

MARIA LUCIA FRIZON RIZZOTTO

**(RE)VENDO A QUESTÃO DA ORIGEM DA
ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: a Escola
Anna Nery e o mito da vinculação com a Saúde Pública**

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Campinas - SP

1995

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	FE/UNICAMP
	R528r
V.	E
TÍTULO	25664
PREC.	433/95
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	28/09/95
N.º CPD	

CM-00076796-2

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FE/UNICAMP

Rizzotto, Maria Lucia Frizon
R529r (Re) vendo a origem da enfermagem profissional no Brasil : a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a saúde pública / Maria Lucia Frizon Rizzotto. -- Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador : Maria Elizabete Sampaio Prado Xavier
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Escola de Enfermagem Anna Nery - História. 2. Enfermagem - História - 1920. 3. Enfermagem - Brasil. 4. Enfermeiros - Formação. 5. Saúde pública. I. Xavier, Maria Elizabete Sampaio Prado. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

Este exemplar corresponde à redação
final da dissertação defendida por Maria
Lucia Frizon Rizzotto e aprovada pela
Comissão Julgadora em 30.08.95

Data 30 de agosto de 1995

Assinatura 

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO na Área de concentração: Filosofia e História da Educação à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da prof.^a Dr.^a Maria Elizabete Sampaio Prado Xavier.

COMISSÃO JULGADORA:

Pjais D. Nakomae

Youtar Wepun

Lu...

Para:

Tatiana, Marcelo e Carla, que mesmo sem compreenderem muito bem, acompanharam a mãe nessa aventura.

Ao meu pai, pelo espírito aventureiro que sempre me fascinou e à D. Almira, mãe sensível à minha necessidade de continuar crescendo.

AGRADEÇO:

À Prof.^a Dra. Maria Elizabete, que generosamente me orientou a “olhar” à Enfermagem de forma crítica e a perceber a historicidade do mundo.

À minha família, embora distante, mostrou mais do que nunca solidariedade nessa busca incessante do conhecimento.

Ao Lindonêz, por aceitar “pacientemente” a nossa ausência temporária.

Aos amigos, que me ensinaram a ver a possibilidade de construir o meu próprio caminho, tornando a vida mais interessante e melhor.

Às amigas, D. Bela e Francis pela disponibilidade em responder minhas inúmeras dúvidas sobre a Língua Portuguesa e, mais do que tudo, pela hospitalidade e carinho.

Ao Evaldo A. Montiani Ferreira, por me fazer ver que não existe “A Verdade” e que as outras verdades não são eternas.

À CAPES que financiou parte dos custos para realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo tem como objeto de análise a origem da Enfermagem Profissional no Brasil, buscando desmitificar a sua vinculação com a Saúde Pública; interpretação que se cristalizou e tem sido consagrada pela historiografia da Enfermagem. Entretanto, neste trabalho, pretende-se mostrar que, de fato, o desenvolvimento dessa profissão se deu para atender às necessidades do serviço hospitalar, espaço eleito para o trabalho médico, a partir do avanço das ciências experimentais.

O tema foi abordado no contexto histórico-social, delimitado nas três primeiras décadas deste século, período em que surgiu a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje denominada de Escola de Enfermagem Anna Nery. Os determinantes econômicos, políticos e sociais, assim como os projetos de Saúde Pública em disputa naquele período, condicionaram o surgimento da “Enfermagem Moderna” brasileira, reforçando a tese de sua vinculação original com a assistência hospitalar e com a Medicina.

Os documentos analisados mostram a intenção que se tinha em formar uma elite de enfermeiras, para atender às necessidades de uma parcela restrita e privilegiada da população. Frente a essas constatações, há a necessidade de se pensar em outro paradigma para a Enfermagem brasileira, que contemple aspectos importantes do ser humano e da Saúde Pública, não priorizados até hoje.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
1. Apresentando a questão	01
2. O estudo da questão	07
3. Enfrentando a questão	09
4. Considerações teórico-metodológicas	10
5. Fontes de investigação	13

CAPÍTULO I

1. O CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: O MODELO URBANO-INDUSTRIAL, SEUS PROBLEMAS E AS NECESSIDADES EMERGENTES	14
1.1 A sociedade brasileira em transformação: o avanço econômico e as mudanças sociais.....	14
1.2 O Estado brasileiro em transformação: as articulações no poder e as políticas sociais	17
1.3 O Estado brasileiro e a Saúde Pública: o campanhismo policial	19
1.4 A sociedade brasileira e a Saúde Pública: a formação de agentes educativos.....	24
1.5 As Escolas de Enfermagem: entre o desafio da Saúde Pública e a realidade hospitalar.....	28
1.6 A hegemonia da Medicina no campo da saúde: a Enfermagem brasileira e o modelo hospitalocêntrico	32

CAPÍTULO II

2. O CONTEXTO TEÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: O MODELO BIOMÉDICO E SUAS IMPLICAÇÕES	37
2.1 As Transformações do trabalho no campo da saúde: a constituição da Medicina e da Enfermagem Profissional	37
2.2 As Bases Filosóficas Modernas na constituição da Ciência da Saúde	41
2.2.1 O mecanismo cartesiano	41
2.2.2 O biologicismo e o pensamento positivista	42
2.2.3 A influência do Pensamento Liberal Moderno no avanço da especialização e do individualismo na ciência e na prática de saúde	45
2.3 A adoção do Modelo Biomédico na Medicina e na Enfermagem	47
2.3.1 A exclusão das práticas alternativas e a tecnificação do ato médico	47
2.3.2 A ênfase na Medicina curativa e no atandimento hospitalar	50

CAPÍTULO III

3. O CONTEXTO INSTITUCIONAL DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: A ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY	53
3.1 As condições contextuais como limite às realizações institucionais	53
3.2 A vinculação original entre o profissional da saúde e o hospital na gênese da Escola de Enfermagem	61
3.3 A assimilação do modelo norte-americano na Escola de Enfermagem brasileira	66
3.4 O programa de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery: um registro histórico da origem da Enfermagem Profissional no Brasil	70

CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
BIBLIOGRAFIA	85
ANEXO - I	90
ANEXO - II	100
ANEXO - III	103

*Tive um chão (mas já faz tempo)
todo feito de certezas
tão duras como lajedos.
Agora (o tempo é que o fez)
tenho um caminho de barro
umedecido de dúvidas.*

Thiago de Mello

INTRODUÇÃO

1. Apresentando a questão

O meu projeto inicial, apresentado por ocasião do ingresso no Programa de Mestrado em Educação da UNICAMP, tomava como objeto de estudo o ensino de graduação em Enfermagem da UNIOESTE/Campus de Cascavel e propunha identificar a concepção de Educação subjacente ao processo pedagógico do curso, a partir da relação que estabelecia entre teoria e prática. Por essa via, acreditava ser possível encontrar explicações para os problemas de caráter institucional e local que pessoalmente vivenciava. A preocupação básica que o norteava era: “O que fazer para formar enfermeiros críticos e comprometidos, que atuassem na prática como agentes de transformação da realidade, particularmente no que se refere às condições de Saúde da população”? O projeto partia, portanto, da visão ingênua e voluntarista de que, através da educação, e da reforma das práticas pedagógicas, resolvem-se problemas sociais de qualquer natureza e dimensão.

Logo no início do Mestrado, percebi que os problemas ainda não resolvidos pela Enfermagem não implicavam só em questões localizadas e regionalizadas, mas que eram de outra ordem. Sua gênese e desenvolvimento não poderiam ser entendidos apenas no âmbito interno e conjuntural, mas como reflexos da própria estrutura da sociedade. Os problemas postos deveriam ser tratados como resultados de um processo que remete à própria história dessa profissão. Os seus determinantes, portanto, não poderiam ser entendidos do ponto de vista intrínseco às áreas da Enfermagem e da Saúde, mas dentro de um conjunto maior, delimitado pelo contexto social, econômico e político do país.

A partir daí, compreendi ser fundamental conhecer a história da Enfermagem, não como mera recuperação de uma seqüência de dados cronológicos, mas como investigação e desvendamento dos fatores que condicionaram e determinaram o desenvolvimento dessa profissão neste século e particularmente em nosso país.

A produção historiográfica brasileira no âmbito da Enfermagem tende a apontar como determinação básica da constituição da “Enfermagem Moderna”¹, na década de vinte desse século, as grandes epidemias e a necessidade de trabalhadores “especializados” para o combate às doenças infecto-contagiosas que estariam ameaçando o comércio do Brasil com os países importadores. Dessa forma, sua atuação visava predominantemente o âmbito da Saúde Pública, compreendida aqui como as práticas de saúde preventivas e de atenção primária, realizadas fora do campo hospitalar e vinculadas ao Estado.² O predomínio dessa interpretação se evidencia, a título de exemplo, nas citações que se seguem, extraídas de autores e textos conhecidos nos meios acadêmicos:

“... É nesse quadro que emerge o ensino sistematizado da Enfermagem, tendo, no seu bojo, o propósito de formar profissionais que contribuíssem no sentido de garantir o saneamento dos portos, principalmente o do Rio de Janeiro; daí ela ser iniciada fora dos hospitais, na área de Saúde Pública...” (Germano, 1984:28)

¹ O termo “Enfermagem Moderna”, refere-se ao ensino de enfermagem sistematizado e com base em princípios científicos, iniciado com Florence Nightingale no século XIX.

² Este conceito de Saúde Pública é adotado aqui por ser o predominante no campo da Enfermagem e o utilizado pelos autores citados. O conceito de Saúde Pública modificou a sua abrangência, nos últimos tempos. Sobre isso, Cf. a introdução de Emerson E. Merhy. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

“... O que tentaremos explicar em seguida é, porque, 30 anos depois, seria fundada a Escola de Enfermagem Ana Neri, considerada Escola Modelo do Brasil, com assistência predominantemente primária e baseada em atividades de Saúde Pública, inclusive com visitadoras sanitárias”. (Loyola, 1987:29)

“A própria institucionalização da enfermagem no Brasil surge num desses momentos em que o país necessita da formação de profissionais mais qualificados para atender a situação sanitária, agravada pelas grandes endemias e epidemias que vinham ameaçando as relações comerciais com o exterior. Assim em 1923 é criada a primeira escola de enfermagem, por solicitação de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)”. (Silva, 1992:76)

“A Escola Ana Neri surge como marco de estruturação da nova profissão de enfermagem, num momento em que o Estado brasileiro emergente institui as suas primeiras políticas no campo da saúde baseadas em diretrizes definidas e coordenadas por órgãos de saúde especificamente constituídos para o fim de instituir, coordenar e executar ações de saúde de cunho coletivo”. (Pires, 1989:128)

“A enfermeira diplomada não apareceu no cenário brasileiro para atender à necessidade de melhorar o padrão do serviço hospitalar moderno, como ocorrera na Inglaterra e Estados Unidos. Foram exigências dos sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde Pública, empenhados na obtenção do pessoal especializado para o funcionamento dos novos e

modernos serviços, que determinaram a emergência da nova categoria profissional”. (Alcântara, 1963:26)

“Sendo assim, o ensino em Enfermagem no Brasil voltou-se, de início, para o preparo de enfermeiros que atuariam principalmente na área da saúde pública (mercado predominante), num processo de adaptação do modelo americano para a América Latina”. (Bagnato, 1994:16)

Apesar dessa interpretação ter sido consagrada pelos historiadores da Enfermagem, outras possibilidades de leitura surgem na medida em que se aprofundaram os estudos sobre a origem e o desenvolvimento da Enfermagem Profissional³ no Brasil. Um mergulho nesse processo se faz necessário, quando se compreende que muitos dos problemas vividos hoje pela Enfermagem se produziram no passado e se reproduzem no presente; daí a importância da investigação histórica para o seu desvendamento e superação. Se as interpretações que aí estão não dão conta ou ocultam a realidade, devem ser questionadas, lembrando que a maneira que escolhemos para interrogar é também a maneira pela qual obteremos as respostas.

