atmosfera da época, sim, o era: os soldados de volta aos lares e as mulheres mais uma vez desempenhando com orgulho seu milenar papel de "repouso do guerreiro"; um ardor patriótico de trabalhar pelo desenvolvimento do país, em uma perspectiva de solidariedade continental: "Brasil, país do futuro"; a "guerra fria" como metáfora da eterna luta do Bem contra o Mal; e as políticas sociais de governo como outras tantas lutas (campanhas) contra os males que afligem o povo brasileiro. O alívio pelo término da guerra, a vitória dos ideais democráticos nos planos internacional e nacional, o desenvolvimento econômico, a exacerbação dos sentimentos patrióticos, o desejo de arrancar o Brasil do *subdesenvolvimento*, o esforço de modernização, os "programas de cooperação" norte-americanos, a valorização do "fator humano" nas relações de produção, a importação de processos e produtos tecnológicos, a aquisição de

"modernos" hábitos de consumo, e até o "new-look" de Cristian Dior, criavam um certo clima de euforia muito propício à *deflagração* de uma "campanha" nacional em benefício da saúde do povo brasileiro.

A casa que sediou a CNCT desde a sua criação é um local carregado de tradição, intimamente ligado à história da saúde pública brasileira e berço da enfermagem, pois ali, na rua do Rezende, funcionou a Superintendência de Enfermagem do DNSP. O projeto arquitetônico, com seu maciço embasamento de pedra, característico das construções da época, e suas fachadas em tijolo aparente, é de Luiz de Moraes Junior, o arquiteto do Instituto de Manguinhos. A obra arrastou-se de 1905, na gestão de Oswaldo Cruz, a 1914, quando foi inaugurada por Carlos Seidl. (Benchimol, 1990, p.188-189). Mais tarde, foi colocado no pátio lateral, do lado oposto ao dispensário-escola, um busto em bronze de seu patrono, junto ao qual todos os anos costumava-se homenagear sua memória. Em 1952, sendo diretor o dr. Pereira Filho, o prédio que fora a sede do Departamento Nacional de Saúde Pública passou a denominar-se *Casa de Oswaldo Cruz*. (MS/SNT, 1951, p.608). O aspecto todo da casa é muito agradável e sua origem motivo de orgulho para os que ali trabalhavam; hoje pensa-se nela com emoção: "ali era a chamada Casa de Oswaldo Cruz, ali no Rezende, tenho saudades daquilo lá, passei uma vida ali dentro, nós éramos, com os devidos descontos, uma grande família, ali foi a minha casa ..." (Dep.nº38, p.21e39).

O clima romântico que envolvia a Campanha era alimentado em duas fontes: a mística do Paula Souza, cujo clarim continuou reverberando por décadas na memória coletiva — e as irresistíveis figuras dos ex-tuberculosos, cuja convivência cotidiana não permitia o esquecimento dos juramentos feitos no dia da formatura, nem o abandono dos ideais que abraçaram ao entrar na luta contra a tuberculose.

A mística do herói

A trajetória humana do fundador da Campanha é marcada por circunstâncias que emprestam à personagem Raphael de Paula Souza características que mitologicamente poderiam ser interpretadas como sinais do destino: a marca da tuberculose: quando estudante de medicina apresentou sintomas pulmonares e fez, ele mesmo, seu diagnóstico; a tuberculose fez com que, além de perder o ano de estudos, se transferisse para Belo Horizonte, estação climática, onde continuou o curso, ainda doente, e quando o terminou, já estivesse disposto a seguir a especialidade; clinicando em Campos de Jordão, entre 1928 e 1933, teve a oportunidade de acrescentar à sua experiência pessoal de "ser-tuberculoso", a vivência cotidiana do sofrimento alheio e da tragédia coletiva que impregnava a cidade (Dep.nºXIX, p.1e8); as nobres motivações: pertencente a tradicional e ilustre família de São Paulo, acreditava na obrigação patriótica dos mais favorecidos de contribuir para a solução dos problemas nacionais, bem como de amenizar a vida dos pobres, trabalhando para tanto no âmbito das instituições públicas ou através da filantropia, tendo ele mesmo atuado em ambas as frentes. Tendo lutado na "revolução paulista de 32", mantinha-se ainda como antigetulista irreconciliável, e suas convicções democráticas eram

reforçadas pela influência do sanitarismo internacional, inclusive por seu primo-irmão, Geraldo de Paula Souza, que teve atuação relevante na criação e nos destinos da OMS; o chamado do destino: professor catedrático da USP, privava da convivência com o professor Souza Campos, que se fazendo ministro, convidou-o para dirigir o SNT; clínico bem sucedido, decidiu interromper abruptamente o exercício liberal da medicina para "se atirar num negócio que podia não dar certo" ou pelo menos, para assumir a direção de uma luta que, do ponto de vista da remuneração, não seria compensadora e que transtornou por muitos meses sua vida em família; ao chegar, era o homem que veio de longe para literalmente, resolver uma *parada federal*; o engenho e a arte: o sucesso dos "sanatórios populares", o sentir-se à vontade nos canteiros de obras da Campanha, o domínio da tisiologia e a intimidade com a demografia e a epidemiologia; a capacidade de comunicar, no desempenho do papel mitológico de "cantar e justificar" sua luta; e o charme pessoal: alto, esguio, feições regulares, olhos azuis, um sorriso meio tímido, na força dos quarenta anos; uma honestidade proverbial, arrojado nos projetos e nas ações, mas valorizando sempre seus auxiliares e assessores; casado com uma dama da sociedade paulista, cujo apoio moral, emocional e social ele reconhece ter sido decisivo para que ele aceitasse o cargo, e a quem durante toda sua gestão sempre agradeceu de público; o livre trânsito nas altas esferas do país; tudo isto dava-lhe uma imagem de homem bem dotado e extremamente bem sucedido, um vencedor e uma pessoa em quem se pode confiar. Combatido durante toda sua gestão, tornou-se uma lenda, o campeão da luta contra a tuberculose.

A performance do primeiro superintendente da Campanha fez dele uma figura singular no contexto da administração sanitária da época, dando-lhe uma imagem de herói, ao mesmo tempo romântica e épica: romântico no ímpeto, na crença, na "força do gênio criador", na devoção à sua dama; épico, como representação da nacionalidade, nas qualidades de valentia, fé e honra, na *virtude essencial* de manter-se fiel a si mesmo, a que os gregos denominavam *areté*. (Feijó, 1984, p.56). Paralelamente a estes feitos masculinos, a contribuição da mulher de sociedade ocorre no espaço da filantropia, enquanto demonstração do cumprimento do dever cívico das classes abastadas, embora com características distintas das ligas contra a tuberculose, isto é, como uma ação complementar à do governo e lideradas por esposas de tisiologistas e de políticos, numa demonstração do apoio decidido que uma boa esposa não deveria negar aos empreendimentos públicos, especialmente os de seu marido. Essa filantropia feminina apresentava grande eficácia simbólica, por um lado preenchendo espaços político-ideológicos pouco acessíveis por outras vias; por outro, justificando a condição de mulheres à margem do sistema produtivo, numa época de pós-guerra, na qual as mulheres já tinham demonstrado sua capacidade de trabalho e quando as profissões femininas da área da saúde já tomavam impulso.

"A semente que o Rafael plantou"

A mística do Paula Souza foi transmitida pelos "veteranos notáveis", figuras encarregadas de reproduzir a crença na excelência da instituição e favorecer o "efeito de reconhecimento" por parte dos novatos. (Albuquerque, 1986, p.138-139). Ainda que houvesse muitas vezes uma interferência direta dos partidos políticos na indicação do diretor do serviço, a comunidade de tisiolo-

gistas, que era formada por grupos que se degladiavam pela hegemonia, apresentava uma forte coesão interna. Seu discurso era eminentemente técnico, sendo as divergências colocadas em termos de discordâncias de métodos e estratégias de luta contra a tuberculose e não em torno de posições políticas. Tanto assim que tisiologistas de posição político-ideológica divergente e até oposta à de Paula Souza declaram-se seus discípulos, seguidores e continuadores.

O ex-diretor, cassado pelo governo militar em 1964, Mário Fitipaldi, amigo pessoal do presidente Vargas, a quem Paula Souza detestava, dá a medida do apelo da Campanha aos ideais da juventude e a admiração que o professor soube conquistar: "antes de uma consciência profissional, eu formei uma consciência política, que abriu meus olhos para a realidade social do Brasil ... quando ouvi o clarim da Campanha que o Paula Souza estava iniciando, candidatei-me a bolsista, o Paula Souza estava querendo formar um exército, queria que eu fosse pra Amazônia, que eu era um soldado da Campanha e estava apto a ir, eu não queria mudar de latitude, mas no fundo ele tinha razão ... eu sou grato ao professor Paula Souza, eu fui seu discípulo e tenho por ele profunda admiração, com essa margem de gratidão, porque meus primeiros passos foram ali, dentro dum serviço que ele criou à sua imagem e semelhança, o criador da Campanha era um homem de formação científica rigorosa, plena, atualizada, ele era um idealista, mas um homem que botava na prática, tinha conhecimento de todos os aspectos de uma doença como a tuberculose, nos seus aspectos sociais inclusive ..." (Dep.nºXXIII, p.5e23).

O ex-diretor Lourival Ribeiro ressalta o legado deixado pelo fundador da Campanha: "Paula Souza conseguiu estrelar a saúde pública; na época dele a Campanha foi exaltada, respeitada ..." (Dep.nº17, p.48). Aldo Villas Bôas, outro ex-diretor, comenta: "o professor Paula Souza era um *expert* de saúde pública e trabalhava em tuberculose, era um homem público, uma personalidade forte, definida em suas características morais, era um democrata e não estava de acordo com aquele sistema de governo [a ditadura Vargas], que ele tinha combatido; e quando o governo convidou o professor Paula Souza, ele disse que só aceitaria se fosse para executar um programa com autonomia e independência, ele queria possibilidades maiores, inclusive financeiras, o governo aceitou, ele veio e criou a Campanha ..." (Dep.nºVIII, p.45).

O doutor Sefton, ex-chefe da SOC relembra: "com o Paula Souza, [a Campanha] era um serviço de proa do ministério da Saúde, começou com grandes pompas, Sergio Bernardes era o arquiteto dos sanatórios, Paulo [de Assis Ribeiro] fez a organização ... eram luminares, o Paula Souza trouxe o que havia de máximo, então aquilo era a glória, o salário da Campanha era três vezes o do ministério, era a elite, e tinha muitos funcionários, era um mundo de gente, a tuberculose era um problema de saúde pública, tinha que ser tratada como tal, os estados são pobres, as unidades sanitárias não tinham condições de tratar tuberculose ..." (Dep.nºXI, p.74-75).

As primeiras enfermeiras da Campanha se sentiam extremamente atraídas pela figura de Paula Souza, com o seu *charme* de herói e sua mensagem de otimismo, por elas perfeitamente compreendida e assimilada, inclusive quanto ao valor do seu trabalho para a realização do projeto da Campanha. Maria Juvanira Venâncio Travassos, participou da organização dos primeiros sanatórios da Campanha e foi chefe da seção de enfermagem em duas administrações.