Reverendo a história da Enfermagem, agora com outro olhar, ou seja, apreendendo-a na sua relação com o contexto da época, não me pareceu evidente que os enfermeiros fossem ou tenham sido encarados como os profissionais ideais para essa “missão”. A interpretação comum de que a Enfermagem Profissional no Brasil, nasceu sob a “égide da Saúde Pública” parece mais uma simplificação, decorrente de uma leitura equivocada de sua história, centrada no

³ Enfermagem Profissional, será utilizado para designar a profissionalização da Enfermagem brasileira que se consolidou, a partir da institucionalização do ensino, com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery.

discurso das autoridades sanitárias da época, que inclusive justificava oficialmente a criação da nossa primeira Escola de Enfermagem, - a “Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública” (DNSP). Criada em novembro de 1922, começou a funcionar em março de 1923, passando a chamar-se “Escola de Enfermeiras D. Anna Nery”, com o decreto presidencial de 31 de março de 1926, num tributo à brasileira Anna Nery, pelos serviços prestados como voluntária na Guerra do Paraguai⁴.

A tese de que o combate às epidemias e o saneamento dos portos foram os principais motivos para a institucionalização da “Enfermagem Moderna” no Brasil, carece de base histórica de sustentação. Primeiro porque as doenças infecto-contagiosas, que tinham sido uma constante em nossa história desde o século XVI, estavam praticamente erradicadas quando da criação da referida escola. Segundo, porque a precária situação da Saúde Pública, nas cidades portuárias, não representavam um real empecilho nas relações econômicas do Brasil com os outros países, já que a própria política de saneamento constituía oportunidade de investimentos para o capital estrangeiro, como revela Madel Luz:

“O setor financeiro do capital internacional encontra nas drenagens, na rede de esgotos, no saneamento dos rios e lagos, espaços de atuação e lucro. Rios serão canalizados, canais serão abertos e águas serão tratadas por empresas estrangeiras - predominantemente inglesas, o que faz crescer a importância da ação da engenharia sanitária nos grandes centros urbanos. Organizar e dar salubridade ao espaço urbano é uma nova forma de prestígio político e isso não vai passar despercebido”. (1982:80)

⁴ Neste trabalho vou utilizar, preferencialmente, a denominação de “Escola de Enfermagem Anna Nery”, independente do período a que estiver me referindo, por ser, na atualidade, conhecida por este nome.

O predomínio de empresas inglesas na realização dos serviços de saneamento nas cidades brasileiras, no início do século, pode ser explicado pelo fato de que o surgimento e desenvolvimento do modelo sanitarista se deu primeiramente na Inglaterra, e foi rapidamente assimilado pelo Brasil; e também por predominar, neste período, o domínio neocolonialista inglês sobre as ex-colônias portuguesas.

A eficácia do combate às epidemias se deve ao trabalho ostensivo de Oswaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública, no período de 1903 à 1908, que utilizou métodos de ação como as campanhas de vacinações, as brigadas de mata-mosquitos e a Polícia Sanitária. Essas estratégias, duramente criticadas pela imprensa da época e rejeitadas pela população, em consequência da forma militaresca com que foram impostas, tiveram resultados positivos a curto e médio prazo.

As Polícias Sanitárias haviam surgido na Alemanha, no século XIX, durante o governo de Bismark, com a função de garantir o bem-estar e a segurança da população, e utilizando, “se fosse necessário”, métodos coercitivos e repressivos. Esse conceito e essa prática rapidamente se espalharam para outros países e, no Brasil,⁵ as práticas de Saúde Pública incorporaram esse método de controle social. A “guerra” contra as epidemias e o saneamento das cidades, nessa perspectiva, competia mais a milícias do que a enfermeiras⁶; a execução das políticas de saúde prescindia, então, dessa espécie de profissional.

⁵ Em “Sonhos Tropicais”, obra literária que trata da vida do Sanitarista Oswaldo Cruz, Moacir Scliar fala da organização e forma de atuação das Polícias Sanitárias, organizadas por este sanitarista em 1904.

⁶ Será utilizado, neste trabalho, a forma masculina ou feminina (enfermeiro- enfermeira) para designar o profissional de Enfermagem) de acordo com o período a que estiver me referindo. Inicialmente e por muito tempo, essa profissão foi integrada exclusivamente por mulheres.

Os registros históricos da Escola de Enfermagem Anna Nery reforçam a interpretação de que a Enfermagem brasileira nunca priorizou efetivamente a Saúde Pública, ao contrário do que as versões históricas predominantes nos fizeram crer. Os seus primeiros programas confirmam que a formação das enfermeiras, desde a sua origem, esteve centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático de doenças. Não eram, portanto, preparadas para atuar no campo da Saúde Pública, na atenção primária e na prevenção, mas, para serem coadjuvantes da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa.

Com base nessas considerações, fui construindo a tese de que *a institucionalização da “Enfermagem Moderna” no Brasil serviu muito mais para atender ao avanço da Medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica no modo de produção capitalista, do que para instaurar uma assistência de enfermagem voltada para a Saúde Pública.*

2. O estudo da questão

O regulamento da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Art. 393, colocava como objetivo: “... **educar enfermeiras profissionais, destinadas aos serviços sanitários e aos trabalhos gerais ou especializados, dos hospitais e clínicas privadas**”. (ver anexo III)

O fato do projeto original para a instituição da “Enfermagem Moderna” no Brasil prever a atuação desse profissional na Saúde Pública, e a intenção proclamada, por algumas figuras públicas era de vinculá-la a esse campo de assistência; isso, no entanto, não é suficiente para explicar a sua origem, constituição e os rumos de sua história. Outros dados, mais conclusivos, revelam

que o desenvolvimento da Enfermagem Profissional no Brasil esteve condicionada, desde a sua origem, aos interesses do desenvolvimento econômico capitalista, à visão liberal de sociedade e aos rumos tomados pela Medicina.

Acredito que estamos vivendo um dos momentos mais ricos de reflexão sobre a nossa prática. É o que sugere uma bibliografia recente que, apesar de ainda restrita, se baseia no referencial teórico do Materialismo Histórico e possibilita uma crítica às questões intrínsecas à profissão, articulada à totalidade da realidade social, econômica e política.⁷ Essa abordagem permite perceber as contradições existentes na realidade e a abandonar a visão ingênua e reprodutora, que com frequência se manifesta na forma de encarar e propor soluções para os problemas da Enfermagem, em nosso país. As tentativas para resolver os problemas da(s) crise(s) da Enfermagem têm partido de uma perspectiva idealista, que secundariza o processo histórico de constituição e desenvolvimento dessa profissão, frequentemente simplificado em interpretações equivocadas e cristalizadas da sua trajetória e de seu papel em nossa sociedade.

Nas últimas décadas, algumas das questões postas e discutidas por enfermeiros, e principalmente por intelectuais da Enfermagem, estão relacionadas com a construção da “identidade do profissional enfermeiro”, como alternativa para a superação da suposta “crise da profissão”. Isso se manifesta através da preocupação com a definição do(s) objeto(s) da Enfermagem; com a delimitação do campo de atuação do enfermeiro, com a produção de Teorias de Enfermagem e com a construção de um corpo teórico próprio.

Aparentemente na ânsia de “pular” etapas, a Enfermagem brasileira não hesitou em copiar modelos de assistência e de ensino. Começou com a

⁷ Estou me referindo à produção teórica de Cristina Maria Douat Loyola (1987); Cristina Melo (1986); Djair Daniel Nakamae (1987); Denise Pires (1989); Graciete Borges da Silva (1989); Maria Cecília Puntel de Almeida (1989); Raimunda Medeiros Germano (1984), entre outros.

criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, nos moldes e sob a direção de enfermeiras norte-americanas; assumiu o Modelo Biomédico como paradigma para o ensino e a assistência; enfatizou, nos anos cinquenta e sessenta, o modelo americano de assistência baseada nos princípios científicos; incorporou o tecnicismo como forma de organização de seu trabalho e, a partir da década de setenta, assimilou a nova onda norte-americana das Teorias de Enfermagem, buscando consolidar-se como ciência e ocupar um certo “status social”. A história todavia tem mostrado que os modelos importados de outras realidades não são assimilados passiva e mecanicamente, nem apresentam os mesmos resultados do país de origem. É por isso que as soluções para os problemas de Saúde e da Enfermagem devem partir de uma compreensão e de uma reflexão sobre a nossa própria realidade.

3. Enfrentando a questão

Com a finalidade de contribuir para a compreensão dos problemas atuais da Enfermagem brasileira, este trabalho pretende rever aspectos da sua história, não no que se refere a eventos ou dados, mas às interpretações lineares e descontextualizadas da sua trajetória, que colaboraram para a produção do ensino sistematizado de Enfermagem no Brasil, a partir dos anos vinte deste século.

A intenção, deste trabalho é rever o pressuposto da vinculação original da Enfermagem Profissional brasileira com a Saúde Pública, através da identificação do papel efetivamente desempenhado por ela, nos diferentes projetos em disputa naquele período, assim como na prática implementada, marcada pelo predomínio do direcionamento da atenção à Saúde para o campo hospitalar, conforme o definido pela Medicina Clínica, e expresso nos programas

de ensino e modelos que então se impuseram e se cristalizaram nas Escolas de Enfermagem.

O resultado dessa investigação são apresentados em três capítulos. O capítulo I, tratará do contexto histórico, delimitado pelas três primeiras décadas deste século, e das principais questões de Saúde emergentes no período. O estudo do Modelo Biomédico, necessário para a compreensão dos limites da abordagem teórica que ainda hoje fundamenta a prática da Enfermagem, será realizada no capítulo II. A análise dos primeiros programas, que marcaram decisivamente o ensino de Enfermagem no Brasil, é o objeto central do III capítulo. Essa análise, situada no contexto histórico-social caracterizado, deverá fundamentar nossa conclusão e algumas considerações finais.

Este estudo, terá portanto, como marco cronológico, o início do século XX, período em que foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery. Foi a partir daí que se implantou o ensino sistematizado de Enfermagem no Brasil e se difundiu a noção de uma suposta articulação com a Saúde Pública.

4. Considerações teórico-metodológicas

A opção por uma comedida explicação da abordagem teórico-metodológica, em lugar de um convencional discurso sobre o “referencial teórico-metodológico” do trabalho, justifica-se pela convicção de que dissertar o método, não garante a sua utilização adequada ou a necessária coerência teórico-metodológica do trabalho. A própria exposição da investigação e seus resultados devem revelar o método utilizado e as categorias teóricas que o sustentam. Essa opção, no entanto, não significa ausência de método ou de suporte teórico no desenvolvimento do trabalho.

A perspectiva gramsciana, de que a história deve ser “vasta e compreensiva”, não se restringindo a narração de fatos, não se limitando a análise de aspectos internos e nem à biografia de determinados atores que participaram do processo, orientou a busca da identificação dos fatores “mediatos e imediatos” que contribuíram para o desenvolvimento da Enfermagem Profissional no Brasil, e de como essas duas ordens de fatores se relacionam em uma determinada totalidade. (Gramsci, 1984:24)

Engels, antes de Gramsci, já assinalava, em sua crítica ao idealismo, que as circunstâncias são, de certa forma, definidoras do desenvolvimento dos projetos. Isso aparece na citação.