De Paula Souza, ela se lembra: "as pessoas pioneiras marcam a vida da gente — elas vêm com uma proposta de fazer alguma coisa, e fazem — então ele era uma pessoa muitíssimo amada, respeitada por todos que o cercavam; e a orientação dele era pé-no-chão, firme; ele queria aqueles hospitais pra atender o problema gigantesco da tuberculose; e foi uma coisa que ele se propôs a fazer e fez ... o professor Raphael de Paula Souza tinha respeito e confiança naquelas levas de meninas novas, ele era um amigo das enfermeiras ..." (Dep.nºVII, p.14). A enfermeira Nalva Pereira Caldas, reconhece que o prof. Paula Souza abriu um espaço para a enfermagem brasileira desenvolver-se: "... nos agradava uma direção que coincidia com a nossa expectativa, a gente ingressava no hospital e as coisas estavam como a gente imagina no modelo ..." (Dep.nºXXVI, p.13). Maria de Jesus do Valle Cordeiro, ex-chefe do setor de enfermagem, lembra: "a família Paula Souza é muito conhecida, uma família de tradição e ele é um homem finíssimo, muito ciente de sua condição, é casado com uma neta do presidente Prudente de Moraes ..." (Dep.nº13, p.40).

Enfermeiras e médicos que não chegaram a trabalhar na Campanha no período de Paula Souza a ele se referem como se fosse *pessoa chegada*, reconhecendo na sua figura a do iniciador. O criador da Campanha é transformado então na imagem de um *Pai Fundador*, que serve de modelo e inspiração aos seus seguidores, que se encarregam de reproduzir essa imagem. (Albuquerque, 1986, p.139).

"Os ex-doentes trabalhando"

Alguns adoeceram muito jovens. A incerteza quanto ao próprio futuro, a condição de doente tuberculoso, com a perda de poder, prestígio e autonomia, o estigma da doença, são vivências inesquecíveis e que inclinaram essas pessoas a trabalhar com tuberculose e, mais tarde, a encontrar na Campanha forte motivo de realização pessoal. O primeiro desses foi o próprio fundador da instituição e criador da mística da Campanha. Dois outros ex-diretores figuram entre os ex-doentes. Um deles, foi presidente da Comissão Técnica por quase vinte anos e diretor do serviço entre 1964 e 1969, o professor Hélio Fraga, cujo pai, o dr. Clementino Fraga, mesmo sendo professor de clínica médica, criara o primeiro curso de fisiologia do país. Uma amiga e admiradora do professor Hélio Fraga conta uma história em muitos pontos semelhante àquela de Paula Souza, cujo adoecimento deve ter ocorrido mais ou menos à mesma época. Conta ela que "ele adoeceu quando estava no sexto ano de medicina, só ia na faculdade fazer as provas, concluiu o curso médico, mas não pôde trabalhar, passou anos lendo, ele dizia que tinha sido poupado da morte, e que por isso mesmo tinha de fazer o melhor que pudesse e dedicar a vida dele a esse estudo ...". Sobre as convicções do professor, ela fala: "um homem fiel às origens, extremamente religioso, da linha do Gustavo Corção, era um homem suave, cauteloso no trato, tinha a qualidade excepcional de aglutinar em torno dele homens das mais diferentes tendências ..." (Dep.nº21, p.77,86e94)). O outro ex-diretor, é Germano Gerardt Filho, que assumiu a direção em 1979. Sobre seu adoecimento, quem conta é um outro ex-diretor, seu conterrâneo e padrinho: "foi no hospital de Clínicas, em Vitória ... ele tinha dezessete anos, estava muito abatido, pálido, caído, porque a tuberculose maltratava muito, a mãe pensava que

ele ia morrer, tratei com pneumotórax bilateral, naquele tempo era raro fazer isso, curei aquele lado, depois o outro lado curou também, deu trabalho ..." (Dep.nºXXIV, p.67-68). Mais tarde, antes de entrar na Campanha, Germano teve uma recidiva, mas aí, já havendo o recurso da cirurgia, ele foi submetido a uma ressecção pulmonar parcial.

Um outro médico-doente foi o doutor Miranda, que conta, com simplicidade que a *recidiva* [quando estudante-residente do hospital S.Sebastião tivera um *infiltrado precoce*] apareceu durante uma longa e estafante viagem a serviço: "a chapa mostrou uma cavidade tremenda, comecei a tratar com estreptomicina e hidrazida, dentro daquele ritmo de trabalho, mas eu melhorei logo, [as drogas] tinham um efeito poderoso, quando terminou a viagem, voltei pra Curicica, continuei a me tratar sozinho, ninguém sabia, continuei meu trabalho normal, até que eu vi que não estava tendo efeito suficiente, aí tinha esses comprimidos, Trecator, um troço horrível ... PAS na veia, choque [anafilático], aí [o colega] achou que eu devia fazer cirurgia ... eu apresentei meu caso na reunião do corpo clínico [com o nome trocado], a cirurgia [lobectomia superior esquerda] foi aceita por unanimidade ..." (Dep.nº11, p.51-53). Mas como em outros casos, esse ex-doente voltou a adoecer, só que agora o tratamento foi eficaz: "houve uma reativação num foco, do outro lado, mas aí eu já fiz o esquema completo, e curou rapidamente." (Dep.nº11, p.56).

Alguns outros adoeceram em serviço, se trataram e continuaram trabalhando na Campanha, às vezes em uma outra unidade: "ela adoeceu de tuberculose, entrou de licença, eu estava de namoro com ela, fui chamado pelo *diretor*, me aconselhou que levasse pra fora três meses, voltou muito bem, foi transferida pra evitar ter muito contato com doente ..." (Dep.nº20, p.19); ou então: "ela viajou para Campos de Jordão, passou meses, voltou curada, continuou trabalhando (na Campanha), não em Curicica". (Dep.nº22, p.50); e outra: "eu fui com uma colega fazer abreugrafia o médico perguntou — e a senhora? — eu fiz há pouco tempo, mas não custa nada ... e nessa abreugrafia deu uma imagem suspeita de tuberculose, foi horrível! eu me afastei pra fazer tratamento, depois eu voltei a trabalhar, mas no dispensário ..." (Dep.nº2, p.7).

A familiaridade com a doença, do outro

Outros profissionais têm a tuberculose inscrita em suas histórias de vida pelo fato de terem doentes na família, em uma época em que um clima de tragédia envolvia os doentes, suas famílias e os que deles cuidavam nos hospitais: "na minha família havia muitos casos de tuberculose e entre eles minha mãe; o estigma da tuberculose era fortíssimo, quando me formei já havia a estreptomicina e o PAS, e a cirurgia estava em pleno desenvolvimento, eu podia realmente fazer alguma coisa. Depois que eu me formei, nenhum caso mais morreu de tuberculose ...". Pelo menos dois médicos, quando estudantes tiveram um contato íntimo com a doença nos hospitais de isolamento, em duas capitais brasileiras. Diz o primeiro: "eu era um estudante pobre, a tuberculose oferecia pra ser interno do hospital do governo e tinha uma remuneração ... muitas vezes os doentes eram jogados na portaria do hospital, o porteiro não tinha nada a fazer senão chamar o interno e o pobre do interno mandar recolher e colocar o

doente sobre qualquer coisa pra que ele pudesse terminar ali ... morriam por dia dois, três, quatro doentes." (Dep.nº12, p.3e6). O segundo deles, que adoeceu neste convívio, teve a oportunidade de verificar a diferença entre a assistência prestada aos indigentes e a prestada pela previdência aos seus segurados: "naquele tempo a coisa era a espera da morte, mas havia uma luta pra salvar as pessoas, experimentava-se de tudo ... cavernostomia, vapores de iodo dentro da cavidade, mas era uma brutalidade ... havia um pavilhão que era tipo medieval, de manhã ia-se ver quem morreu ... daí eu fui chamado pro hospital dos bancários, aí já era sanatório, aquela visão romântica, todo bancário internava, o padrão era muito bom, eram casos iniciais, com regime dietético, repouso, pneumotórax, tinha muita alta, quando surgiu a estreptomomicina os banqueiros mandaram importar ..." (Dep.nº11, p.1e5).

Pelo menos duas supervisoras quando foram estudar enfermagem eram órfãs de mães falecidas por tuberculose. No primeiro caso, o óbito ocorreu no hospital onde um desses dois médicos era interno, mas tempos depois: "eu tinha doze anos quando minha mãe adoeceu, ela era professora no interior do estado, começou a se sentir mal e a escarrar sangue, trouxeram pra *capital* e internaram no hospital, tomava injeções de ouro, quando terminou o período escolar, nós fomos pra fazenda, e não a vimos mais, ela morreu em quarenta e cinco dias ... eu tinha muito interesse por tudo que se relacionava com a doença, tinha curiosidade ... [depois de formada] eu fui trabalhar no mesmo hospital, onde minha mãe morreu, eu tinha dezenove anos ..." (Dep.nº41, p.11-13). O outro caso: "minha mãe morreu tuberculosa, a gente conviveu com ela, falavam na injeção de iodo, depois ela ficou rouca, eu nem sabia que ela estava doente, ficou acamada poucos dias, quando ela morreu eu tinha dez pra onze anos ..." (Dep.nº7, p.1e9).

Além das figuras do pai fundador, das damas da sociedade, dos seguidores, dos ex-tuberculosos trabalhando, das enfermeiras-pioneiras, há um incontável número de pessoas que se apaixonaram pelo combate à tuberculose, nele empenhando-se muito além do mero cumprimento do dever profissional e de funcionário público, muitas vezes protagonizando, para o seu próprio deleite, o papel de herói (ou heroína). A adesão incondicional aos propósitos da Campanha exigia bem mais do que um controle baseado em algumas vantagens materiais e no receio de perdê-las. Esta capitulação teria que ocorrer ainda e principalmente no espaço do desejo, no terreno da emoção, no clima da paixão.

O amor pela Tuberculose e o élan pelo trabalho

A vinculação da Campanha com o programa estadual se fazia tanto na instância do racional como pela emoção: "a Campanha botava as verbas pro Representante da Campanha no estado; e a parte que vai mais do coração, era a Campanha como um ideal, era um compromisso mais ou menos ideológico." (Dep.nº23, p.9). No discurso de enfermeiras e médicos, esse amor pela Tuberculose assume a feição de *mística* e de *élan*, palavras freqüentemente empregada por todos: "foi uma mística extraordinária, mística essa de que eu sou portador, em função do que eu aprendi dentro da divisão ..." (Dep.nºXVI, p.97). Um ex-chefe da SOC declara: "fui entusiasmado, fui maluco por isso, fui desafiado, dei o que não pude, trabalhei como

ninguém ... " (Dep.nº20, p.36). E ele mesmo atesta o entusiasmo de outros: "o *médico* era recém-formado, eu arranjei uma bolsa pra ele vir fazer tuberculose, ele se apaixonou pela coisa ..." E tenta explicar a fascinação exercida pela Campanha: "talvez seja a pretensão da gente, de conhecer a solução do problema e pensar que vai resolvê-lo ... os dados todos ali, as condições todas ali, era só juntar e fazer, fica-se alarmado — *mas é tão fácil, vamos fazer isso, terminar ...* era uma miragem, ainda vai demorar um bocado ..." (Dep.nº20, p.56-57). A evocação dessa luta sempre comove: "todas as vezes que eu encontro alguém mais antigo e se fala, eu sinto que há uma certa dose de emoção na conversa" que é atribuída "à satisfação com um trabalho que cada um pôde fazer, é extremamente bom verificar que algumas coisas foram feitas, aquilo que foi possível, não é fácil trabalhar nesse país ..." (Dep.nº16, p.42). O entusiasmo pela nacionalidade, sempre referido por Paula Souza, continua presente décadas depois, mesmo em quem não participou daqueles primeiros tempos heróicos: "me senti *chateada* de ter que passar um mês numa outra região que eu achava que não tinha nada a ver comigo, e vi que tinha a ver comigo, no sentido de que isso também era Brasil ..." (Dep.nº34, p.41).