“... raramente acontece o que se deseja, e, na maioria das vezes, os vários fins procurados se inter cruzam e se contradizem, quando não são inatingíveis em si mesmos, ou, então, os meios de que dispomos para alcançá-los, são insuficientes. Os choques entre as inúmeras intenções e atos individuais criam, no campo da história, um estado de coisas muito semelhante ao que existe na natureza inconsciente. Os fins que se procuram com a ação são intencionais, mas os resultados que em realidade se derivam deles não o são; embora pareçam adaptar-se, no início, ao fim desejado, acarretam, depois, conseqüências muito diferentes das almejadas. Por isso, os acontecimentos históricos parecem estar sujeitos, em conjunto, à causalidade. Entretanto, êste acaso que parece governar, ao menos superficialmente, as coisas, é sempre regido por leis internas ocultas, e o importante é descobrir essas leis”. (1962:123)

Essa crítica coloca uma questão central que é a necessidade de se conhecer os diversos fatores envolvidos na dinâmica do processo histórico, tendo

presente que as transformações não ocorrem de forma passiva e que os projetos idealizados sofrem, na prática, resistências que, no jogo das relações de forças, redirecionam e modulam, de forma permanente, “uma intenção ou um projeto original”. (Vázquez, 1986:318)

Por outro lado, a realidade não se mostra a um primeiro olhar; a aparência nem sempre coincide com a verdade. Construir a verdade, mesmo que provisória, sobre um determinado fenômeno, requer uma exaustiva busca daquilo que é essencial no objeto sem, no entanto, desprender-se de uma percepção do todo. Os fenômenos que povoam a vida cotidiana e “penetram na consciência das pessoas pela sua regularidade, imediatismo e evidência”, constituem um mundo de “pseudoconcreticidade”; esse mundo de aparências se reproduz espontaneamente como realidade no pensamento comum. Ao pensamento crítico, cabe a busca da distinção entre a representação e o conceito, destruindo o mundo das aparências e procurando atingir a concreticidade, a lei do fenômeno. (Kosik, 1986)

As reflexões realizadas neste trabalho pretendem ir além das aparências e revelar aspectos da realidade da Enfermagem ainda insuficientemente conhecidos e que possam contribuir para a realização de ações concretas, no sentido de transformar essa dura realidade, que é a situação de saúde vivida hoje pela grande maioria da população brasileira. Espera-se que este trabalho ultrapasse a tarefa acadêmica e seja o provocador de outros trabalhos e discussões, que busquem não só interpretar a realidade, mas transformá-la.

O referencial teórico que sustenta e dirige esta pesquisa deverá, portanto, explicitar-se ao longo de toda a investigação, a medida em que se forem consubstanciando, em fatos e interpretações, as categorias de análise subjacentes. Da mesma forma, pretende-se que as suas conclusões se revelem efetivos instrumentos de transformação da realidade desvendada.

5. Fontes de investigação

O trabalho proposto deverá se desenvolver através de pesquisa e análise bibliográfica e documental. Na pesquisa bibliográfica foram tomados como referência uma amplitude de autores que compreende desde aqueles que enfocam questões econômicas, sociais e políticas, necessárias para a caracterização do contexto do surgimento e desenvolvimento da Enfermagem Profissional brasileira, até autores que abordam temas específicos da Enfermagem, de sua história e da Saúde Pública no Brasil.

A pesquisa documental será centrada em decretos governamentais do período, relativos à política de Saúde Pública e a formação de profissionais de Enfermagem; e nos documentos do Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, relativos à criação da instituição, à sua forma de organização, funcionamento e ensino.

CAPÍTULO I

O CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: O MODELO URBANO-INDUSTRIAL, SEUS PROBLEMAS E AS NECESSIDADES EMERGENTES

1.1 A sociedade brasileira em transformação: o avanço econômico e as mudanças sociais

A tentativa de desenvolver um estudo de natureza histórica coloca, como primeira questão, a necessidade de se localizar no tempo o objeto da análise; no caso, o nascimento da Enfermagem Profissional no Brasil.

Parece haver consenso na historiografia da Enfermagem, que aponta o ano de 1922 como o marco inicial da “Enfermagem Moderna” brasileira; ano em que foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atualmente, Escola de Enfermagem Anna Nery. Entretanto, para uma melhor compreensão dos determinantes mediatos e imediatos desse surgimento, nesse período, é necessário ampliar esse recorte temporal.

Neste capítulo, se fará uma breve reconstituição da situação econômica, política e social das três primeiras décadas deste século, ressaltando alguns aspectos essenciais para o estudo a ser realizado.

Nesse período da história, a sociedade brasileira foi marcada por profundas transformações. Alguns acontecimentos contribuíram particularmente para isso; no campo político destacamos a proclamação da República em 1889, a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e a chamada Revolução de 1930; no

campo econômico, a crise do ciclo cafeeiro e a aceleração do processo industrial; no campo social, a urbanização, a imigração e os movimentos sociais e, no campo cultural, a Semana da Arte Moderna em 1922. Emerson Merhy afirma que a Saúde Pública também teve a sua “Semana da Arte Moderna” na década de 20, que marcaria as décadas seguintes pelas questões herdadas desse período. (1992:80)

Mesmo que a Proclamação da República, em 1889, não tenha alterado substancialmente o quadro político, dada a continuidade dos grupos oligárquicos que se revezavam no poder, é importante destacar que mudanças significativas foram produzidas, não só como resultado da troca de regime, mas por pressões de caráter econômico e social. O processo de industrialização, a urbanização, a imigração, as oscilações na economia cafeeira e a conjuntura internacional foram fatores decisivos na instauração de um novo quadro nacional.

O Brasil, como integrante “periférico”, no contexto da divisão capitalista internacional do trabalho, desempenhava então, como ainda hoje, um papel que o tornava vulnerável às conjunturas dos mercados centrais. Essa relação internacional de dependência econômica, que tem marcado a nossa história, gerou a necessidade de sucessivas rearticulações internas e externas, no sentido de adequar-se ao sistema mundial.⁸

A economia brasileira, durante quatro séculos (1500 à 1900), limitou-se basicamente à exploração dos recursos naturais esgotáveis e à produção de produtos primários exportáveis. A partir de então, iniciou-se um processo de alteração das bases econômicas nacionais; a transição do modelo agro-exportador para o urbano-industrial.

⁸ Sobre essa questão, também largamente estudada e discutida, destacamos, para conferência e/ou aprofundamento, a obra de Florestan Fernandes. Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina. 3a ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

As condições históricas para o desenvolvimento da industrialização no Brasil já haviam começado a se configurar no final do século passado e início deste, sendo possível distinguir alguns fatores decisivos para isso. Dentre eles, destacam-se a substituição da mão-de-obra escrava por trabalhadores assalariados livres, oriundos de intenso processo imigratório; a concentração de um razoável excedente de capital em poder de uma minoria, os produtores de café da região centro-sul, que detinham também o poder político; a concepção de racionalidade econômica, que já impregnava os fazendeiros de café e os exportadores em geral, contribuindo para a acumulação e o redirecionamento desse capital para o ramo da indústria e, finalmente, a existência de consumidores para os produtos industrializados, constituídos em grande parte pelos próprios trabalhadores imigrantes.

Por outro lado, o mercado internacional começava a impor uma redução no volume das importações dos produtos primários produzidos no Brasil, principalmente o café. Isso ocorria em consequência de uma diminuição do consumo nos mercados externos e da concorrência de outros centros produtores. Como reflexo dessa dependência do mercado externo, emergiam sucessivamente crises agudas na economia interna, que exigiam a produção de outro produto exportável e lucrativo, tal como havia acontecido com os ciclos econômicos anteriores, os da cana-de-açúcar, do cacau e da borracha ou, nesse momento do desenvolvimento capitalista, a implementação do processo de industrialização, caso o país apresentasse condições para isso.

O quadro favorável ao processo de industrialização, no entanto, não foi suficientemente forte para atrair a atenção do Estado, a ponto de priorizá-la em sua política econômica. A prioridade continuava sendo as exportações de produtos primários, cuja lucratividade era sustentada através de políticas compensatórias e mecanismos cambiais. Quando o preço do café baixava no

exterior, o governo provocava desvalorizações na moeda nacional, de tal sorte que os produtores e exportadores, mesmo vendendo mais barato, ao trocarem a moeda estrangeira pela nacional, garantiam o lucro do setor. No entanto, as conseqüências dessa política de proteção acabavam sendo sentidas pelo conjunto da sociedade que, ao consumir os produtos importados, pagava mais caro. De certa forma, ainda hoje sofremos os reflexos do endividamento externo contraído nessa época, expressão histórica da cultura política de protecionismo do Estado.

1.2 O Estado brasileiro em transformação: as articulações no poder e as políticas sociais

Apesar do Estado Oligárquico ter protelado o desenvolvimento industrial no Brasil, esse processo se iniciou no começo do século e, em condições históricas favoráveis, tornou-se irreversível. Cohn nos adverte de que,

“... a industrialização, longe de ser uma fase ‘natural’ do desenvolvimento histórico de todas as nações, é um processo difícil, que só alcança êxito à custa de reorganizações de tensões muito intensas no interior da sociedade”. (1990:286)

Assim sendo, e para melhor situar o nosso objeto, parece oportuna a identificação dos agentes sociais que atuaram na emergente sociedade industrial brasileira, e dos mecanismos de pressão que utilizaram, em defesa dos seus interesses.

Naquele momento, constituíam a classe dominante os fazendeiros de café, seus financiadores e exportadores, que exerciam o poder econômico e político sobre os assalariados e os pequenos comerciantes, predominantemente imigrantes, que compunham a outra face da sociedade emergente. O processo migratório no Brasil, no final do século passado e início deste, foi intenso. Segundo Sodré, distinguem-se três fluxos migratórios no Brasil: o de 1880 à 1897, com o fim do escravismo; o de 1906 à 1914, com a nova ascensão cafeeira, e o de 1920 à 1930, decorrente da intensificação do processo de industrialização. Nesses três momentos, entraram no Brasil cerca de 4,5 milhões de pessoas, entre italianos, portugueses e espanhóis. Essa população migrante veio para o Brasil inicialmente destinada ao trabalho agrícola, mas, com as crises na agricultura, sofreu um deslocamento para as cidades, aumentando o contingente urbano. (Sodré, 1976:308)

Encontravam-se em conflito, nesse período, os comerciantes importadores e os pequenos empresários produtores de bens de consumo, cujos interesses eram na maioria antagônicos. Enquanto estes lutavam pelo desenvolvimento industrial, aqueles, ameaçados em seus negócios, exerciam pressão contrária, para manter o “status quo”.

Esses agentes, localizados principalmente na região Rio-São Paulo, não representavam toda a sociedade brasileira, mas a parte mais significativa nesse processo de industrialização. É nessa região que, em decorrência do desenvolvimento industrial, ocorreria uma maior concentração de população, resultando numa urbanização acelerada. Constituirá também o espaço que serviria de palco para as lutas sociais do início do século, e para os graves problemas de Saúde que seriam enfrentados pela população urbana. A Saúde Pública, sem dúvida, refletirá os embates ideológicos entre esses grupos e as alterações materiais por que passava a sociedade brasileira.

Se de um lado a aparente derrota das oligarquias tradicionais funcionava como um “estimulante” das rearticulações para a manutenção da tradicional estrutura de poder, por outro, o Movimento Republicano, fundado supostamente nos princípios liberais da Revolução Francesa, que defendia os princípios da individualidade, da liberdade, da igualdade, da propriedade e da democracia,⁹ obrigava o Estado a redefinir seu papel. Determinados setores, como a Saúde e a Educação, passaram a fazer parte das Políticas Públicas do Estado, muito mais na forma de discursos e de dispositivos legais, do que de práticas implementadas de maneira sistemática, que trouxessem benefícios para a população¹⁰.

1.3 O Estado brasileiro e a Saúde Pública: o campanhismo policial

No campo da Saúde, outra ordem de pressão foi se constituindo, no decorrer da Primeira República. A formação de cidades, com outra característica que não a simples extensão da vida rural; o processo de industrialização/imigração, e a conseqüente aglomeração de pessoas em precárias condições de vida, eram fatores que facilitavam a proliferação de doenças infecto-contagiosas,

⁹ A propósito da assimilação desse pensamento liberal burguês, conferir a introdução do livro de Maria Elizabete S. P. Xavier. Capitalismo e escola no Brasil: A constituição do liberalismo em ideologia educacional e as reformas do ensino (1931-1961). Campinas: Papirus, 1990.

¹⁰ É farta a bibliografia sobre o papel das Políticas Sociais no Estado Burguês. No caso brasileiro podemos citar, entre outros, para efeito de conferência e/ou aprofundamento da questão - Evaldo A. Vieira. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel 1951 a 1978.; São Paulo: Cortez, 1983. Luciano Martins. Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1985.; Adriana J. F. Chaves. O estado capitalista brasileiro: um olhar crítico sobre as políticas sociais, PUC. São Paulo, 1990. (dissertação de mestrado).

agravando o péssimo quadro de saúde já existente. As epidemias, que não eram novidade, mas que nessa conjuntura ganhavam outra dimensão, impunham medidas urgentes por parte do Estado. Isso contribuiu para que, nos primórdios da República, a Saúde Pública aparecesse como preocupação do governo; não só para reverter a péssima imagem que o Brasil estava produzindo no exterior, em decorrência de problemas dessa natureza, mas porque a “nova ordem republicana”, balizada nos princípios liberais, embora politicamente excludente, defendia a universalização de certos benefícios, como a saúde e a educação.

Na tentativa de resolver os problemas de saúde, agravados no início do período republicano, dentre outras medidas o governo criou o Conselho de Saúde Pública (1890); regulamentou o Laboratório de Bacteriologia (1892); criou o Instituto Sanitário Federal (1894); a Diretoria Geral de Saúde Pública (1897); o Instituto Soroterápico Municipal (1900); instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola e a notificação compulsória das doenças consideradas transmissíveis (1902). Doenças como a febre amarela, o cólera, a peste, a difteria e o sarampo eram de notificação compulsória. Já a febre tifóide e a tuberculose, apesar de serem responsáveis por altos índices de mortalidade, predominantemente entre as camadas mais pobres, foram definidas como de notificação facultativa. (Costa, 1986: 45/46)

Essas medidas, no entanto, não tiveram o efeito esperado. Somente a partir de 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a Direção Geral de Saúde Pública, algumas práticas eficazes foram implementadas. Durante esse período (1903-1908), praticamente erradicou-se a febre amarela, que só voltou a ter novo surto em 1928; diminuiu a mortalidade pela peste e acabou a epidemia da varíola, através do controle sanitário, da realização de campanhas de vacinação e do método de controle de vetores, característicos da proposta

“campanhista/policial”, que se baseava na concepção ontológica e unicausal das doenças. (Costa, 1986: 46 et seq.)

Essa compreensão, de que as doenças contagiosas e parasitárias tinham como única causa o meio físico, levava os sanitaristas a pensarem que bastaria o extermínio dos focos e vetores para se ter o controle das mesmas. As práticas sanitárias realizadas pelos serviços públicos se concentravam, por conseqüência, na desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, no desregramento moral, na higiene e no controle dos hábitos da sociedade.

Segundo Merhy, o movimento sanitarista vigente nas duas primeiras décadas deste século, pautava-se

“nos princípios da corrente ‘bacteriológica’, (este movimento) apresentou para a sociedade um projeto de intervenção - ‘o campanhista/policial’ - (...) que se baseava na intervenção da polícia sanitária e na execução de campanhas. Essas estratégias de intervenção configuravam-se em estruturas institucionais centralizadas, que se utilizavam das ações mais variadas para separar o universo dos sadios daquele dos doentes e/ou contaminados e, desta forma, permitir que o lado sadio se impusesse”. (1992:69)

Como conseqüência da adoção desse modelo, a execução das ações ficava a cargo da Polícia Sanitária, das brigadas de mata-mosquitos e das Delegacias Sanitárias; nesse período, praticamente inexistiam serviços ambulatoriais permanentes. Apesar desse modelo sanitarista apresentar certa eficiência sob o ponto de vista epidemiológico, foi muito contestado, na época, pela imprensa, pelos intelectuais e pela população, principalmente porque utilizava medidas autoritárias, sem uma preocupação com políticas que visassem

a melhoria da qualidade de vida da população e a prevenção contra os problemas da saúde. (Barreira, 1992:45)

No Brasil, a concepção “campanhista/policial” vigorou até a segunda década deste século, porém outras experiências começaram a surgir, cuja ênfase não era unicamente nas campanhas e no saneamento, mas em serviços ambulatoriais permanentes de combate à determinadas doenças. Essa tentativa de mudança na implementação de determinadas práticas sanitárias foi a resposta dada pelos sanitaristas brasileiros, assessorados por entidades norte-americanas, como a Fundação Rockefeller, à crise sanitária do início dos anos vinte. Essa crise, percebia-se que não tinha como causa principal as epidemias, mas o processo de pauperização da população urbana, acentuada pelas oscilações na economia cafeeira e pelo conflito mundial de 1914 à 1918.

Segundo Costa, nesse período, o custo de vida aumentou, o desemprego se acentuou, os salários foram reduzidos e as conquistas sociais praticamente perdidas. Esse conjunto de fatores favoreceu a ampliação dos movimentos sociais e das lutas reivindicatórias, dentre os quais a greve geral de 1917 se constituiria **“em marco de uma conjuntura histórica de intensa agitação social, cujos limites se estenderiam até a década de 20”**. (1986:85)

Essa situação de pressão social, associada à mudança na postura do Estado, até então marcadamente liberal e de não intervenção nas áreas sociais e de trabalho, põem em discussão a chamada “questão social”. Expressão inevitável do processo de urbanização acelerado, das péssimas condições de trabalho e dos baixos salários, que impunham aos trabalhadores e suas famílias condições sub-humanas de vida.

Viver em situação precária e insalubre não decorre de uma escolha pessoal, mas é uma imposição da relação que se estabelece entre os que detêm os meios de produzir e aqueles que só têm a sua força de trabalho para vender.

Nessa relação, como se sabe, as forças são desiguais; ao trabalhador não retorna o produto de seu trabalho e, muitas vezes, nem mesmo o indispensável para a sua sobrevivência e de sua família. Isso resulta num empobrecimento progressivo que os empurra para os locais mais insalubres, onde ficam suscetíveis, pelas próprias condições de vida, às mais diferentes doenças orgânicas e do meio. Um prolongado período nessas condições pode, sem dúvida, provocar um acirramento classista e resultar em movimentos questionadores da ordem vigente.

No período que estamos tratando, os trabalhadores assalariados se constituíam principalmente de imigrantes europeus atraídos pelo surto industrial e que formavam uma força de trabalho quantitativa e qualitativamente diferente, que veiculava novas ideologias, “contaminando” o conjunto da classe trabalhadora brasileira. As epidemias, a falta de segurança no trabalho, as péssimas condições de vida e a falta de assistência à saúde acabaram levando os trabalhadores, agora mais organizados, a explicitarem com mais clareza os antagonismos da relação capital x trabalho. Determinadas bandeiras liberais, que tinham sido assumidas no discurso pelos republicanos, foram reivindicadas como direitos de cidadania pelos trabalhadores, estimulando as lutas sociais que assumiram papel relevante no período de 1910/1920.¹¹

É nesse contexto que o Estado brasileiro, tal como os Estados burgueses em geral, entra como mediador oferecendo determinados serviços de saúde, de educação e outros, com o objetivo de atenuar e/ou desviar a atenção dos conflitos gerados pelo próprio modo de produção. Negava-se a cidadania pelo assistencialismo. Dessa forma, tais serviços, ao mesmo tempo em que atendiam determinadas necessidades dos trabalhadores, atuavam como

¹¹ Sobre os conflitos sociais desse período, conferir Paulo Ghiraldelli. Educação e movimento operário. São Paulo: Cortez: autores associados, 1987. e Nilson do R. Costa. Lutas urbanas e controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. 2.ª ed. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro, 1986., entre outros.

instrumentos de controle social e ideológico. Singer, analisando esta questão, diz que ,

“Os SS (serviços de saúde) surgem, portanto, essencialmente como Serviços de Controle das contradições entre os interesses individuais dos membros das várias classes sociais e o interesse do sistema social como um todo, no que se refere à prevenção das doenças contagiosas (...) com a função de impor normas coletivas de conduta visando a saúde pública”. (1981:36)

1.4 A sociedade brasileira e a Saúde Pública: a formação de agentes educativos

Como assinalamos anteriormente, outro movimento sanitário começou a ganhar corpo no início dos anos vinte, o das “Redes Locais Permanentes”, que defendia a necessidade de modificar os princípios da Saúde Pública brasileira. Tomava como referência as ações da Fundação Rockefeller, cuja perspectiva propunha uma administração dos serviços de Saúde Pública fundamentada cientificamente, colocando a educação sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias. (Merhy, 1992:91)

Esse modelo, que Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, tentou implantar através de reforma sanitária, no período de 1920 à 1926, proclamava a necessidade de unidades de saúde locais e permanentes, com a formação de uma equipe de profissionais que atuassem de forma sistemática junto à população. Nesse projeto para a Saúde Pública, a enfermeira-visitadora teria um papel fundamental a desempenhar como educadora sanitária, e foi com essa intenção, proclamada na ocasião, que se institucionalizou a

“Enfermagem Moderna” no Brasil. Entretanto, a vontade individual não basta e o discurso oficial não garante que se concretizem os projetos, já que existem determinantes objetivos que interferem no processo.

Numa atitude que poderíamos avaliar como “idealista”, o sanitarista Dr. Carlos Chagas criou, em 1922, um curso para a formação de enfermeiras, tendo como modelo o sistema nightingaleano, que se originara nos hospitais europeus e se desenvolvera nos hospitais americanos. Aqui, no entanto, era proposto com o objetivo de formar profissionais que deveriam atuar na Saúde Pública, como agentes de educação em saúde. De acordo com Pires o Dr. Carlos Chagas

“... em visita aos serviços de Saúde dos Estados Unidos da América, em 1921, tomou contato com o trabalho profissional de Enfermagem, estruturado dentro dos padrões nightingaleanos, e entendeu ser este profissional da área da Saúde o elemento necessário à estratégia governamental sanitarista”. (1989:129)

A intenção inicial desse sanitarista, de formar profissionais enfermeiros que assumissem o papel de educadores em saúde, não chegou a se concretizar por uma série de fatores que, articulados, determinaram o desenvolvimento da Enfermagem numa perspectiva diferente daquela originalmente pensada.

O projeto da “Rede Local Permanente” que, segundo Merhy, **“valoriza a formação de uma rede ambulatorial geral e única de serviços - o Centro de Saúde - descentralizada e regionalizada, administrativamente” (1992:29)**, e onde a Enfermagem teria um papel definido a cumprir, acabou não se

consolidando enquanto modelo para a Saúde Pública. O projeto sanitarista que se implantou/implementou, no final dos anos vinte, foi o "Vertical Permanente Especializado", que organizava **“os serviços por problemas específicos, verticalmente administrados, e que atuam paralelamente utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária da Medicina curativa”**. (1992:29)¹². Tanto assim, que o único campo fora dos hospitais, onde a Enfermagem se desenvolveu, foi nos programas de combate à Tuberculose, onde a Fundação Rockefeller tinha particular interesse em investir¹³.

Esse projeto, o “Vertical Permanente Especializado” foi beneficiado pelo forte movimento nacionalista presente nessa década, que rechaçava qualquer interferência estrangeira em assuntos nacionais, principalmente se fosse americana. Como o Projeto da "Rede Local Permanente," preconizado por alguns sanitaristas, entre os quais Carlos Chagas, tinha como matriz o modelo americano, não se firmou nessa conjuntura política.

Da mesma forma, a tentativa de substituir as brigadas de Polícia Sanitária, que atuavam há mais de vinte anos de maneira impositiva e repressora, por profissionais que deveriam utilizar o convencimento e a educação sanitária como estratégia de mudança, não ocorreria de forma tranqüila. Tanto a população rejeitou essa “nova abordagem”, que recomendava alterações em seus padrões de comportamento, de higiene e moradia, como também as próprias enfermeiras acabavam desistindo de atuar nessa área, por sentirem que seu trabalho não levava à mudanças nos hábitos, nem nas condições de saúde da população.

¹² A análise dos “modelos tecno-assistenciais” é tema do segundo capítulo do livro de Emerson E. Merhy. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. Op. cit.

¹³ O papel das enfermeiras na Campanha Nacional de Combate à Tuberculose, é amplamente analisado na tese de doutorado de Ieda de A. Barreira. A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose. Rio de Janeiro: UFRJ, 1992. (Tese de doutorado)

“No serviço de visitação havia pouca ‘resolutividade’ ou ‘terminalidade’, (...) sendo o mesmo apresentada 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 (...). A implantação da enfermagem moderna teve como objetivo 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 visitação domiciliar extremamente penoso e possivelmente improdutivo, no que se refere à resolução dos problemas encontrados”. (Barreira, 1992:52/ 44)

Na verdade, a rejeição desse trabalho educativo ocorreu também porque a população via nele mais uma forma de interferência na sua privacidade e individualidade, e também porque essa nova forma de abordar os problemas de saúde, que substituía a imposição e o controle pela “conscientização sanitária”, continuava a desconsiderar os limites de assimilação e alcance das “orientações”, principalmente levando-se em conta que a melhoria na situação de saúde e de insalubridade em que se encontravam a maioria da população, não dependia só de recomendações, orientações ou conselhos, mas fundamentalmente de mudanças estruturais da sociedade.