Quem saiu por achar que precisava de mais espaço pode fazer questão de manter-se fiel às origens: "eu militei na Campanha vinte anos, foi uma etapa muito boa da minha vida profissional, a gente cresceu muito junto e tentou fazer o melhor que podia, até hoje, quando você diz que é egressa da Tuberculose, se diz que a gente é o grupo da elite ..." (Dep.nº41, p.48). Quem esteve de passagem compara: "eu acho que a gente tinha muita coisa em comum em termos da mística, de uma dedicação toda especial pelo serviço, um interesse, um envolvimento, um amor por aquele serviço ..." (Dep.nº9, p.25).

A atração que a Campanha exercia sobre as enfermeiras fez com que a mesma se tornasse, desde os seus primórdios, em um centro nucleador de talentos e competências. Por outro lado, o espaço institucional da Campanha oferecia àquelas que se quisessem dedicar a uma carreira, muitas oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal. A convicção de estar participando de um projeto grandioso em prol da salvação nacional, a sensação de ser apoiada por pessoas de alta competência profissional, o convívio com personalidades marcantes, e o sabor de uma independência financeira recém-conquistada, proporcionaram às enfermeiras veteranas da Campanha uma fase inesquecível de suas vidas e uma sólida base para seu crescimento futuro, contribuindo para a consolidação do mito da enfermagem na Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Mas acima de todas ficou a lenda do grupo, encarnada na figura da "supervisora da Campanha".

O clima de encantamento que envolvia a Campanha é plenamente expressado por uma supervisora: "a Tuberculose foi uma grande escola, a Tuberculose foi um exemplo pro Brasil inteiro, um celeiro de pessoas inteligentes, dispostas a trabalhar, gostavam do que faziam, a maioria das pessoas que trabalhava lá tinha um *élan* em relação à doença e aos doentes ... a semente que o *Rafael* plantou, foi muito bem colocada ... e os primeiros a transmitiram pros segundos ... houve muita gente, médico, enfermeira, assistente social, que foi doente, sentiu na pele o problema, eram ex-doentes trabalhando, e talvez houvesse uma seleção boa ... acho que tudo isso fez com que a instituição crescesse, poucos foram os diretores que pararam o trabalho,

poucos foram os que não lutaram, e as chefes de enfermagem todas tinham vontade de acertar, havia a característica do amor pela Tuberculose ..." (Dep.nº18, p.122).

A aventura e a crise, o conto e a fábula

Mesmo que de modo um tanto limitado, mas bastante satisfatório para uma moça brasileira de família remediada, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose pôde oferecer a uma jovem enfermeira seu quinhão de dinheiro, fama e desafio. Fugir ao até então "destino inevitável" da mulher, evitar uma existência medíocre, a dependência econômica e a decorrente subordinação como pessoa a algum homem, testar suas próprias possibilidades e limites, buscar uma oportunidade de realização no mundo do trabalho pela brecha da profissionalização, parece ter sido a opção da maior parte das supervisoras da Campanha. O gosto pela aventura parece ter sido uma forte motivação para sua escolha da carreira de enfermeira, para sua entrada e permanência na Campanha Nacional Contra a Tuberculose e ainda mais, para o sentimento de realização que parece ter alcançado, no interior dessa instituição, ao vivenciar simbolicamente a saga dos heróis, na aventura das viagens e da guerra. Caracteriza-se assim a aventura da supervisora como o seu ingresso no mundo masculino do trabalho.

A idéia de aventuras de garotas em um país situado no reino do imaginário, remete o pensamento facilmente para a história de Alice no país das maravilhas (*Alice's Adventures in Wonderland* — 1865), na qual Lewis Carrol, mestre do *non-sense* vitoriano, narra as aventuras de uma menina perdida num mundo de absurdo e fantasia, de estranhos valores e regras. Esta obra, repleta de alusões, símbolos, metáforas e jogos lógico-semânticos, vem sendo interpretada por lingüistas, estruturalistas e psicanalistas (Lisboa, 1986, p.61-63). As feministas denominaram *efeito Lewis Carrol*, ao excesso de energia que uma mulher necessita despender para atingir suas metas, inspirando-se em uma passagem de outro livro do autor, Alice no país do espelho (*Through the Looking Glass* — 1872), onde a rainha ensina à Alice que "... é preciso correr como correemos para ficar no mesmo lugar. Para atingir uma outra posição, seria preciso correr duas vezes mais depressa." Essa metáfora espacial também serve para expressar que, apesar do tremendo esforço das enfermeiras da Campanha, para manter uma posição avançada no cenário dessa instituição, o que fizeram por quase trinta anos, este não foi suficiente para que pudessem, coletivamente, conquistar uma posição de maior destaque para a categoria.

Parece que "a moral da história", a ser tirada da aventura das supervisoras na Campanha é a de que, assim como nos contos de fadas, "ser um ser humano neste nosso mundo significa ter que aceitar desafios difíceis, mas também encontrar aventuras maravilhosas." E ainda mais "se desejamos conseguir a *egoicidade*, atingir a integridade e assegurar nossa identidade, devemos passar por processos difíceis: sofrer provas, encontrar perigos, conseguir vitórias. Só desta forma podemos dominar nosso destino e conquistar nosso reinado ... o noviço entra ingênuo e desinformado e sai no final num nível de existência aprimorado com que não sonhava no início da viagem sagrada ... tornando-se verdadeiramente ele mesmo, o herói ou a heroína torna-se digno de ser amado. (Bettelheim, 1980, p.189 e 318). Mas também nessa, como na história de

Borrallheira, conforme registrada por Perrault, a "amarga ironia" da segunda lição de moral extraída do conto é a de que "embora seja vantajoso possuir inteligência, coragem e outras qualidades, elas não contam muito (*ce seront choses vaines*) se não temos fadas madrinhas ou magos padrinhos que as façam valer." (*in* Bettelheim, 1980, p.359, nota nº 95). Assim é que o grupo de supervisoras, ao lhe faltarem os amparos (políticos e sociais) necessários à manutenção de sua posição de representantes da Campanha nos estados, descobriu que forças lhes davam sustentação. A interdição imposta às supervisoras, quando se lhes apresentou a oportunidade de galgarem um posto de maior "visibilidade" social, evidenciou o tipo de trabalho que lhe era permitido desenvolver e quais os locais adequados à sua presença. A enfermeira-supervisora não poderia ser admitida à esfera pública, pois aí seu mérito poderia ser efetivamente demonstrado e sua excelência revelada. (Arendt, 1987, p.58).

A saga da supervisora da Campanha

O conto maravilhoso apresenta a estrutura de uma aventura séria e responsável, pois repete, em outro plano e por outros meios, o enredo iniciatório exemplar, no qual as provas, apresentadas sob a forma de lutas, obstáculos, enigmas, tarefas, uma vez vencidas, permitem a passagem da ignorância e da imaturidade para a idade espiritual do adulto. O conto reata e prolonga a "iniciação" ao nível do imaginário. (Eliade, 1991, p.171-174). A narrativa épica e o romance prolongam, em outro plano, e com outros fins, a narrativa mitológica. Em ambos os casos, trata-se de contar uma história significativa, de relatar uma série de eventos dramáticos, ocorridos num passado mais ou menos fabuloso. A "saída do tempo histórico e pessoal" produzida pela leitura é o que mais aproxima a função da literatura da das mitologias. (Eliade, 1991, p.163-164). De modo geral a história das supervisoras da Campanha, em poucas palavras, com muitas reduções e simplificações, poderia ser narrada sob a forma de conto, mais ou menos assim:

Nos anos dourados que se seguiram à segunda grande guerra, várias mocinhas nordestinas partiram da casa de seus pais para entrar numa escola de enfermagem, onde estando internas, sob a guarda da diretora, foram atraídas pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Durante trinta anos, a enfermeira da casa do Rezende empenhou-se por garantir a força da Campanha nos estados, organizando ou reorganizando sanatórios e dispensários, preparando pessoal e mantendo em funcionamento uma rede de serviços, mediante uma prática permanente de supervisão e treinamento. Nesse mister a supervisora travou duras batalhas, principalmente com os médicos dos serviços locais, sofrendo e lutando para implantar as normas da comissão técnica e quase sempre vencendo seus adversários. Quando cessaram as batalhas e passou-se ao campo das negociações com as autoridades sanitárias, a enfermeira-supervisora da Campanha perdeu seu carisma, seu prestígio e mesmo sua posição no quadro institucional. Não podendo seguir adiante e não havendo a quem legar o saber construído nesse que-fazer, a supervisora, ao final de sua carreira, rememora seu passado como uma perdida idade de ouro, inserindo sua história no mito da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, contando e justificando sua existência e nesse afã, a dela própria. Com isso fica registrado e documentado um capítulo da história da enfermagem no Brasil, lição do passado para reflexões futuras.

CONCLUSÕES

"Não há uma pergunta que resida em nós e uma resposta que esteja nas coisas, um ser exterior a descobrir e uma consciência observadora: a solução está também em nós, e o próprio ser é problemático. Há algo da natureza da interrogação que se transfere para a resposta."

M. Merleau-Ponty

A Campanha no cenário nacional

A criação da Campanha se dá em uma conjuntura de pós-guerra, quando a intensificação da penetração econômica norte-americana se faz acompanhar por uma marcada influência política, científica e cultural, revestida por propostas e discursos carregados de ideologias. Estando a própria Campanha Nacional Contra a Tuberculose empenhada, desde o início, em manter e recuperar a força de trabalho, conforme declarações oficiais, deste propósito geral emanavam suas fontes do poder: o monopólio do saber médico relacionado à tuberculose, a autoridade para estabelecer a norma justa em matéria de luta contra a tuberculose, a função de distribuir dinheiro ou outras vantagens aos "de fora", bem como recompensas e punições aos "de dentro".

Do modo como se deu a institucionalização da luta contra a tuberculose, decorreu uma ambigüidade que perpassa toda sua trajetória: ao SNT, órgão burocrático inserido no MES, acoplou-se três anos depois a CNCT, à qual teoricamente integravam todas as entidades públicas e privadas que tinham por propósito o combate à tuberculose, encarregada de dar "projeção e visibilidade" ao combate à tuberculose, pela adesão de outros órgãos federais da área social, dos governos estaduais, das universidades, e de entidades particulares, assistenciais ou de pesquisa, mediante a disseminação de idéias, valores e normas de ação, acompanhada por uma área de execução direta e pela distribuição de recursos financeiros, de pessoal e de material. À Campanha deveu-se a criação de uma mística, à qual aderiu a maior parte das pessoas que se envolveram na luta contra a tuberculose, ao longo de quatro décadas, em relação à qual as pessoas ainda hoje vibram ao a ela se referirem.

A concepção de saúde pública em que se baseava essa Campanha, tendo como alvo o doente, era distinta daquela que norteou as campanhas sanitárias do início do século, baseadas em medidas sobre o ambiente; mas tanto esta como aquela representavam o racionalismo científico em luta contra a doença e a ignorância. Com o advento da CNCT, transferiu-se a liderança da luta contra a tuberculose, do âmbito da filantropia para o da intervenção maciça do Estado. Desde a sua criação, em 1946, a CNCT produziu poderoso impacto na administração hospitalar, nos programas de saúde pública e na formação e desenvolvimento de recursos humanos da área da saúde. Assim, é certo que a CNCT passará à História como modelo de eficiência organizacional e operativa, existente em um dado momento da administração sanitária brasileira.