Edith Fraenkel, primeira instrutora brasileira da Escola de Enfermagem Anna Nery (1925 à 1927), reconhecia que,

“O início desta campanha não foi fácil; o povo não estava habituado a ver-lhe entrar em casa, uma moça desconhecida, fornecendo

escarradeira e desinfectante e fazendo um certo numero de exigencias. De mais a mais, a troco de que? (...) Portanto não foram sempre sorrisos que acolheram as primeiras visitadoras nas casas dos doentes! e, depois de uma acolhida pouco agradável, era preciso diplomacia e paciencia para apresentar-se novamente depois de algum tempo”! (1932:10)

Outro dado a considerar é a origem social dessas enfermeiras, que não favorecia a sua permanência no “trabalho penoso” e insalubre de Visitadora Sanitária. As primeiras enfermeiras brasileiras foram recrutadas na classe média e média alta, numa tentativa de reproduzir aqui o mito de Florence Nightingale, nobre inglesa que fundou e difundiu a chamada “Enfermagem Moderna”. A exigência de diploma de Escola Normal ou equivalente, para poder entrar na Escola de Enfermagem Anna Nery, por si só já restringia o acesso de uma determinada classe. Naquele período, não era comum as mulheres irem além da alfabetização, a não ser aquelas que pertenciam às elites sociais.

1.5 As Escolas de Enfermagem: entre o desafio da Saúde Pública e a realidade hospitalar

Além disso, a evidência de que os interesses dominantes se impunham, direcionando a profissionalização da Enfermagem para o campo hospitalar e não para a Saúde Pública, já se expressava bem antes da criação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Isso é possível constatar através da criação da Escola

Alfredo Pinto, em 1890, vinculada ao hospital psiquiátrico; da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, em 1916, e dos cursos para formação de pessoal de Enfermagem nos hospitais militares, regulamentados em 1921. Na própria estrutura dos programas de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery, que no discurso pretendia formar “enfermeiras visitadoras” para a Saúde Pública, transparece a necessidade que efetivamente se pretendia atender. As disciplinas que faziam parte do seu programa de ensino, em sua maioria, privilegiavam o conhecimento voltado para a atuação individualista e curativa no campo hospitalar¹⁴.

As novas experiências no campo da Saúde Pública, no início dos anos vinte, tinham também incorporado o novo paradigma de compreensão do processo saúde/doença, decorrente do avanço da biologia, da fisiologia, da anatomia-patológica, da microbiologia e da bacteriologia. Esse paradigma da Medicina Clínica, ao mesmo tempo que exigia outro espaço para se desenvolver, o hospital, provocava um abandono progressivo das medidas de caráter coletivo, privilegiando a assistência individual.

Essa nova forma de intervenção médica, centrada na assistência individual e curativa, vai progressivamente tendo uma demanda maior. A procura, que inicialmente se restringia às pessoas que podiam arcar com os custos, gradativamente se amplia; primeiro através das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, dos serviços beneficentes das Santas Casas e, mais tarde, através dos hospitais públicos, privados e conveniados.

¹⁴ Voltaremos a tratar da questão dos programas de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery no terceiro capítulo deste trabalho.

Essa Medicina Clínica, de caráter individualista e curativo, exigia a formação de um maior número de pessoal de enfermagem segundo o Modelo Biomédico¹⁵ de assistência, para compor a equipe de saúde hospitalar. A educação formal ministrada na Escola de Enfermagem Anna Nery, desde o seu início, em concordância com essa tendência, não preparava profissionais para o trabalho em Saúde Pública; a ênfase era dada ao ensino organicista e individualista, baseado no Modelo Biomédico e centrado no espaço hospitalar. Esse avanço da Medicina Hospitalar, no Brasil, se amplia na década de vinte e progressivamente vai se tornando predominante na atenção à saúde.

Apesar da história mostrar que inicialmente as enfermeiras que se formavam, em sua quase totalidade, eram absorvidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), diante da tendência predominante, tornava-se difícil consolidar a proposta de incorporação da Enfermagem à Saúde Pública. Isso acontecia principalmente porque, como já vimos, o movimento sanitário “nacionalista”, que defendia o modelo “Vertical Permanente Especializado”, foi o vitorioso na disputa que ocorreu durante os anos vinte. Nesse modelo, a Enfermagem não tinha um papel determinante a desempenhar, como era no caso do projeto das “Redes Locais Permanentes”.

O sanitarista Fontanelle, em um trabalho realizado sobre a Saúde Pública nesse período, já reconhecia uma certa frustração dos objetivos inicialmente projetados para a Enfermagem, conforme se verifica nessa citação.

“O fato é que em quatro anos de funcionamento, a escola formara 94 enfermeiras, mas ao fim de 1929 havia apenas 28 enfermeiras-

¹⁵ Esta terminologia foi criada por Mendes, para caracterizar o modelo que se tornou hegemônico na Saúde. Os princípios que fundamentam o “Modelo Biomédico” serão discutidos no segundo capítulo deste trabalho.

visitadoras, pois 70% das diplomadas contratadas para tal função havia desistido de ser 'missionária de Saúde', preferindo 'a posição menos trabalhosa e mais tranqüila de enfermeiras particulares ou de hospitais' ou deixando mesmo a profissão de enfermeira". (citado por Barreira, 1992: 53)

Fontanelle aponta ainda, como razão para a baixa permanência das enfermeiras na Saúde Pública, o trabalho penoso das visitas domiciliares, a rejeição que esse trabalho de "conscientização sanitária" sofria por parte da população e a remuneração desproporcional entre médicos e enfermeiras. (Barreira, 1992:50)

Esses são alguns dados que nos autorizam a pensar em outra interpretação para o surgimento e o desenvolvimento da "Enfermagem Moderna" no Brasil, divergente daquelas privilegiadas, até agora, pelos seus historiadores.

Outros aspectos, significativos na definição da origem e da trajetória da Enfermagem Profissional brasileira, serão analisados de forma mais cuidadosa no capítulo seguinte, que tratará do Modelo Biomédico assimilado pela Enfermagem, tanto no que se refere ao ensino como na assistência, revelando a hegemonia médica na definição dos rumos no campo da Saúde. Hegemonia que aparece claramente na transição funcional do hospital, conforme aponta Schraiber.

"Assim, com a reorganização do hospital, prestando-se à proteção-exclusão e à experiência médica, inicia-se sua *transformação em instrumento de cura*, e a partir desse momento passam a ser os médicos a autoridade no controle das práticas hospitalares, assumindo a responsabilidade da organização do hospital, até então pertencente ao pessoal religioso".
(1989:89)

Na nova estrutura hospitalar, a Medicina assumiu a coordenação e o direcionamento da assistência à saúde, tornando-se definidora de modelos a ser seguido pelas demais profissões nessa área.

1.6 A hegemonia da Medicina no campo da saúde: a Enfermagem brasileira sob o modelo hospitalocêntrico

A hegemonia da Medicina, presente no campo da saúde, foi construída durante séculos, a partir de alguns processos que deram legitimidade e poder à essa ciência. Inicialmente, isso se deu através da incorporação do saber popular sobre as doenças e as curas ao nascente saber médico. Com a institucionalização da Medicina e a organização corporativa de seus membros, essa profissão buscou sua aproximação com o aparelho do Estado, passando a orientar as Políticas Públicas no setor da saúde.¹⁶

A introdução e consolidação da ótica positivista na Medicina, como método que, segundo os seus adeptos, possibilitava a produção “objetiva e neutra” do conhecimento, reforçou a posição dominante já exercida por essa especialidade no campo da Saúde. Sem dúvida, o pensamento positivista promoveu um avanço significativo na pesquisa experimental em saúde, como a descoberta do processo de transmissibilidade das doenças e o tratamento e cura de inúmeros estados mórbidos, legitimando a sua posição privilegiada em relação às demais especialidades pertencentes ao campo. (Pires, 1989:72 et seq.)

¹⁶ Sobre a história da Ciência Médica e da Medicina, consultar Lilian Schraiber. Educação médica e capitalismo. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989.; Maria C. F. Donnangelo. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975.; Madel T. Luz. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988., entre outros.

A nova função do Hospital, que deixava de ser um depósito de marginalizados que ali ficavam até morrer, para se transformar em centros de tecnologia para tratamento, cura e pesquisa, exigia uma melhor preparação técnico/científica das pessoas que prestariam cuidados aos doentes e manipulariam os instrumentos. Tornava-se, por essa via, imprescindível a criação de cursos de Enfermagem, que qualificassem esse pessoal.

A mudança que revolucionou a prática médica e a assistência à saúde, no século XIX¹⁷, e começou a ganhar hegemonia no Brasil mais de cinquenta anos depois, é caracterizada por Coe da seguinte forma:

“A situação começou a mudar a partir de meados do século XIX, graças ao desenvolvimento da bacteriologia (após as grandes descobertas de Pasteur e Koch), da introdução da antissepsia (após 1870) e da incorporação das enfermeiras ao pessoal hospitalar. (...) `Em primeiro lugar, a imagem do hospital como um lugar onde os pobres iam para morrer se transformou na de um lugar onde os enfermos podiam se curar` (...) pela primeira vez a gente rica começou a solicitar os serviços hospitalares a conselho de seus médicos. Finalmente a criação da enfermagem como ocupação leiga e de certo `status` técnico, a partir de 1860 (graças aos esforços de Florence Nightingale) contribuiu para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada no enfermo”. (citado por Singer, 1981:28/29)

¹⁷ Para maiores esclarecimentos sobre essa transformação ocorrida na Medicina, na Biologia e na compreensão do processo saúde/doença, em âmbito internacional, consultar a obra de Michael Foucault. O nascimento da clínica. 2.ª ed. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. e George Canguilhem. O normal e o patológico. 3ª ed. Trad. M.T.R. Barrocos, L.O.F.B. Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

Essa relação entre a Enfermagem Profissional e o Hospital, apontada por Coe, comprova a vinculação dessa profissão com o campo hospitalar desde a sua origem. Isso se expressa decisivamente na figura de Florence Nightingale, que incorporou os parâmetros capitalistas de racionalidade e eficiência na forma da divisão técnica do trabalho, com as “Nurses” e as “Lady-nurses”, reproduzindo, no interior do hospital e da equipe de Enfermagem, a divisão social do trabalho. Essa vinculação também marcou fortemente a história da Enfermagem brasileira, ao contrário do que parecem considerar muitos dos seus estudiosos.

Foi a partir da institucionalização do hospital, como lugar para diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa dos problemas de saúde, cada vez mais complexos, que surgiu a necessidade da especialização e do trabalho em equipe. A Medicina, que havia se apropriado com exclusividade da milenar arte de curar, foi se legitimando socialmente como a profissão que detinha o saber e o poder dessa cura. Seria natural que também, no novo hospital, essa profissão se firmasse como a verdadeira Ciência da Saúde, e os médicos os seus legítimos representantes. As outras profissões, que compõem a equipe de saúde, entre elas a Enfermagem, se tornariam auxiliares no processo de tratamento e cura, considerando que os médicos são por eles responsáveis, dominando o saber e tendo o poder de definir as diretrizes e o trabalho em saúde. (Pires, 1989:81 et seq.)

Como já mencionamos, a partir da segunda década desse século, as práticas de Saúde Pública, inicialmente inspiradas no modelo sanitarista, vão rapidamente assumindo as características do Modelo Biomédico. Paradoxalmente, isso não se dá apenas em consequência de razões intrínsecas ao saber médico, decorrentes dos avanços da biologia, da patologia clínica, da fisiologia, da microbiologia e da genética, que exigiam outro espaço para a

continuidade de seu desenvolvimento e aplicação - o Hospital. Mas a consolidação do “modelo hospitalocêntrico” ocorre também como resultado de pressões dos próprios trabalhadores; pressão por um atendimento individualizado e garantido pelo Estado.

“O Estado oligárquico, que enfrentava uma situação de crise no fim da Primeira Guerra Mundial, vê-se frente às questões do fortalecimento e da ampliação da organização e da mobilização do operário urbano. Sabendo que a simples repressão policial não seria o bastante para conter o movimento dos trabalhadores, trata de dividi-los. Com isso limita sua eficácia e aumenta a sua institucionalização. Assim, a questão da Saúde parece ganhar, nos anos 20, um novo eixo: diminui-se a ênfase à Saúde Pública e às condições de salubridade e, (...) o modelo médico de assistência individual, curativa, começa a ganhar corpo”. (Luz, 1982:34)

A postura do Estado tinha sido, até aquele momento, de não intervenção nas políticas “trabalhistas” e “sociais”. (Oliveira, 1985:35) Essa luta dos trabalhadores pela assistência hospitalar e individualizada, somando-se à demanda que vinha sendo alimentado pelas novas camadas médias emergentes, impunha a necessidade de implementação de serviços dessa natureza.

É nesse espaço que a Enfermagem Profissional se tornará indispensável, dadas as características do trabalho em equipe dentro dos hospitais e a falta de profissionais de enfermagem nesse campo. A carência desses profissionais era agravada pela redução do número de religiosas, que tradicionalmente assumiam o trabalho de enfermagem nas instituições hospitalares (Santas Casas de Misericórdia). O afastamento das ordens religiosas dessas instituições decorria de diversos fatores. Devia-se, em parte, à

transformação na função dos hospitais, que deixavam de ser essencialmente caritativos para se tornar empresas lucrativas. Concomitante a isso, ocorria uma mudança na concepção do papel da mulher, na sociedade, que passava a assumir outras funções “dignas” de vida e de trabalho, além de atividades de dona-de-casa e da religiosa. A Enfermagem vinha a ser uma dessas profissões que não alteravam substancialmente o papel de submissão da mulher em relação ao homem, já que, nesse trabalho, continuava a receber ordens deles, os médicos; não adquiria uma independência financeira e não se afastava muito de seu papel de mãe, apenas transferia seus cuidados para outras pessoas, os doentes.

Ao tentar compreender a origem da Enfermagem Profissional no Brasil, fica difícil afirmar que ela possa ter percorrido um caminho diferente daquele escolhido pela Medicina. Se na década de vinte a assistência médica individual e hospitalar já era predominante em relação à assistência médica coletiva e de Saúde Pública, é de se esperar, dada a íntima relação entre essas duas profissões, que o desenvolvimento da Enfermagem ocorresse também nesse campo de Assistência à saúde.

A análise dos princípios que fundamentam o Modelo Biomédico, que sumularemos no próximo capítulo, ao mesmo tempo que reforça a nossa hipótese da forte ligação e mesmo da vinculação original da Enfermagem Profissional no Brasil com a Medicina Hospitalar, tem também a intenção de contribuir para uma reflexão sobre os paradigmas que embasam o ensino e a prática da Enfermagem, e sobre as conseqüências da incorporação desse modelo de assistência, na realidade de saúde da população.

CAPÍTULO II

O CONTEXTO TEÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: O MODELO BIOMÉDICO E SUAS IMPLICAÇÕES

2.1 As transformações do trabalho no campo da saúde: a constituição da Medicina e da Enfermagem Profissional

Essa reflexão sobre o Modelo Biomédico, que predominou na área da Saúde desde o início do século, tem dupla intenção. Primeiro, a de contribuir para a discussão, presente nos meios acadêmicos, que tem questionado esse modelo, ao mesmo tempo em que vem ensaiando a construção de novos paradigmas para a assistência à saúde no Brasil. Segundo, tentar mostrar que a “Enfermagem Moderna” brasileira, desde o seu nascedouro, esteve calcada nos princípios desse modelo, reforçando a nossa tese de sua vinculação original com a assistência hospitalar. A crítica a esse modelo, no entanto, não significa a sua rejeição pura e simples, mas supõe a necessidade de conhecer profundamente seus fundamentos e limites, superá-los para construir novas e mais adequadas possibilidades de atuação na área.

A separação entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, que marcou as organizações sociais antigas, deixou também seu estigma na história das profissões na área da Saúde. Na Medicina, até o início do século XIX, tinha-se de um lado a Medicina Interna, exercida pelos Físicos, que se preocupavam com as doenças internas ao organismo, e de outro a Medicina do Corpo, objeto de trabalho dos Cirurgiões, que por ser uma atividade manual, era desvalorizada

em relação ao trabalho dos Físicos. Essa desigualdade se caracterizava também por formas diferentes de aquisição/transmissão de saber. Enquanto os Cirurgiões aprendiam as técnicas cirúrgicas nas corporações de ofício, os Físicos formavam-se nas Universidades, onde era ministrado um saber amplo e filosófico.

A dissolução dessa divisão entre trabalho intelectual X trabalho manual, no interior da Medicina, parece ter se dado a partir das descobertas das ciências biológicas, da transformação da função dos hospitais e do surgimento de um novo modo de organizar e produzir a vida material. No modo de produção capitalista, “processa-se uma mudança do objeto de trabalho médico”; a prática médica, que era exercida distintamente por Físicos e Cirurgiões, terá sua concepção redefinida e, nesta redefinição, será unificada. (Schraiber, 1989:76/80)

Essa unificação, ocorrida em nível interno da Medicina, deslocou para outra esfera a divisão social do trabalho no campo da Saúde; a distinção passa agora a ser entre as diferentes profissões envolvidas nessa área. A Enfermagem, que se organizou num trabalho em equipe, marcado pela divisão técnica, viria a assumir um papel de subalternidade em relação à Medicina, por diferentes razões. Dentre elas, destacamos a questão de gênero, a parcialidade na transmissão do saber das disciplinas comuns e o significado social assumido pelos objetos dessas profissões, o “curar” - objeto da prática médica, e o “cuidado” - objeto da prática da Enfermagem que, nessa ótica dominante, é considerado secundário em relação ao primeiro.

As mudanças ocorridas durante o século XIX, com o desenvolvimento das ciências experimentais, como a biologia, a anatomia, a fisiologia, a patologia clínica e a microbiologia, tornavam inadequada a teoria médica presente nesse período. Segundo Luz, a Medicina estava,

“...marcada pelo compasso da filosofia, nitidamente de caráter especulativo e espiritual, que é progressivamente substituída pelo olhar empírico e experimental, pela introdução do elemento quantitativo, pelo desenvolvimento da tecnologia médica. (...) Para o êxito e a aceitação dessas ciências, foi fundamental o estabelecimento da hegemonia da filosofia positivista (...) propondo a ruptura com a imaginação e a argumentação, submetendo-as à observação e à experimentação, substituindo a procura de causas e essência pelo descobrimento de leis imutáveis, que seriam as relações constantes entre fenômenos observáveis - os fatos - cria o solo propício para o desenvolvimento das ciências positivas, já que o aforisma comtiano 'ver para prever', supõe a previsão de uma intervenção”. (1982: 113/111)

A partir dessas transformações, a Medicina que vinha assumindo como base o paradigma positivista¹⁸ para o conhecimento científico, é levada a um progressivo abandono das disciplinas da área das humanas, com uma crescente valorização das disciplinas técnicas. Essa mudança, contudo, não ocorreu sem uma luta feroz entre os que estavam ligados ao ensino filosófico e os adeptos do Positivismo. (Luz, 1982:112) Como produto mediato dessas transformações, ocorre a institucionalização da Medicina Científica.

Embora as características fundamentais desse processo tenham se desenvolvido inicialmente em países europeus, é nos EUA, onde o processo de industrialização avançou rapidamente, que essa concepção médica vai ganhar conformação definitiva. A criação da Faculdade de Medicina na Universidade de

¹⁸ Entende-se aqui por paradigma positivista aquele que se desenvolveria a partir de Augusto Comte. Esse tema será abordado, de forma mais específica, ainda neste capítulo.

Johns Hopkins, em 1893, e a divulgação do relatório de Flexner, realizado pela Fundação Carnegie¹⁹ em 1910, vão contribuir para o surgimento do Modelo Biomédico, que tem nos princípios positivistas e no liberalismo o seu fundamento. (Mendes, 1984:29)

Segundo Mendes, a consolidação efetiva desse modelo, que será incorporado como paradigma para as profissões da Saúde, ocorreu a partir do relatório em questão que, além de revelar a situação caótica em que se encontravam o ensino e o exercício da Medicina nos EUA, elaborou propostas elitizantes de organização da educação e da prática médica. Dentre elas, destacamos a duração mínima de quatro anos para os cursos; a introdução do ensino em laboratório, a expansão do ensino clínico em hospitais; a ênfase na pesquisa biológica, como forma de superar a “era empírica” do ensino médico; o estímulo à especialização médica e o controle do exercício profissional, pela categoria organizada. Os elementos estruturais dessa Medicina Flexneriana, denominada de “científica”, são *o mecanicismo; o biologicismo; a especialização; o individualismo; a exclusão de práticas alternativas; a tecnificação do ato médico; a ênfase na Medicina curativa e a concentração de recursos no espaço urbano/hospitalar.* (1984:30 et seq.)

Como se poderia prever, essas propostas e princípios vão também se constituir em diretrizes para a Enfermagem, em consequência da sua dependência e da relação umbilical com a Medicina²⁰. Esse conjunto de princípios teórico-metodológicos e ideológicos, que foram importados das Escolas de Enfermagem

¹⁹ A Fundação Carnegie escolheu o campo do Direito, da Teologia e da Medicina para atuação, porque acreditava que a influência que esses profissionais tinham na vida das pessoas se refletiria na estabilização das comunidades.

²⁰ A Fundação Rockefeller patrocinou um estudo sobre a Enfermagem americana semelhante ao realizado pela Fundação Carnegie com relação à Medicina, em 1910. Este estudo, publicado em 1923 no chamado “Relatório Goldmark”, apresentou propostas para a Enfermagem similares às que o “Relatório Flexner” havia recomendado para a Medicina. As alterações sugeridas para o ensino de Enfermagem, visavam readaptar a formação das enfermeiras à prática médica e à nova função dos hospitais.

americanas, cristalizaram-se na maioria das escolas brasileiras, apesar dos esforços empreendidos no sentido da construção de outros referenciais para a educação e para a prática dessa profissão, em nosso país.

A reflexão sobre os princípios constitutivos do Modelo Biomédico, se faz necessária, quando se pretende analisar, de forma radical, a realidade da Enfermagem brasileira. O conhecimento e o olhar crítico sobre esses alicerces têm por objetivo contribuir para o movimento atual, que pretende implementar novas concepções, no que se refere à atenção à Saúde, em nosso país.

2.2 As Bases Filosóficas Modernas na constituição da Ciência da Saúde

2.2.1 O mecanicismo cartesiano

A partir da “demonstração” da distinção entre corpo e alma por Descartes, no século XVII, e da produção da forma de compreender o corpo como uma máquina composta por partes (órgãos, sistemas e aparelhos), que funcionam numa engrenagem perfeita, definida por leis inquestionáveis, estava definitivamente aberto o caminho para a consolidação da visão dualística e fragmentada do homem.

Na compreensão cartesiana, onde a articulação entre movimento e matéria pretende explicar até o morrer como um simples “deixar de funcionar”, bastaria ao homem conhecer a complexa máquina humana, as partes que a compõem e o seu funcionamento para, através de instrumentos adequados, interferir nessa “mecânica” e na sua própria durabilidade.

Essa *concepção mecanicista da vida*, possibilitou um enorme avanço no conhecimento das “estruturas do corpo”, tanto no que se refere à forma (anatomia), quanto ao seu funcionamento (fisiologia). Esse reducionismo, no entanto, não se limitaria à compreensão dos seres vivos, mas expandiu-se e acabou sendo assimilado como visão de mundo. Enquanto método de análise e de reflexão sobre a realidade, o racionalismo cartesiano, ao mesmo tempo que possibilitou ao homem um domínio sobre a natureza, trouxe consigo a crença na determinação inexorável e na unicausalidade dos fenômenos. Nesse sentido, o sofrimento poderia continuar a ser encarado como uma forma de redenção para a alma, mas o adoecer teria causas e conseqüências passíveis de serem estudadas e entendidas, possibilitando a interferência humana no seu processo de desenvolvimento.