Em meados deste século, como há cem anos, a tuberculose era uma doença mortal, e que acometia preferencialmente as pessoas enfraquecidas por privações, desregramentos ou aqueles que se supunha serem naturalmente propensas a contrair a doença. No imaginário coletivo, continuava a ser a doença cujo nome não se pronuncia, envolta em mitos e mistérios. Os Alpes suíços e a Mantiqueira paulista abrigavam estações que eram, ao mesmo tempo, de turismo e de cura da tuberculose. Os médicos da Campanha que tinham adoecido de tuberculose e as enfermeiras e os médicos que tinham caso de tuberculose na família, antes de entrar para a Campanha ou antes mesmo de se profissionalizarem, conheceram a doença nesta fase, quando o prognóstico era pessimista e a doença estigmatizante. As enfermeiras que tomaram contato com a tuberculose durante o curso de enfermagem, na visita domiciliar às famílias pobres do Rio de Janeiro, sentiram o peso dos problemas sociais sobre o tuberculoso e sobre o seu próprio trabalho.

Nos primeiros tempos da Campanha, nas décadas de 40 e 50, o ambiente dos sanatórios de tuberculose era marcado pela alta mortalidade e pelas dramáticas manifestações clínicas como a hemoptise e a insuficiência respiratória, que causavam reações de pânico e desespero nos próprios doentes afetados, nos outros doentes, e entre o pessoal de enfermagem, a quem cabia assistir todo o transcorrer dos episódios e também os óbitos, além de encarregar-se do cuidado do corpo morto. A Campanha inseriu-se no notável esforço de modernização dos hospitais brasileiros, que ocorria no país àquela época, segundo diretrizes emanadas dos Estados Unidos. Sanatórios de tuberculose vinham sendo construídos pelo governo federal e deveriam constituir uma das bases da luta contra a tuberculose, possibilitando o isolamento dos doentes e seu tratamento em condições ideais de clima, repouso e alimentação. E a estreptomomicina, descoberta anos antes nos Estados Unidos, começava a ser comercializada para todo o mundo. O tratamento cirúrgico inicial compreendia principalmente o pneumotórax, que por ter que ser renovado periodicamente durante meses ou anos, se transformava no ritual da dependência do tuberculoso ao médico; e a toracoplastia, que deformava drasticamente a imagem corporal e se constituía em estigma permanente, mesmo na eventualidade de uma cura.

Com o advento das drogas, foi possível desenvolver um novo modelo de luta contra a tuberculose, baseado na ação dispensarial, elaborado na cidade do Recife. A ação normativa da Comissão Técnica da CNCT e o trabalho das enfermeiras da Campanha sediadas naquela capital, que modificaram a proposta da Comissão, adequando-a às condições reais em que se desenvolviam as atividades de controle da tuberculose, criaram condições à implantação desse modelo nas capitais brasileiras, quando se apresentou uma conjuntura política favorável. O novo esquema mudou radicalmente o clima dos sanatórios: já não havia mortes tão freqüentes, mas o número de altas não aumentava significativamente; já não havia tantos quadros agudos, mas a população hospitalar entrou em estagnação; os doentes ficavam indefinidamente no hospital, terminando por bloquear os leitos; esta população mais ou menos fixada nos sanatórios e sem grandes expectativas de cura, após a euforia da melhoria inicial, trouxe sentimentos de desânimo e desesperança. A fase das ressecções pulmonares, totais ou parciais, iniciada com a possibilidade de cobertura medicamentosa, apesar de um risco operatório considerável, ofereceu a possibilidade de cura a muitos tuberculosos. As enfermeiras participavam ativamente de todas as fases do processo operatório: tinham grande empenho em convencer o doente a aceitar os

riscos cirúrgicos e atuavam intensivamente no pós-operatório imediato, quando praticamente a sobrevivência do paciente dependia delas; nessas circunstâncias, quando ocorria um óbito, muitas vezes entravam em conflito, pois se julgavam co-responsáveis pela decisão do doente e ressentidas com os cirurgiões que fizeram a indicação da cirurgia e "falharam" no alcance de seus objetivos. Com o desenvolvimento de esquemas terapêuticos mais adequados, a cirurgia pulmonar foi tendo indicações cada vez mais restritas, até seu abandono completo, iniciando-se o tratamento "difásico", em que o doente permanecia no hospital somente durante o período de tomada de medicamentos combinados, quando geralmente ocorria a negatização do escarro (até seis meses) e com isso tornou-se imperativo o "entrosamento dispensário-sanatório", no qual a enfermeira era peça-chave, ainda no trabalho "de convencimento". Com a prática das ressecções e dos esquemas de tratamento, aumentou a "mobilidade" dos leitos hospitalares, que passaram a poder atender de dois a quatro doentes por ano, com prioridade para aqueles do interior, sem possibilidades de tratamento na própria cidade.

As drogas antimicrobianas retiraram a carga de dramaticidade do diagnóstico (sentença fatal), do quadro clínico (consumpção), e epidemiológico da doença (a peste branca). Os sanatórios eram altamente normatizados nas instâncias de tempo e espaço e o principal agente desse controle era a enfermeira. Da fase cirúrgica do tratamento à fase estritamente medicamentosa, houve um deslocamento na responsabilidade pelo sucesso do tratamento, que primeiro era da dupla médico-enfermeira e passa a ser atribuída ao próprio doente; ao ocorrer o afastamento da enfermeira e do médico do corpo do doente, ocorre, ao mesmo tempo, a crescente culpabilização do doente que passa a ser conceituado como "faltoso", "não-colaborador", que "abandona" o tratamento, etc. A alta eficácia dos esquemas de tratamento específico colocou a descoberto as implicações sociais da cura e as falhas organizacionais dos serviços, pois agora a única condição para a alta era a execução dos tratamentos padronizados; enquanto que a obediência do doente às determinações do serviço de tuberculose muitas vezes não era viável, devido a um estilo de vida extremamente desfavorável a esta "colaboração"; por outro lado, as falhas no suprimento de insumos essenciais ao desenvolvimento do programa de controle da tuberculose respondiam pelos "fracassos" (percentuais de "abandono do tratamento pelos doentes", doentes tornados "resistentes às drogas").

A presença do tuberculoso torna-se cada vez menos escandalosa no recinto da ordem hospitalar e no âmbito da ordem social: a meta passa a ser controlar o comportamento do doente-tuberculoso em relação ao tratamento e o comportamento da tuberculose-doença na população. Com a evolução da tecnologia disponível para o tratamento da tuberculose, e a integração dos programas de controle da tuberculose nos serviços gerais de saúde, o modelo de enfermeira que trabalhava em tuberculose foi deixando de ser o de uma "especialista" na área, para ser muito mais o da enfermeira de saúde pública que, por sua vez, transforma-se em planejadora de saúde, atuando na sede nacional e no nível central das secretarias de saúde, em equipes multiprofissionais.

Com a expansão da cobertura e interiorização do programa de controle da tuberculose, os tratamentos passaram a ser feitos quase que exclusivamente fora dos sanatórios (dispensários de tuberculose, centros de saúde e ambulatorios), que aos poucos foram ampliando seu escopo

para outras pneumopatias, outras doenças transmissíveis e clínicas básicas; grande parte dos sanatórios terminou por se transformar em hospitais gerais universitários. Ao mesmo tempo, a hegemonia da previdência na área da saúde fez com que o MS perdesse o controle dos programas de controle da tuberculose no país. Por outro lado, com a diminuição da importância da tuberculose como problema de saúde pública, o câncer assume tanto o papel de metáfora da época como a primazia nos programas do MS, passando inclusive a ocupar a antiga sede do SNT, no casarão da rua do Rezende.

Em consequência da instabilidade política do país, no período de trinta anos (1947-1977), durante o qual existiu um órgão de enfermagem na CNCT, tivemos onze presidentes da república e vinte e cinco ministros na pasta da saúde (dos quais menos da metade chegou a ficar dois anos no cargo). As mudanças no MES/MS afetavam diretamente toda a vida institucional da Campanha; no mesmo período, houve dezessete diretores/superintendentes da Campanha (dos quais cerca da metade passou menos de dois anos no cargo). A turbulência política atingia mais diretamente os cargos de ministro e de diretor/superintendente da Campanha, considerados como cargos políticos até o advento do governo militar, em 1964, quando passaram a ser ocupados por pessoas mais ou menos estranhas à vida pública do país. Não obstante, a existência da Comissão Técnica, suas vinculações com as agências internacionais especializadas, bem como a permanência de um mesmo presidente por quase vinte anos, deram à CNCT uma garantia de coerência e continuidade, ao tempo em que possibilitaram que a atuação da enfermeira-supervisora alcançasse grande destaque na implantação das normas dela emanadas.

O órgão central de enfermagem na Campanha

Nos trinta anos da enfermagem na CNCT, passaram onze chefes pela/o SOC (dos quais nove estiveram dois ou mais anos no cargo) e treze chefes pelo serviço de enfermagem (das quais dez ocuparam o cargo por dois ou mais anos). A partir da década de 60, apesar do aumento quantitativo das supervisoras na Campanha, observa-se um enfraquecimento da enfermagem. Enquanto que de 1947 a 1960 houve apenas três chefes de enfermagem (média de 4,3 anos), de 1961 a 1977, houve dez chefes de enfermagem (média de 1,6 anos), enquanto houve um equilíbrio entre o número de diretores, nos dois períodos considerados (oito e nove). Por outro lado, em duas oportunidades foram chamadas chefes de fora da Campanha, para resolver crises de liderança.

Intimamente relacionado ao processo de desconstrução do mito da tuberculose, ocorreu o desenvolvimento do serviço de enfermagem no seio dessa instituição, onde entre as principais funções da enfermeira-supervisora figuravam as de desenvolvimento de recursos humanos, as de ordem administrativa e, mais recentemente as de pesquisa. Essas supervisoras atuaram ao longo do tempo como agentes estratégicos de implantação de diretrizes de controle da tuberculose, emanadas do nível central, de acordo com a política vigente a cada época. Essa atuação se fazia nos serviços de administração direta da Campanha, mas também, e com igual intensidade, junto às secretarias estaduais de Saúde. Daí a permanente atividade de reorganização e supervisão

de serviços desenvolvida por essas enfermeiras, que praticamente tinham a função de garantir a contrapartida técnica e política das verbas concedidas pela CNCT a essas secretarias, ainda que elas não tivessem a clareza suficiente das implicações de suas ações e das forças em jogo.

Para a manutenção do padrão organizacional dos serviços de tuberculose, desenvolveu-se uma prática de supervisão centralizada e centralizadora, cuja figura-chave era a enfermeira supervisora. Esse modelo influenciou a configuração do perfil profissional da enfermeira brasileira, e por vários meios: em seus primeiros tempos a Campanha contribuiu decisivamente para a formação de enfermeiras, mediante a estratégia de concessão de bolsas de estudo, totalmente administradas pelas escolas de enfermagem; além disso, os sanatórios da CNCT, principalmente nos vinte primeiros anos de existência da Campanha, em todo o país, serviram como campos de prática às escolas de enfermagem e também muitas enfermeiras da Campanha lecionavam nessas escolas; ademais, durante todo o período analisado, um grande contingente de profissionais de enfermagem participou dos numerosos cursos, seminários e estágios promovidos pela Campanha, que apresentava, entre suas características mais marcantes, uma prática de educação permanente, que lhe garantiu sempre um alto grau de vitalidade.

A Campanha chegou a ter em sua folha de pagamento centenas de enfermeiras, auxiliares hospitalares e visitadoras sanitárias, por ela remuneradas ou que recebiam uma complementação salarial por participarem da luta contra a tuberculose. Os hospitais de administração direta ou indireta da Campanha apresentavam uma concentração de enfermeiras-chefes só raramente observada nos hospitais brasileiros na década de 40 (ex: Hospital das Clínicas da USP/, Hospital dos Servidores do Estado/HSE, do Ipase). As enfermeiras-chefes de unidades de internação dos sanatórios da Campanha exerciam funções eminentemente administrativo-gerenciais, que a investiam de um grande poder nas decisões cotidianas, tornando-a uma presença extremamente forte no ambiente hospitalar. A fase de implantação da rede dispensarial nas capitais brasileiras também foi vivida em clima de epopéia pelas enfermeiras do nível central, quer fossem da "equipe itinerante", quer fossem "supervisoras".

Na década de 70, com as propostas de "extensão de cobertura" e de "integração das atividades de tuberculose", o trabalho da supervisora perde sua especificidade, e o trabalho de supervisão adquire características de acompanhamento de programa e assessoria técnica às secretarias de saúde, executado em equipe. Nesta nova situação a enfermeira supervisora tinha que enfrentar a concorrência de outros profissionais, principalmente a do médico, "a priori" mais bem conceituado, ainda que despreparado para a função. Nesta fase, as supervisoras ampliaram sua área de competência técnica, tornando-se peritas no que se refere à prova tuberculínica e à vacinação intradérmica. As rupturas que determinam a crise da enfermagem brasileira, como a reforma universitária de 1968, as reformas administrativas do MS e das secretarias estaduais de saúde da década de 70, que extingüiram os respectivos órgãos de enfermagem, a reforma sanitária de 1988 e o acirramento da luta pelo mercado de trabalho no interior do setor saúde, e entre homens e mulheres, além de impedirem à supervisora da Campanha manter sua posição de representante da instituição junto às secretarias de saúde, fizeram com que esse grupo não deixasse sucessoras.

O relevo que teve a enfermagem na CNCT, sua expansão e permanência foram delimitadas por condições historicamente dadas como a evolução política do país, o progresso tecnológico e o perfil epidemiológico da tuberculose. A enfermagem da Campanha, enquanto prática social, deu-se no interior de um processo de medicalização no campo da saúde e de uma condição de desigualdade vivida pela mulher na sociedade brasileira. Mas, em cada época, as enfermeiras supervisoras trataram de aproveitar oportunidades e brechas para exercer o poder, buscar suas metas de desenvolvimento profissional e se afirmar enquanto pessoas.

A identidade da enfermeira da Campanha

O modelo nightingaleano, implantado no Rio de Janeiro na década de 20, criado na Inglaterra vitoriana e repassado ao Brasil pelos Estados Unidos, guardava as marcas das instituições militares e das religiosas para mulheres. O modelo de escola de enfermagem trazido pelas enfermeiras americanas trazia como novidade a inspiração do movimento de saúde pública, que após a 1ª guerra ganhou grande impulso nos Estados Unidos, em relação ao modelo nightingaleano, eminentemente hospitalar. O deslocamento do centro de interesse ocorrido no modelo de enfermeira trazido pelas americanas para a capital do Brasil alterou substancialmente o espaço e o cenário profissionais. Em contraste com as enfermeiras hospitalares, que circulavam nas enfermarias com seus vestidos brancos, com o respaldo permanente dos médicos, e a cuja atuação ofereciam um apoio decisivo, as enfermeiras de saúde pública transitavam desacompanhadas por toda a cidade, penetrando nos domicílios, com seus uniformes de linho escuro, chapéu de abas largas e maleta de couro, e cuja presença simbolizava a autoridade sanitária.

No entanto, a formação da enfermeira da Campanha nas escolas de enfermagem brasileiras, muitas vezes pertencentes a ordens religiosas católicas, reforçava os traços inerentes ao modelo nightingaleano e à mística feminina. O advento da Superintendência de Enfermagem da CNCT veio reforçar e ampliar a tendência da utilização da enfermeira como administradora, encarregada de adestrar seu pessoal, organizar os espaços e a ambiência hospitalar e fazer a supervisão de funcionários e doentes. Pois, embora a enfermagem moderna houvesse sido implantada dentro do Departamento Nacional de Saúde Pública, há cerca de duas décadas, a essa altura, aquele modelo de saúde pública, fortemente apoiado no trabalho das enfermeiras-visitadoras, havia entrado em decadência, e considerável contingente de mão de obra de enfermagem já estava empregada em hospitais e os cursos de enfermagem formavam profissionais voltados predominantemente para esta área. E ainda que as escolas enfatizassem o ensino para o cuidado dos pacientes, os serviços que empregavam enfermeiras as destinavam principalmente à organização, à chefia e à supervisão.

Apesar da comunhão de ideais entre escola de enfermagem e Campanha Nacional Contra a Tuberculose, desde o início esta instituição necessitava que suas enfermeiras desempenhassem aquilo que, na década de 70, o Conselho Internacional de Enfermagem viria a denominar de *papel ampliado* (*expanded role*) da enfermeira, e principalmente no que se refere à elaboração de normas, ao planejamento e à avaliação de projetos e programas, ao treinamento

e à supervisão de pessoal, ao gerenciamento de pesquisas e à assessoria técnica, à consulta de enfermagem e ao acompanhamento dos casos de tuberculose, pois o *cuidado de cabeceira* desde o início ficou quase que inteiramente delegado às *auxiliares hospitalares*, formadas nos próprios sanatórios da Campanha. A prestação de cuidados diretos pela enfermeira sempre ficou restrito aos setores ligados à cirurgia e aos doentes em crise, inclusive como política institucional explícita, conforme os princípios administrativos de divisão vertical do trabalho, atendendo a critérios de racionalidade, eficiência e produtividade. Assim, enquanto que em relação ao médico a Campanha envidava esforços para formar especialistas (tisiologistas), no que se refere às enfermeiras, o que se desejava era acentuar sua competência administrativa.

A enfermeira representava o papel de agente da ordem institucional: seu espaço profissional era amplo, permanente e decididamente ocupado, o que representava uma presença extremamente forte e vigilante; o processo de socialização ocorrido em seus lares, sua formação profissional e as expectativas de papel na CNCT coincidiam no essencial, isto é, na ênfase no cumprimento das normas; o comportamento aprovado pela moral da classe média, com seus ideais de preservação "da moral e dos bons costumes" e suas aspirações de refinamento cultural e social, reproduz-se idealmente no espaço profissional sob a forma de "comportamento ético" e da observância de uma etiqueta institucional.

A valorização da presença da enfermeira da Campanha nos estados correspondia ao que ela representava e não à sua própria pessoa, que enquanto mulher, solteira muitas vezes, enfermeira, da pequena classe média, era pressionada pelo pessoal local a conformar-se ao papel tradicional da enfermeira, no qual se reproduziam as relações sociais de gênero vivenciadas no âmbito familiar. Para as autoridades estaduais uma mulher, jovem, enfermeira, representava uma ameaça menor à sua autoridade e sempre havia a possibilidade de conquistar sua simpatia ou de se queixar "a quem de direito", e negociar o não cumprimento de alguma medida a ser por ela tomada. Apesar das restrições à sua atuação, o desempenho do papel de supervisora da Campanha dava a essas enfermeiras uma sensação de prestígio e poder de que dificilmente teriam gozado até então, sem que as mesmas se dessem conta de que as forças que as impulsionaram, em dado momento poderiam lhes faltar.

Ainda que as características dessa supervisão se tenham alterado com as políticas de trabalho vigentes a cada época, de acordo com as mentalidades e com a tecnologia disponível para o controle da doença, não mudaram tanto as características das supervisoras, parecendo, ao contrário, terem permanecido mais ou menos constantes. As enfermeiras-supervisoras constituíam um grupo bastante homogêneo, quanto a diversos atributos como gênero, naturalidade, classe social de origem e estilo de formação profissional. O processo de adestramento a que eram submetidas na CNCT, a posição que ocupavam em sua estrutura organizacional, bem como os papéis por elas desempenhados, também influenciaram seus modos de ser e de pensar, embora existissem linhas de diferenciação entre elas, e pontos de oposição ou de contradição, entre enfermeiras de sanatório e enfermeiras de dispensário, entre equipe itinerante e supervisoras, e entre os sub-grupos afiliados a diferentes grupamentos de médicos.

A participação da enfermagem na elaboração de políticas e diretrizes era praticamente nula. Ao contrário, sempre foi muito forte sua atuação normativa e disciplinadora, não só no espaço próprio da enfermagem, mas também no espaço onde o médico exercia sua hegemonia. Esta interferência na área médica era, ao mesmo tempo, fonte de permanentes atritos e razão de ser de sua presença no serviço, ou seja, exercer as pressões consideradas necessárias à conformação daquele serviço à orientação da Campanha. Por isto, enquanto que no espaço da unidade de internação do sanatório, médico e enfermeira poderiam reproduzir as relações de gênero numa situação harmoniosa, ao estilo de um "casal feliz", no cenário dispensarial essas relações se caracterizavam pelo conflito e pelo confronto, reproduzindo o tipo de relações de gênero ao estilo de um "casal infeliz".

A maioria das enfermeiras vivia intensamente o jogo de forças políticas internas à Campanha; no entanto, embora expectadoras de eventos políticos dramáticos, como de resto toda a população urbana, estes eventos não se tornaram referências fundamentais para suas carreiras. As enfermeiras da Campanha, mulheres de classe média e funcionárias públicas, não tinham militância partidária, e embora tivessem suas preferências políticas, evitavam expor suas opiniões, ou porque não dispusessem de um conjunto coerente de argumentos, ou porque procurassem evitar as conseqüências negativas das mudanças políticas. De acordo com sua ideologia profissional e a mística da Campanha, acreditavam na força de sua intervenção para resolver o problema da tuberculose, apesar de conhecerem muito de perto a correlação positiva entre pobreza e tuberculose. A ausência de questionamentos sobre o papel do Estado em relação à saúde, e sobre o papel da mulher na sociedade caracterizam seu alheamento do debate de questões pertinentes à cidadania.

A inserção da supervisora na instituição ocorria por via de uma participação "emotiva e vibrante", com forte identidade comum, em relação ao grupo de supervisoras, e forte coesão interna em relação ao grupo da Campanha (nós, os de dentro *versus* eles, os de fora). A adesão permanente aos propósitos da instituição se fazia mediante um jogo de sucessivas e alternadas imposições e recompensas, que levava a supervisora a experimentar sentimentos ambivalentes de amor e ódio, em relação à instituição. A dificuldade que tiveram as supervisoras de responder, de um ponto de vista técnico-burocrático, se a Campanha valeu a pena, parece decorrer da natureza político-ideológica desta. Pode-se dizer que as supervisoras atuaram muito mais no âmbito da Campanha do que do serviço: praticamente todas foram admitidas pela verba 3; a superintendência, depois setor e seção de enfermagem pertenciam à Campanha, até à década de 70; o treinamento das supervisoras apresentava um forte componente ideológico e sua principal função referia-se à inculcação das normas da Comissão Técnica da CNCT no pessoal (treinamento e supervisão) e à implantação nos serviços (organizações e reorganizações).