A maneira de intervir no processo saúde/doença acompanhou o desenvolvimento de outras ciências, principalmente da Biologia, que tomou, como base, a estrutura conceitual cartesiana sobre os organismos vivos. Essa abordagem fragmentária, ao mesmo tempo em que dividiu o homem em partes, possibilitou, através do estudo dos sistemas, aparelhos, órgãos, tecidos e células, atingir o conhecimento das unidades básicas da hereditariedade e do código genético, sem abandonar a concepção cartesiana e fundamentando-se no método positivista de experimentação, fundado por Augusto Comte.

2.2.2 O biologicismo e o pensamento positivista

Na evolução do pensamento moderno, o positivismo fincaria suas raízes em vários campos do conhecimento, com a pretensão de universalizar seus princípios. Comte, ao formular o seu sistema filosófico, o fez tendo como núcleo

a teoria dos três estados; teoria segundo a qual o espírito humano, a sociedade e a cultura teriam passado por três fases: a teológica, a metafísica e a positiva. As chamadas ciências positivas teriam surgido nesta última etapa e seu desenvolvimento teria se dado de forma ordenada e hierárquica, partindo da matemática e sendo seguida pela astronomia, física, química, biologia, culminando com a sociologia. (Japiassu, 1989:198)

O pensamento de Comte, ao mesmo tempo em que contribuiu com o desenvolvimento da biologia e de outras ciências experimentais, através da utilização do método científico de comprovação, não ficou imune a certos princípios biológicos. Dentre esses princípios, os de Broussais, nos quais Comte baseou sua doutrina, e

“...explica que todas as doenças consistem basicamente ‘no excesso ou na falta da excitação dos diversos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal’ (...) os fenômenos da doença coincidem essencialmente com os fenômenos da saúde, da qual só diferem pela intensidade”. (Canguilhem, 1990:28/29)

Comte quis atribuir a esses princípios um alcance universal, afirmando que os fenômenos sociológicos também poderiam ser tratados da mesma forma. Ao equiparar o “organismo social” a um organismo vivo, Comte acreditava que poderia utilizar os mesmos fundamentos para tratar dos dois fenômenos. Se nos seres vivos as doenças correspondiam a uma falta ou excesso de “excitação nos tecidos”, onde **“o estado patológico em absoluto não difere radicalmente do estado fisiológico (...), sem jamais poder produzir fenômenos realmente novos que não tivessem (...) seus análogos puramente fisiológicos”.** (Canguilhem, 1990:31), na sociedade, as “alterações” também poderiam ser

tratadas como distúrbios do padrão normal. O ponto de partida utilizado, para ambos os fenômenos, seria o do patológico para o normal; neste caso, acreditava-se que, conhecendo os estados alterados, se chegariam às leis que regem o padrão normal.

Essa relação intrincada entre a biologia, o pensamento comtiano e o método positivista influenciou de maneira radical o desenvolvimento da Medicina, na compreensão do que seja o “normal e o patológico”, e na forma de estudar e tratar o processo saúde/doença. Através da observação e da experimentação, realizou-se o estudo sistemático das doenças, seus sintomas e sinais, comparando e acompanhando as manifestações das doenças nos seus diversos períodos. Para essas experimentações era preciso que se concentrasse, num mesmo espaço, pessoas portadoras dos males a serem estudados. Os hospitais e as enfermarias se constituíram nesse “laboratório experimental” e os profissionais aí envolvidos teriam a função de restabelecer a normalidade e o antigo padrão.

A Medicina e as demais profissões da área da Saúde, ao incorporarem essa visão biologicista, o fizeram sob o ponto de vista da quantidade e não da qualidade; reduzindo a sua intervenção ao combate dos sintomas e de suas causas, sem se preocupar com os outros fatores que pudessem provocar alterações no processo saúde/doença. Nessa visão, os determinantes emocionais, psicológicos e sociais que interferem no estado de saúde das pessoas são desconsiderados. O modelo biológico, pelo sucesso obtido no tratamento de muitos estados mórbidos, acabou por ratificar e consolidar a maneira fragmentada de tratar e de cuidar dos problemas de saúde.

A estreita vinculação entre a “concepção biologicista” e o Modelo Biomédico prossegue até hoje, apesar dessa abordagem ter se mostrado inadequada para resolver inúmeros problemas de saúde; principalmente quando

se trata de problemas de Saúde Pública. Essa concepção alimenta a crença de que, a partir do momento em que se conhece os menores constituintes dos organismos vivos, basta que se faça o caminho inverso, unindo as partes agora conhecidas, para se chegar à compreensão da totalidade do funcionamento do organismo humano, do “homem integral”. Esse princípio parece equivocarse, dado que a soma das partes não constitui o todo; a vida humana, o homem e o processo saúde/doença são realidades muito mais complexas do que essa concepção permite compreender.

Os espetaculares progressos dessas ciências, possibilitados por essa visão reducionista, têm sido suficientes para que os limites da visão biologicista e do próprio Modelo Biomédico não sejam questionados pela maioria dos profissionais da área da Saúde. Predomina a convicção que essa é a única e a melhor alternativa para o enfrentamento dos problemas de saúde.

2.2.3 A influência do Pensamento Liberal Moderno no avanço da especialização e do individualismo na ciência e na prática de saúde.

Parece lógico que, uma vez assimilados os princípios mecanicista e biologicista, o desenvolvimento subsequente, na área da Saúde, fosse a ênfase na *especialização*. Com a necessidade de se conhecer detalhadamente cada sistema, cada órgão, cada membro do corpo, e considerando que não é possível ser “expert” em tantas partes, tornava-se imperativo aos profissionais a especialização em uma delas, mesmo que isso inviabilizasse a compreensão do todo, e mesmo quando essa totalidade fosse o próprio homem.

Seguindo a tendência da Medicina e do desenvolvimento tecnológico, a Enfermagem foi progressivamente inclinando-se para a especialização. Nesse caso, contudo, como não era interessante que o profissional enfermeiro fosse oneroso ao sistema, o que ocorreria se a especialização se desse em nível de pós-graduação, a pressão ocorre no sentido de que os cursos de graduação contemplem um mínimo de formação em determinadas áreas de ponta, como em UTI, Hemodiálise, quimio e radioterapia etc.

Essa “meia-especialização”, ao mesmo tempo que não qualifica o enfermeiro para um trabalho especializado, inviabiliza a sua formação geral na graduação. A opção pela formação geral do enfermeiro não se constitui numa simples oposição à especialização precoce, mas numa possibilidade de construção de uma visão totalizante do processo de trabalho em saúde e de transformação do enfermeiro num agente que intervém efetivamente no processo saúde/doença.

Nesse mesmo processo, é possível perceber ainda, como princípio constitutivo da Medicina Moderna, *o individualismo*, princípio liberal que coloca os direitos individuais como prioritários e preponderantes sobre os da coletividade.

“O individualismo é o princípio que considera o indivíduo enquanto sujeito que deve ser respeitado por possuir aptidões e talentos próprios, atualizados ou em potencial (...) A função social da autoridade é a de permitir a cada indivíduo o desenvolvimento de seus talentos, em competição com os demais, ao máximo de sua capacidade. O individualismo acredita terem os diferentes indivíduos atributos diversos e é de acordo com eles que atingem uma posição social vantajosa ou não. Daí o fato de o individualismo presumir que os indivíduos tenham escolhido

voluntariamente o curso que os conduziu a um certo estágio de pobreza ou riqueza. Se a autoridade não limita nem tolhe os indivíduos, mas, ao contrário permite a todos o desenvolvimento de suas potencialidades, o único responsável pelo sucesso ou fracasso social de cada um é o próprio indivíduo e não a organização social". (Cunha, 1980:28)

Esse princípio aparece assimilado pela Medicina Científica em dois momentos: quando escolhe o indivíduo como objeto central do seu saber e de sua prática, e quando aceita o adoecer como responsabilidade individual, desconsiderando os outros determinantes do processo saúde/doença.

O contraponto dessa abordagem individualista, que responsabiliza unicamente a pessoa pelo seu estado de saúde, deve ter como argumento básico a comprovação da existência de inúmeros outros determinantes nos processos patológicos, que independem da vontade, aceitação ou responsabilidade dos indivíduos. Determinantes que podem ser de ordem social, econômica ou cultural e que só podem ser resolvidos por meio de ações políticas e compromissos sociais de caráter coletivo.

2.3 A adoção do Modelo Biomédico na Medicina e na Enfermagem: conseqüências

2.3.1 A exclusão das práticas alternativas e a tecnificação do ato médico

A ciência moderna empírica, se por um lado proporcionou um efetivo avanço e eficácia no tratamento de muitas doenças, *excluiu* a possibilidade de

desenvolvimento de *formas terapêuticas alternativas*, realizando um combate duro às práticas que se distanciavam dos princípios científicos e, garantindo o predomínio do Modelo Biomédico. Para se manter como saber absoluto, no campo da Saúde, a Medicina Científica desqualificou toda a sabedoria popular que não pudesse ser comprovada cientificamente. A “medicalização” da sociedade levou a uma restrição da autonomia das pessoas para se “autocuidarem”, a tal ponto que praticamente qualquer “ousadia” em tratar os problemas de Saúde, sem a orientação médica, é condenada.

As práticas de Medicina tradicional, ou das ditas alternativas, como a homeopatia, a fitoterapia, a acupuntura etc., passaram a encontrar muita resistência, no mundo ocidental.

O modelo da Medicina ocidental, que se desenvolveu junto com a sociedade industrial, ao mesmo tempo em que excluiu os rituais das práticas tradicionais, criou novas formas para realizar a sua própria prática - *a tecnificação da assistência*, obtida através de um conjunto de procedimentos racionais e encadeados, para garantir os resultados esperados. Essa “forma racional” de atendimento, fundamentada na “ciência moderna aplicada”, ao converter em prática os conhecimentos teórico-científicos, incorporou-se de maneira singular à área da Saúde. Como afirma Mendes, o

“Trabalho de pesquisa realizado em vários países subdesenvolvidos, incluindo alguns da América Latina, mostra que a tecnologia de Saúde se difunde com extrema rapidez, em velocidade superior a outras tecnologias de largo emprego como as de televisão e computadores.

A tecnificação do ato médico pela medicina científica fez erigir, por razões ideológicas e econômicas, como parâmetro de qualidade, o grau de densidade tecnológica da prática médica, em detrimento da medicina em

promover ou restaurar a Saúde e prevenir as doenças. Essa distorção, imposta pela medicina científica, resulta clara na proposta da 'avaliação estrutural' da qualidade da atenção médica que pressupõe que se existem equipamentos sofisticados, o ato médico resultante é de boa qualidade". (1984: 34)

Essa crítica, no entanto, não desconsidera que as atividades humanas sempre foram mediadas pela tecnologia e que ela é fundamental para o desenvolvimento da humanidade. O que me parece crucial, nessa questão, é a distorção que sofreu, no campo da Saúde, onde a tecnologia de ponta é vista como a melhor ou a única alternativa para a melhoria da qualidade de Saúde.

Na Enfermagem, cujo trabalho é realizado por uma equipe com diferentes graus de formação, mas com atribuições semelhantes no que se refere ao cuidado do paciente ou cliente, a versão dessa tecnificação deu-se na elaboração de procedimentos, normas e rotinas que asseguram uma certa homogeneidade na assistência de enfermagem, mesmo sendo desempenhado por pessoas com qualificações diferenciadas. Isso materializou-se de tal forma no trabalho de Enfermagem que, por mais esforço que se faça para distinguir as diversas categorias que compõem a equipe de enfermagem, a sociedade de um modo geral não parece perceber essa diferença. Em outras palavras, além das pessoas não saberem que existe uma hierarquia dentro da equipe de Enfermagem, não conseguem perceber diferenças significativas, quando são atendidas pelos distintos membros da equipe.

2.3.2 A ênfase na medicina curativa e no atendimento hospitalar

A ênfase na Medicina curativa teve sua origem em conceitos gerados na compreensão do “normal e do patológico”, onde a doença aparece como uma “alteração quantitativa, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes”. Segundo Claude Bernard, conhecendo-se o normal e o fisiológico, ou seja, o que funciona de forma perfeita, qualquer alteração causada por agentes que penetrem no organismo, provocando doenças, pode ser combatida através da intervenção médica e da aplicação de uma terapêutica adequada. (Canguilhem, 1990:45)

A partir dessa concepção, que restringe a causalidade das doenças à agentes etiológicos, desconsiderando os determinantes sociais, ambientais e psíquicos das patologias, os esforços científicos e empresariais concentraram-se no combate e na cura das doenças orgânicas, com o objetivo de suprimir as desagradáveis manifestações sintomáticas e restituir a normalidade e o funcionamento perfeito (fisiológico) ao organismo. Isso levou a uma preponderância das intervenções curativas, em relação aos outros níveis de atenção à saúde.