A dispersão das enfermeiras no interior da instituição, após a extinção da seção de enfermagem e a dispersão da luta contra a tuberculose para unidades sanitárias, em todo o território nacional, após a eliminação dos programas verticais de controle das doenças abalaram profundamente a posição da enfermeira supervisora da Campanha, que não conseguiu se recompor no contexto da nova política de saúde. De uma supervisora para outra, varia o grau de consciência dos motivos que levaram à perda do espaço profissional da enfermagem no interior da CNCT.

As enfermeiras da Campanha, não obstante as peculiaridades de sua atuação, ao longo dos trinta anos de existência do serviço de enfermagem da CNCT, conforme o avanço tecnológico e as políticas de trabalho vigentes a cada época, representam um grupo bastante homogêneo e coeso. Mesmo após sua dispersão as ex-integrantes do grupo de supervisoras de enfermagem da Campanha continua se reconhecendo como diferenciado das enfermeiras que ingressaram na Campanha depois de 1977 e da comunidade geral de enfermagem. A CNCT, ao tempo em que usou a supervisora como uma figura substituta para representar a Campanha junto aos serviços de saúde, representou importante espaço de liberação econômica, ascensão social e realização pessoal para centenas de mulheres de classe média, contribuindo para a profissionalização da mulher e para o avanço da enfermagem no Brasil. A enfermagem em tuberculose, através das figuras da enfermeira-visitadora da década de 20 e 30, da enfermeira-chefe de unidades sanatoriais das décadas de 40 e 50, da enfermeira de dispensário de tuberculose e da supervisora, das décadas de 60 e 70 se constitui como uma das raízes da identidade da enfermeira brasileira.

BIBLIOGRAFIA

- ADEODATO, Sérgio. Rio está se transformando na capital da tuberculose. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 19 ago. 1991. 1^o Caderno, p. 11.
- ALA FEMININA AUXILIAR CONTRA A TUBERCULOSE (AFA). Relatório de 1950. Maria Adelaide Moraes de Paula Souza. Rev. Bras. de Tuberculose, Rio de Janeiro, n.1 a 6, p. 251-254, jan./jun. 1951.
- ALBUQUERQUE, J.A. Guilhon. Instituição e poder. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- ALBERTI, Verena. História Oral: a experiência do Cpdoc. Rio de Janeiro, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Fund. Getúlio Vargas, 1989, 202 p.
- ALCÂNTARA, Glete de. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto: USP — Escola de Enfermagem, 1966 (Tese de Concurso para Prof. Titular).
- ALVES, Branca Moreira, PITANGUY, Jacqueline. O que é feminismo. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985. 77 p.
- ANDERY, M.A. et al. Para compreender a ciência — uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/EDUC, 1988.
- ÂNGELO, Ivan. A década aflita — 1980-90. Isto É/Senhor, 29 jan. 1992. p. 217-240.
- ARENDT, Hannah. A condição humana. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Florence-Universitária, 1987. 338 p.
- AROUCA, Antonio Sergio da Silva. O dilema preventivista. Dissertação (Doutorado) — Faculdade de Medicina/UNICAMP, 1976.
- . A história natural das doenças. A Saúde em Debate. São Paulo: CEBES, v.1, p. 15-19, 1976.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (Brasília). Diretrizes para a enfermagem no Brasil, 1956/1958. Relatório Final. Brasília, 1980. 403 p.
- AZEVEDO, Antonio Carlos do Amaral. Dicionário de nomes, termos e conceitos históricos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- AZEVEDO, A.S.de et al. A prova tuberculínica e sua utilização no Brasil. Apresentado ao 21^o Congresso Brasileiro de Enfermagem. Porto Alegre, out., 1969. 13 p.(mimeo).
- BADINTER, Elisabeth. Um é o outro; relações entre homens e mulheres. Trad. de Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- BANDEIRA, Manoel (org.). Poesia do Brasil. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1963.
- BANDEIRA, Manoel. Apresentação da poesia. Rio de Janeiro: Ed. Ouro, 1964.
- . Meus poemas preferidos. Rio de Janeiro: Ed.Ouro, 1966.
- . Antologia dos poetas brasileiros da fase romântica. Rio de Janeiro: Ed. Ouro, 1964
- BAPTISTA FILHO, Zito. A ópera. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
- BAPTISTA, Suely de Souza. O avesso da convivência: o estudante de enfermagem no Ciclo Básico. 194 p. Dissertação (Livre Docência). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1988.
- BARTHES, Roland. Mitologias. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989. 181 p.
- BASTOS, Murilo Vilela. A enfermagem e o Sistema Nacional de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30, 1978, Belém. Anais ... p. 11-12.
- BENCHIMOL, J.L. (Coord.). Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle époque. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz. 1990. 248 p.
- BENITEZ, Maria Matilde, LATAPI, Pablo, TEZOQUIPA, Isabel et al. Sociologia de una profesion: el caso de enfermería. México: Centro de Estudios Educativos, 1985.
- BENJAMIN, Walter. Obras escolhidas; magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense, 1985. 253 p.

- BENTES, Ivana. Realismo político de um romântico. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, Idéias: Livros & Ensaios, p. 8-9.
- BERTAUX, Daniel. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. Cahiers Internationaux de Sociologie, v.69, n.especial: Histoire de vie et vie sociale, p. 197-225, 1980.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. O tuberculoso e seu estigma: entre a literatura e a mitologia. In: 2ª ENCONTRO DE HISTÓRIA E SAÚDE, 5-9 out. 1987. Resumos, p.1.
- BETTELHEIM, Bruno. A psicanálise dos contos de fada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 366 p.
- BLUNDI, Edmundo. Ação antituberculose em nível nacional. Prefácio. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Tuberculose, 1971. 42 p.
- . Discurso de transmissão do cargo de diretor da DNT. Rio de Janeiro, 1973 (Documento original).
- BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (Coord.) et al. História e Saúde Pública: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. 211 p. (Memória da Saúde Pública, 22).
- BOLTANSKI, Inc. As classes sociais e o corpo. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 191 p.
- BOSI, Ecléa. Memória e Sociedade: lembranças de velhos. São Paulo: T.A. Queiroz/EDUSP, 1987. 402 p.
- BRAGA, José Carlos de Souza, PAULA, Sergio Góes. Saúde e Previdência: estudos de política social. 2. ed. São Paulo: 1986. 224 p. (Saúde em Debate).
- BRASIL. Ministério da Saúde, Justiça e Negócios Interiores. Departamento Nacional de Saúde Pública. A enfermeira moderna; apelo às moças brasileiras. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas da Inspeção de Demografia Sanitária, Educação e Propaganda, 1922.
- . Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Programa para a "Campanha Nacional Contra a Tuberculose" (Raphael de Paula Souza). Rio de Janeiro, 1947. 124 p.
- . Ministério da Educação e Saúde. Divisão Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Tuberculose durante o ano de 1949; apresentado pelo respectivo diretor, dr. Raphael de Paula Souza ao diretor geral do Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1951.
- . Ministério da Educação e Saúde. Divisão Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Casa de Oswaldo Cruz. Revista Brasileira de Tuberculose. n.9 e 10, set-out, 1951. p. 608.
- . Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Comissão Técnica. Dispensário de Tuberculose: estrutura e funcionamento, padronização de métodos e classificação. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Tuberculose, 1958. 189 p.
- . Ministério da Saúde. Enfermagem: Leis, decretos e portarias. 2.ed. Rio de Janeiro: SESP, 1959. 323 p.
- . Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Programa de Ação do SNT. Revista Nacional de Tuberculose, v.5, n.19., 3º trim. 1961.
- . Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Tuberculose. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Leis, decretos e portarias. Rio de Janeiro, 1966. 199 p.
- . Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Tuberculose. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Comissão Técnica. Ação Antituberculose a Nível Nacional. Rio de Janeiro, 1971.
- . Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Tuberculose. Reestruturação da Comissão Técnica da CNCT. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, v.15, n.59. 1971.
- . Ministério da Saúde. MPAS. Ação antituberculose a nível periférico. Brasília, 1974. 120 p.
- . Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programas de controle da tuberculose, 1979. 21 p. (xerocópia)
- . Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. A política de controle da tuberculose no Brasil: do Serviço Nacional de Tuberculose à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária; Relatório DNPS/SNPES/MS, 1981. 167 p.

- . Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Unidade de Atendimento Especial. Programa de controle da tuberculose em área indígena. Rio de Janeiro, 1981.
- . Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Relatório de 1982. 28 p. (Cópia xerográfica).
- BRESCIANI, Maria Stella M. Londres e Paris no século XIX. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- BRINK, Pamela J. Natural Triad in Health Care. American Journal of Nursing, v.72, n.5, p. 897-899, May, 1972.
- CAMARGO, Aspásia. Programa de história oral. Catálogo de depoimentos. Introdução e apresentação. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/CPDOC, 1981. 208 p.
- CARDOSO, Athos Eichler. O que é aventura. São Paulo: Brasiliense, 1987. 83 p.
- CARDOSO, Irede. Mulher e trabalho: discriminações e barreiras no mercado de trabalho. São Paulo: Cortez, 1980. 104 p.
- CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Quando a madrugada chegar esta noite será memória também: a construção de fontes orais e a historiografia; um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. Rio de Janeiro, UFRJ, 1989. 434 p.
- CARPEAUX, Otto M. Uma nova história da música. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1967.
- CARR, E.H. Que é história? 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 130 p.
- CARUSO, Igor. A separação dos amantes. São Paulo: Cortez, 1981. 353 p.
- CARVALHO, Amalia Corrêa. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. (Tese de doutoramento). Esc. Enf. da USP. São Paulo, 1972.
- . A docente de enfermagem como modelo a ser imitado. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.527-531, out/dez. 1973.
- CARVALHO, Anayde Corrêa. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976: documentário. Brasília: ABEn, 1976.
- CASTELLO BRANCO, Carlos. A península dos ministros. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 13 abr. 1990. 1º Caderno — Coluna do Castelo, p.2.
- CASTRO, Ieda Barreira e., BEZERRA, Stella do Valle. Enfermagem nos dispensários de tuberculose do Recife. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, n.6, p.569-574, 1961.
- CASTRO, Ieda Barreira e. Aspectos críticos do desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado. Rio de Janeiro: Gráfica da UFRJ, 1977 (Tese de Mestrado — UFRJ, 1975).
- . A formação de profissionais de enfermagem e os programas de controle da tuberculose. Dissertação (Livre Docência). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1976. 261 p.
- . O papel social do enfermeiro: realidade e perspectiva de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34º, 1982, Porto Alegre. Anais ... Porto Alegre: ABEn, 1982.
- . Programa básico de enfermagem: plano de ação 1991. Brasília: CNPq, COCS, CA/SC, 24 p. (cópia xerográfica).
- CASTRO, Ieda Barreira e. et al. Processo de trabalho em enfermagem: o caso de Curicica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 6º, 1991, Rio de Janeiro. Anais ... Rio de Janeiro: ABEn, 1992 (em impressão).
- CERQUEIRA FILHO, Gisálio. Análise social da ideologia. São Paulo: EPU, 1988. 54 p.
- CHAUÍ, Marilena. Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. 179 p.
- . Participando do debate sobre mulher e violência. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. (Perspectivas Antropológicas da Mulher, 4).
- CHAVES, Mário M. Saúde & Sistemas. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978.

- CHIARELLO, Filomena. Enfermagem de tuberculose em serviço de saúde pública e hospitalar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 4., 1951, São Paulo. Anais ... v.1, p. 77-86.
- CIETTO, Luiz. Decretada a extinção do atendente de enfermagem. Análise exegética do Decreto-Lei nº 299/67. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p. 379-588, dez. 1968.
- COIMBRA, Luiz Octávio. Filantropia e racionalidade empresarial (a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920). Rev. Rio de Janeiro, Niterói, v.1, n.3, p. 41-59, mai/ago. 1986.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem Brasileira em defesa de seus direitos. Rio de Janeiro, 1980.
- CORDEIRO, Delzuite de Souza. Resenha histórica da enfermagem no Brasil — HG Dourado. Registro bibliográfico. Revista Brasileira de Tuberculose, Rio de Janeiro, n.7 e 8, p. 406-418, jul/ago. 1951.
- CORDEIRO, Hesio de A. Políticas de saúde no Brasil (1970-1980). 2.ed. In: IBASE. Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1983. p. 83-90.
- . A indústria da saúde no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 229 p.
- CÔRTEZ, Soraya M.V. Os serviços estaduais de saúde antes de 1940. Boletim da Saúde (Escola de Saúde Pública. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente). Porto Alegre, v.11, n.2, p.32-38, dez. 1984.
- COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutes e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, 1984. 25 p. (Cópia xerográfica).
- . Considerações sobre a tendência da tuberculose no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p. 313-326, jul./set. 1985.
- COSTA FILHO, David Capristano da. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. Saúde em Debate, n. 6, p. 65-66, jan/mar. 1978.
- COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, 5).
- COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes/Rio de Janeiro: Abrasco, 1985.
- CUNHA, Luiz Antônio. A universidade crítica: o ensino superior na República Populista. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983; 260 p. (Coleção Educação em questão).
- DANTAS, José Maria de Souza. Lingua(gem), literatura e comunicação. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1974. 314 p.
- D'AVILA NETO, Maria L. O autoritarismo e a mulher: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil. Rio de Janeiro: Achiamé, 1978. 126 p.
- DEBERT, Guita G. Problemas relativos à utilização da história de vida e história Oral. In: DURHAM, Eunice R. et al. A aventura antropológica: teoria e pesquisa. Ruth C.L.Cardoso (org.). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 141-156.
- DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: Estudo de psico-patologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987.
- DELLA CUNHA. Eros oprimido: a ideologia da repressão sexual feminina. Natal: UFRN — Ed. Universitária, 1989. 110 p.
- DEMO, Pedro. Introdução à metodologia da ciência. São Paulo: Atlas, 1987. 118 p.
- DONNANGELO, M. Cecilia F. Medicina e Sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DOUTRELAUX, A., WATTE, P. Interdito. In: THINES, Georges, LEMPEREUR, Agnes. Dicionário Geral de Ciências Humanas. Lisboa: Ed. 70, 1984.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Identidade social e padrões de agressividade verbal em um grupo de trabalhadores urbanos. In: LEITE LOPES, José Sergio (org.). Cultura & identidade operária. Rio de Janeiro: UFRJ, Museu Nacional/Ed. Marco Zero, 1987. p. 37-51.
- DURAN, Maria Angeles. A dona de casa: crítica política da economia doméstica. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- ELIADE, Mircea. Mito e realidade. São Paulo: Perspectiva, 1991. 179 p.

- FEIJÓ, Martin Cezar. O que é herói. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- FERNANDES, Reginaldo. Discurso de posse como diretor do Departamento de Tuberculose da Prefeitura do Distrito Federal. Revista Serviço Nacional de Tuberculose, n. 1 a 6, p. 275-278. jan./jun. 1951.
- FLORENCE, J. Freud, Sigmund. In: THINÈS, Georges, LEMPEREUR, Agnès (orgs.). Dicionário Geral das Ciências Humanas. Lisboa: Edições 70, 1984.
- FONTENELLE, J.P. A enfermagem de saúde pública: sua criação e desenvolvimento no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Canton & Reile Gráf., 1941.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FRAENKEL, Edith de Magalhães. Rachel Hadock Lobo. Anais de Enfermagem, n.11, dez., 1933. In: Enfermagem: dois símbolos, dois nomes. São Paulo: Instituto Pinheiros, [s.d.]. 18 p.
- FRAGA, Clementino. Introdução ao Relatório dos Serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. Arquivos de Higiene. Rio de Janeiro, DNSP, v.2, n 1, p. 214-215, mai. 1928.
- FRAGA, Hélio. Contribuição ao estudo da quimioterapia da tuberculose pulmonar. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil/Instituto de Tisiologia e Pneumologia, 1961. 188 p.
- . Carta dirigida em 24/8/71 ao diretor da Divisão Nacional de Tuberculose, Dr. Edmundo Blundi. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, v.15, n.59. (separata p. 5-7).
- FUNDAÇÃO Carlos Chagas. Mulher brasileira: bibliografia anotada. São Paulo: Brasiliense, 1979.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Dicionário histórico-biográfico: 1930-1983. Israel Beloch e Alzira Alves de Abreu (Coords.). Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1984. 4 v.
- GALDINO, Alferes. Realizações da Campanha nos estados. Revista Brasileira de Tuberculose, n. 1 a 6, p. 201-213, jan./jun. 1951.
- GARCÍA, Juan C. La educación médica en la America Latina. Washington, D.C.: Oficina Sanitária Panamericana, 1972. 413 p. (Publicación Científica, 255).
- . A articulação da medicina e da educação na estrutura social. IN: NUNES, Everardo Duarte (org.). Pensamento social em saúde na América Latina, Rio de Janeiro: Cortez, 1989.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica, a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Escola Nacional de Saúde Pública. Textos de Apoio: Epidemiologia, n. 1. Rio de Janeiro: Abrasco, 1985. p. 31-86.
- GRAVE, João, NETTO, Coelho (orgs.). Lello Universal — Novo Dicionário Encyclopédico Luso-Brasileiro. Porto: Lello & Irmão Editores. 4 v. [s.d.].
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HALBWACHS, Maurice. Les cadres sociaux de la memorie. Paris: Mouton ed., 1976. 298 p.
- HIJJAR, Miguel Aiub. Aspectos do controle da tuberculose numa população favelada — favela do Escondidinho. Rio de Janeiro, 1985. (Tese de Mestrado / UFRJ).
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. Raízes do Brasil. Prefácio de Antônio Cândido. 17.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1984. 158 p.
- HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU/Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. 99 p.
- INFORME COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN TUBERCULOSIS, 8. Octavo informe. Genebra, OMS, 1964. (Informe Técnico, n.290).
- JAPIASSU, Hilton, MARCONDES, Danilo. Dicionário básico de filosofia. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1990.
- KUBITSCHKE, Juscelino. Discurso de abertura do 12. Congresso Panamericano de Tuberculose. Revista do Serviço de Tuberculose, v. 4, n. 15. 1960.
- LAJOLO, Marisa. Monteiro Lobato. São Paulo: Brasiliense, 1985. 92 p. (Coleção Encanto Radical, 72).

- LARIZZA, Mirella. Pauperismo. In: DICIONÁRIO DE POLÍTICA. 2. ed. (Trad. João Ferreira et al.) Brasília: Universidade de Brasília, 1986. p. 909-910.
- LAUWE, Paul Henry Chombart de. Imagens da mulher na sociedade. São Paulo: Ed. Senzala, 1967. 217 p.
- LEBRUN, Gérard. O que é poder. São Paulo: Brasiliense, 1984. 122 p.
- LEFÈVRE, Fernando. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez, 1991.
- . O medicamento como mercadoria simbólica; entrevista. Bol. Abrasco, V.9, P.5, ABR./JUN., 1991.
- LEITE, Miriam Moreira. Iniciação à história social contemporânea. São Paulo: Cultrix, 1980.
- LEPARGNEUR, Hubert. O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade. Campinas: Papirus, 1987. 208 p.
- LIMA, Izaura Barbosa. Desenvolvimento da enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública/Departamento de Administração de Saúde, 1968 (cópia xerográfica).
- LIMA, Laurênio Lins. Atividades de luta contra a tuberculose integradas nos programas gerais de saúde pública. (Experiência da FSesp). Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, v.13, n.49, p. 33-48, jan./mar. 1969.
- . Ação programada de vacinação BCG intradérmico. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, v.16, n.61, p. 12-65, jan./mar. 1972.
- . O tratamento ambulatorial nos programas de controle da tuberculose no Brasil. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, v. 16, n. 64, p. 440-454, out/dez. 1972.
- . A vacinação BCG intradérmica em alérgicos e analérgicos. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, v. 17, n. 68, p. 421-431, out/dez. 1973.
- LIMA, Maria José de. As questões de gênero no âmbito da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 6ª, 1991, Rio de Janeiro. Anais ... Rio de Janeiro: ABEn, 1992 (em impressão).
- LIMA, Valentina da Rocha (Coord.). Getúlio: uma história oral. Rio de Janeiro: Record, 1986. 321 p.
- LIRA, Nazareth F. de, BONFIM, Maria Eliza S. História da enfermagem e legislação. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica, 1989. 68 p.
- LISBOA, Luiz Carlos. Pequeno guia da literatura universal. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1986. 399 p.
- LODI, João Bosco. História da administração. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1977. (Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios).
- LOPES, Oscar, MARTINS, Julio. Manual elementar de literatura portuguesa. 5. ed. Lisboa: Livro Didático Ed., 1966.
- LOPEZ, Luiz Roberto. História do Brasil contemporâneo. 3. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987. 152 p. (Série Revisão, 3).
- LORENZETTI, Jorge. A nova lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. Brasília, Revista Brasileira de Enfermagem, v. 40, n.2/3, p. 167-176abr./set. 1987.
- LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- LUZ, Madel T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LUZ, Madel T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" — anos 80. Rio, Physis — Revista Saúde Coletiva, v.1, n.1, 1991.
- MAHLER, H. Message by Director General World Health Organization. International Union Against Tuberculosis/World Health Organization. Defeat TB — Now and forever, 1982. Centenary of the discovery of the bacillus of tuberculosis by Robert Koch.

- MAIO, Marcos Chor, BRITO, Nara. Lembranças de um líder ferroviário sobre assistência médica no Brasil; entrevista com Batistinha. Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz, v.1, n.1, p.77-83, nov.1989.
- MANN, Thomas. A montanha mágica. 6. ed. Trad. de Herbert Caro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. (Coleção Grandes Romances).
- MARANHÃO, Ricardo. O governo Juscelino Kubitschek. 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- MARSICANO, Marlene, CASTRO, Ieda Barreira e. Treinamento de Enfermeiras em testes tuberculínicos por um método progressivo; trabalho apresentado no XX Congresso Brasileiro de Enfermagem. Recife, julho, 1968. 7 p. (cópia xerográfica).
- MÁXIMO, João, DIDIER, Carlos. Noel Rosa: uma biografia. Brasília: Ed. UnB. Linha Gráfica Ed., 1990. 533 p.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. A colônia brasilianista: história oral de vida acadêmica. São Paulo: Nova Stella/EDUSP, 1990.
- MELLO FILHO, Júlio de. Concepção psicossomática: uma visão atual. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro/FNL-MEC, 1978. p. 21-29.
- MILES, Rosalind. A história do mundo pela mulher. Rio de Janeiro: LTC/Casa Maria, 1989.
- MOTTA, Alda Britto da, MACHADO NETO, Zahide. Tempo de mulher, tempo de trabalho entre mulheres proletárias em Salvador. Ciência e Cultura, Rio de Janeiro, v.37, n.9, p.1442-1451. set. 1985.
- MOTTA, Fernando C. Prestes. O que é burocracia. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- MOURA, Tarciso. Mercado das cordialidades: aspectos patogênicos da mediação burocrática. In: MORAIS, J.F.Reis de (org.) Construção social da enfermidade. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.
- NAVARRO, Vicente. A critic of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma-Ata Declaration. Int. Jour. of Health Services, v.14, n.2, p. 159-172. 1984.
- NICOLA, José de. Literatura do Brasil; das origens aos nossos dias. 8. ed. São Paulo: Ed. Scipione, 1988.
- NIGHTINGALE, Florence. Notes on nursing: what it is and what it is not. New York: Dover Public., Inc., 1969. 140 p.
- . Notas sobre enfermagem; trad. de Amália Corrêa de Carvalho; prefácio de Ieda Barreira e Castro. São Paulo: Cortez, 1989.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde do Brasil, 1970-1983. Educación Médica y Salud, Washington, v.20, n.3. 1986.
- OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo, TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. Im (previdência) social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/Rio de Janeiro: Abrasco, 1986. 360 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comitê de Expertos de la OMS en Tuberculosis. Octavo Informe. Série de Informes Técnicos, n.290. Genebra, 1964. 27 p.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Evaluación epidemiológica de la tuberculosis; tendencias en alguns países de las Americas. Boletín Epidemiológico, v.8, n.3-4, 1987.
- OPAS/OMS. Salud, crecimiento economico y progreso social en la America Latina. Washington, D.C., 1961. (Publicaciones Varias, 68).
- PAIXÃO, Waleska. Páginas de história da enfermagem. 3.ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1963.
- PAULA SOUZA, Raphael. Discurso de inauguração do Sanatório de Curicica. Revista Brasileira de Tuberculose, n.1 a 6, p. 192-201, jan./jun. 1951.
- . Formação de pessoal para a luta contra a tuberculose integrada aos serviços de saúde pública. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, v.16, n.61, p. 5-11, jan./mar. 1972.
- PAZ DE ALMEIDA, A., LIMA, L.L. A tuberculose no Brasil. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, v.17, n.66, p.141-154, 1973.
- PERROT, Michelle et al. História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.
- PIERRET, Janine. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui; de la mort collective au devoir de guérison. Paris: Payot, 1984.

- PITTA, Ana. Hospital: dor e morte como officio. São Paulo: Hucitec, 1991. 198 p.
- POIRIER, Jean, CLAPIER-VALLADON, Simone. Le concept d'ethnobiographie et les récits de vie. Croisés Cahiers Internationaux de Sociologies, v. 69, p. 351-358. 1980.
- POPPE de Figueiredo, Flávio. Nova classificação dos doentes admitidos em hospitais de tuberculose. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, v.8, n.29, p. 191-201, 1964.
- PORTO, Angela. Positivismo e seus dilemas. Ciência Hoje, Rio de Janeiro, v.6, n.34, p.55-61, ago. 1987.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. Saúde e Trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 324 p.
- POSTAL, Patrick. Un système de santé pris au piège du mal-developpment: le cas du Brésil — Cah. Socio. Démo. Méd., v.24, n.1, p. 5-42, jan./mar. 1984.
- QUADROS, Jânio. Pronunciamento à nação feito em 14/8/61. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, Rio de Janeiro, v.5, n.19, p. 3-4, 3º trim. 1961.
- QUEIROZ, Dinah Silveira de. Floradas na serra. 26. ed. Rio de Janeiro: Record, 1989. 162 p.
- QUEIROZ, Maria Izaura Pereira. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos/CERU-USP, 1983. 182 p. (Coleção Texto, 4).
- QUESADA, Gustavo M. Movimentos e mudança social. Ciência e Cultura, v.33, n.2, p. 178-185, fev. 1981.
- RAGO, Luzia Margareth. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- RAMOS, Reynaldo. A integração sanitária; doutrina e prática. Revista da FSESP, Rio de Janeiro, t.8., v.1 e 2, 1973.
- RIBEIRO, Darcy. Aos trancos e barrancos: como o Brasil deu no que deu. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.
- RIBEIRO JR. O que é positivismo. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- RIBEIRO, Lourival. A doença de Castro Alves. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1949.
- . A luta contra a tuberculose no Brasil; apontamentos para sua história. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1956. 406 p.
- . Pelos caminhos da medicina. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1976.
- RIBEIRO, Sonia Natal. O controle da tuberculose no Brasil; principais momentos do desenvolvimento das medidas de controle contra a tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro: 1989. (Tese de Mestrado em Saúde Coletiva, UERJ). Mimeografado.
- ROCHA, Juan Stuardo Yazlle et al. Saúde e política no Brasil: 1957-1977. Revista Medic. H.C., Ribeirão Preto, v.15, n.4, p. 237-247, 1982.
- RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de Administração Sanitária. Rio de Janeiro: Freitas Bastos/USAID, 1967. 341 p.
- RODRIGUES, Bichat de Almeida, ALVES, Amaro Luiz. Evolução institucional da Saúde Pública. Brasília. Ministério da Saúde, 1977. 64 p.
- ROSSI, Maria José dos Santos. Bruxas, religiosas e enfermeiras; a arte de cuidar através dos tempos. (Aula inaugural — Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, março, 1992).
- SANTOS NEVES, Jayme. A outra história da Companhia de Jesus. Vitória do Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo/Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1984. 383 p.
- SCLIAR, Moacyr. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. São Paulo: L & PM Editores, 1987. 111 p.
- SEGNINI, Liliana. A liturgia do poder: trabalho e disciplina. São Paulo: EDUC, 1988.
- SEMINÁRIO REGIONAL DE TUBERCULOSE, 2., 1973, Bogotá. Informe Técnico. Revista Nacional de Tuberculose, v.17, n.68, p. 507-515, out./dez., 1973.
- SEMINÉRIO, M.L.T.A. Psicanálise. In: Benedicto et al. (Coords.). Dicionário de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Instituto de Documentação, 1987.
- SILVA, Graciette Borges da. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

- SILVEIRA, Ildefonso — OFM. A vida dos santos na liturgia. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1980.
- SINGER, Paul et al. Prevenir e curar: o controle social através os serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981. 166 p.
- SINGER, Paul. O feminino e o feminismo. [s.d.]. (cópia xerográfica).
- SKEVINGTON, Suzanne. The social psychology of nursing. New York: John Wiley & Sons, 1984.
- SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Trad. de Mário Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 108 p. (Coleção Tendências, 6).
- SOPER, Fred. Hacia la conquista de la salud; obra de solidariedad entre los pueblos. (Selección de trabajos del Dr. Fred Soper). Washington, D.C.: OPS/OMS, 1972. (Publicación Científica, 233).
- SOUZA, Gilda de Mello e. O espírito das roupas: a moda no século dezanove. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. 255 p.
- SOUZA, Luiz de Castro. O historiador devotado à glorificação da medicina. Revista da Divisão Nacional de Tuberculose, v.21, n.84, p.471-474, out./dez. 1977.
- TABORDA, Rosaly R. Problemas relativos à enfermagem hospitalar do ponto de vista da enfermeira. Anais de Enfermagem. Rio de Janeiro: v.5, p.77-83, jan. 1952.
- TEMA (Radis-FIOCRUZ). Tuberculose. Rio de Janeiro, n. 3, ago. 1983.
- TEIXEIRA, Gilmário M. Integração das atividades de controle da tuberculose nos serviços gerais de saúde. Revista Nacional de Pneumologia Sanitária, v.22, n.85-66, p. 7-16, jan./jun., 1978.
- THOMPSON, Paul. Life histories and the analysis of social changes. In: BERTAUX, Daniel (ed.) Biography and society: the life history approach in the social sciences. [s.d.] Editorial Board, 1980-83. p. 289-306.
- TOMAZI, Zelma Torres. Saúde e estado brasileiro. São Paulo: Global Editora, 1986. (Cadernos de Educação Política — Série Sociedade e Estado).
- TOMICHE, C. TOMICHE, F. One hundred years ago — koch' bacillus. International Union Against Tuberculosis/World Health Organization. Defeat TB — Now and forever, 1982 — Centenary of the discovery of the bacillus of tuberculosis by Robert Koch.
- UNESCO. Las mujeres: de la caza de brujas a la política; selección de artículos reproducidos de "Culturas; diálogo entre los pueblos del mundo". Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1985. 256 p.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/FACULDADE DE MEDICINA. Catálogo de Teses (1833-1985). Rio de Janeiro: UFRJ, 1985.
- VALLA, Victor Vincent (org.) Educação e favela: políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986. 212 p.
- VARGAS, Getúlio. Mensagem Presidencial ao Congresso Nacional. Revista Brasileira de Tuberculose, n. 1 a 6, p. 241, jan./jun. 1951
- VESENTINI, José William. A capital da geopolítica. São Paulo: Ed. Ática, 1986. 240 p.
- VILLAS-BÔAS, Aldo. In: FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. 40 anos de Saúde Pública, 1942-1982. 21p.
- ZALAMEA, Jorge. La extraña familia de Patricio Brontë. Bogotá: El Tiempo, 22/04/1979. p. 1-6. (lecturas dominicales).
- ZAMORA, Juan Clemente. O processo histórico. 6. ed. Lisboa: progresso [s.d.].

ERRATA

Onde se Lê	Leia-se
VIII, 7º: e Fitipaldi, pela confiança ...	Fitipaldi <u>e Leão</u> , pela confiança
09, 1º: Mesmo por que	Mesmo porque
13, 1º: em seu sentido orginário	em seu sentido originário
18, epígrafe: as belas artes o cinema	as belas artes, o cinema
24, 2º: À doença consistiria	A doença consistiria
33, 1ª linha: (Coimbra, 1986,p.42)	(Lopez, 1987, pg.9 e segs)
35, 2º: Por volta de 1870, frente a um novo sistema político-intitucional	Por volta de 1870, frente ao desafio de um sistema político- institucional que já não atendia aos interesses das camadas privi- legiadas ...
76, 1º: o presidente Dutra, promoveu	o presidente Dutra promoveu
82, 9ª linha: mantêlos	mantê-los
109, 1º: A reconhecimento	O reconhecimento
169, 3º: constituição	Constituição
180: Ecléa Bosi Rosalind Miles	Rosalind Miles Ecléa Bosi
183, 15ª linha: sofirmento	sofrimento
196, 2º: Grandes recompensas eram	Grande recompensa era
200, 4ª linha: chamamento/chamada	chamamento
224, 3º: A aprendizagem ... (Repetido na pg.203, último parágrafo)	<u>retirar todo o parágrafo</u>
280, Conclusão: dispenários	dispensários
297, 2º: Comportamento	Comportamentos
304, 2º: inpõe	impõe
321, 2º: cotidiano	cotidiano
351: INFORME COMITÊ ...	eliminar (repetido pg.353 OR- GANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
354: POIRIER ... Le concept d'ethnobiog _o graphie et les récits de vie. <u>Croises Cahiers</u> ...	POIRIER ... Le concept d'ethnobiog _o graphie et les récits de vie croisés. <u>Cahiers</u> ...
355: TOMICHE ... One hundred years ago - koch' bacillus	TOMICHE ... One hundred years ago - Koch's bacillus