No Brasil, o trabalho médico curativo sempre foi quantitativamente superior em relação à atenção primária. O movimento sanitário, presente na Primeira República, foi sendo suplantado, já no início da década de vinte, quando as epidemias estavam praticamente erradicadas e o “Modelo Campanhista/Policial” deixava espaço para o “Modelo Vertical Permanente Especializado”, que criou ambulatórios para atendimento à população em certas especialidades, principalmente a tuberculose. Essa tendência curativa foi reforçada também pelo surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs e pelo exercício liberal da Medicina.

Esses princípios do Modelo Biomédico não foram incorporados de forma aleatória ou como consequência de um acaso, mas foram gestados e articulados em um determinado contexto - a sociedade capitalista liberal. Os hospitais e os centros urbanos se constituíram nos espaços mais apropriados para o desenvolvimento desse modelo de assistência, conforme assinala Mendes.

“As exigências da sociedade industrial e da tecnificação do ato médico, determinaram uma concentração dos recursos de Saúde. Essa concentração se manifesta, mais concretamente, nos planos espacial e institucional e, em consequência, a medicina científica tornou-se urbano-cêntrica e hospital-cêntrica.

Espacialmente, os serviços de Saúde não estão igualmente acessíveis porque se localizam em consonância com o objetivo que orienta sua produção e com as condições de mercado a que estão sujeitos. Por isso, a medicina científica localizou-se, predominantemente, no espaço industrial, a cidade (...) Ademais, o hospital torna-se o ‘locus’ privilegiado da prática médica tendo em vista que é a única instituição que pode abrigar a crescente parafernália de equipamentos exigidos pela medicina científica e, também, o espaço gerador e difusor da nova ideologia médica”. (1984: 35)

Além desses princípios, pode-se acrescentar, no caso específico da Enfermagem, *o pragmatismo*. Parece que existe uma certa resistência, por parte da maioria dos enfermeiros, em discutir questões teóricas que não tenham “utilidade prática imediata”. Dificilmente discutem-se concepções, conceitos, princípios e diretrizes que fundamentam ou deveriam fundamentar a prática profissional. Parte-se do pressuposto de que essas discussões não são relevantes para o exercício da profissão, e freqüentemente o exercício profissional reduz-se

a um voluntarismo e um ativismo que compensam ou camuflam as frustrações dos resultados inicialmente esperados para qualquer projeto profissional. Essa resistência não constitui uma opção consciente dos enfermeiros pela concepção pragmática, mas parece ser o resultado da ausência do exercício de reflexão teórica durante a sua formação e que se perpetua durante sua vida profissional. As exceções são produtos de determinados “acazos”, construídos normalmente fora do campo de discussões específicas da Enfermagem, e elas têm contribuído muito para o crescimento da profissão nas últimas décadas.

Isso nos leva a pensar na necessidade de fortalecer o enfoque “humanístico” nos currículos de Enfermagem, valorizando a interdisciplinariedade e o desenvolvimento teórico/crítico dessa profissão. A tendência em seguir modelos e práticas profissionais deve-se, em parte, à insegurança teórica dos profissionais de Enfermagem, que tem dificultado a crítica dos paradigmas vigentes e a construção de modelos alternativos.

A análise dos programas de ensino predominante em nossa primeira Escola de Enfermagem, constitui um passo preliminar, que nos permitirá verificar o seu papel no processo de cristalização que denunciemos.

CAPÍTULO III

O CONTEXTO INSTITUCIONAL DA CONSTITUIÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: A ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

3.1 As condições contextuais como limite às realizações institucionais

O desenvolvimento da Enfermagem Profissional, no Brasil, teve o seu início com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1922, na cidade do Rio de Janeiro, então capital do país. Nesse momento, grupos de sanitaristas, em diferentes Estados, estavam tentando implantar um projeto de Saúde Pública, semelhante ao que vigorava em países mais desenvolvidos, como os EUA. Esse projeto, ao qual se associavam as autoridades sanitárias do Distrito Federal, fundamentava-se na descentralização dos serviços e na promoção de uma educação sanitária a ser realizada por enfermeiras visitadoras. Como já assinalamos no capítulo I, as condições objetivas que se apresentavam, na década de vinte, não favoreciam a implantação desse projeto, conforme o idealizado.

Nesse período, da Primeira República, a elaboração e a implementação das Políticas de Saúde não eram da competência do Governo Central, mas dos Estados. Entretanto, o que se fazia no Distrito Federal tinha repercussão em todo o território nacional. Os mandatos políticos do Governo Federal, por sua vez, eram resultados de acordos feitos entre as elites dos Estados mais desenvolvidos, como São Paulo e Minas Gerais, que se revezavam no poder.

Os intelectuais, os profissionais liberais e a classe dirigente, dessa época, formavam-se na Europa e nos EUA, ou visitavam com frequência esses países, podendo comparar o processo de desenvolvimento brasileiro com o que acontecia no exterior. A diferença existente, pensavam eles, poderia ser diminuída na medida em que se importassem modelos colocados em prática naqueles países. Essa concepção fez com que, no caso da Enfermagem, se importasse dos EUA o modelo de ensino e de assistência que tinha sido gestado na Inglaterra, em 1860, com Florence Nightingale.

O discurso empregado pelas autoridades públicas, ligadas ao DNSP, para justificar a criação de uma Escola de “Enfermagem Moderna” no Brasil, foi a necessidade de enfermeiras diplomadas para a atuação na Saúde Pública. A assimilação desse discurso, e o fato dessa sugestão ter partido do órgão máximo da Saúde Pública da época, parece que foi o suficiente para que não se analisassem outros aspectos envolvidos no processo. Na realidade, essa escola acabaria formando enfermeiras voltadas para o serviço hospitalar; satisfazendo a necessidade de uma parcela restrita da população; uma elite beneficiada com a melhoria dos serviços hospitalares, espaço eleito para a aplicação dos avanços científicos na área. A evidência disso encontra-se na própria organização da escola, anexa a um hospital, assim como no seu primeiro programa de ensino implantado, cujas disciplinas eram dirigidas quase que exclusivamente para a assistência curativa/hospitalar.

Conforme assinalamos, a contradição entre o discurso e a prática é uma característica da política do Estado Burguês que, nos países hegemônicos, onde o desenvolvimento capitalista foi acompanhado de uma forte organização dos trabalhadores, ficava mais dissimulada. O Estado, como mediador entre o capital e o trabalho, era obrigado a fazer determinadas concessões à classe trabalhadora, realizando ações em determinadas áreas, como a Saúde e a Educação. Já nos

Só!

países da América Latina, entre eles o Brasil, onde o desenvolvimento capitalista dispunha de um grande contingente de mão-de-obra desorganizada, procedente da imigração externa e de migração interna, os donos dos meios de produção puderam, desde o início, dispensar trabalhadores²¹ e desconsiderar as suas necessidades e reivindicações.

Essa situação vulnerável, expressa e acirrada pela precária organização da classe trabalhadora, impedia o desenvolvimento de pressões sociais que significassem um risco para a acumulação capitalista. O Estado pode, assim, incorporar um discurso liberal-popular, como o da Saúde Pública, e na prática só atender às solicitações das camadas médias e altas que, no caso, exigiam uma melhor assistência curativa/hospitalar.

O estabelecimento de uma relação de dependência, entre os poucos setores organizados dos trabalhadores e o Estado, teve como componente fundamental a Previdência Social²², iniciada em 1923, dividindo os trabalhadores em corporações. As CAPs e os IAPs tiveram um papel importante nessa estratégia de controle e cooptação, minorando também o conflito social, ao dar assistência de saúde às parcelas mais reivindicativas.

Essa política, restrita na amplitude de cobertura e deficiente na organização técnica e institucional, fez com que permanecessem agudos os problemas básicos de Saúde Pública. A ausência de solução para os problemas preveníveis de saúde, resultava numa demanda crescente por serviços médicos e pelo atendimento hospitalar individualizado.

²¹ O avanço tecnológico tende a limitar a absorção de mão-de-obra. O Brasil como um país de industrialização recente, importou tecnologia dos países centrais desde o início do processo, justamente no momento em que a decadência da agricultura de exportação a tornava mais disponível.

²² Sobre a história da Previdência, no Brasil, consultar J. A. de A. Oliveira., S. M.F. Teixeira. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

Apesar das tentativas de realizar reformas na década de quarenta, o Sistema Previdenciário permaneceu inalterado até 1966, quando a crise do Sistema Nacional de Saúde viria a tona. Nessa ocasião, se percebia que,

“De um lado, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços: carecia de bases financeiras sólidas e institucionalmente esbarrava na diferenciação entre os institutos quanto a benefícios e serviços em geral. De outro, a expansão do atendimento à saúde pública colidia, de há muito, com a estreiteza financeira do Estado. Desenhava-se progressivamente um quadro nada animador, cujas causas ultrapassavam os limites das instituições que no Brasil estavam encarregadas de prestar assistência à saúde”. (Braga, 1981:87)

Mesmo no período seguinte, marcado pela ditadura militar, quando se tentou implantar, no Brasil, um pseudo “Welfare State”²³, o interesse pelo “bem estar social” traduziu-se em “programas sociais” com caráter paternalista, que visavam proteger a ordem social das perturbações próprias da modernização conservadora, controlar os trabalhadores e instaurar a “paz social”. Nesse período, só se ampliaram os investimentos no setor da Saúde, direcionados para os serviços hospitalares, que tinham elevado em muito, os custos dos diagnósticos e tratamentos, dada a modernização dos equipamentos, instrumentos e materiais médicos, sofisticando o atendimento, destinado à uma minoria.

²³ O Estado de Bem-Estar Social, emergiu no “Primero Mundo” após a Segunda Guerra Mundial, para enfrentar a “democracia de massa”, contrapondo-se às conquistas do Socialismo. A propósito desse novo modelo de Estado Burguês, conferir o periódico: NOVOS ESTUDOS - CEBRAP. São Paulo, N.º 22, out. 1988.

A criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, refletia, no seu nascedouro, essa contradição entre o discurso “social” e a prática elitista na área da Saúde.

Carlos Chagas, em 1921, quando começou a divulgar a futura Escola de Enfermagem e fazer um “apelo às moças brasileiras” para que optassem pela nova profissão, proclamava:

“As organizações sanitárias modernas não mais podem dispensar os serviços de enfermeiras visitadoras, que constituem um dos factores de maior valia na prática dos methodos prophylacticos. (...)”

Na luta contra a tuberculose melhor se experimenta e mais eficazmente se exercita a actividade da enfermeira visitadora. O combate ao contagio, principalmente ao contagio abundante, àquelle capaz de occasionar infecção evolutiva, constitui a base primordial da luta contra a doença; (...) Além de que, não só à prevenção da doença aproveitam os serviços da enfermeira technicamente educada; beneficiam ainda, e de modo primordial, a assistência aos enfermos, tanto em hospitais quanto em domicílios privados”. (1921:I)

Se, por um lado o discurso ressaltava a necessidade de enfermeiras para um trabalho preventivo, de outro enfatizava os benefícios de se ter um pessoal qualificado para cuidar dos doentes, nas casa particulares e nos hospitais. O trabalho da Enfermagem, na Saúde Pública, praticamente ficaria restrito ao programa de combate à tuberculose, que por ser uma doença contagiosa, poderia atingir todas as camadas sociais.

Outro aspecto a ser considerado, na base do surgimento da Enfermagem Profissional no Brasil, era a possibilidade dessa profissão se

constituir em um campo de trabalho para as mulheres das classes médias, que começavam a incorporar-se ao mercado de trabalho. Esse propósito transparece na fala de Carlos Chagas,

“Encarada em seu aspecto social, e interpretada na grandeza moral de seus objectivos, a função de enfermeira virá constituir para a mulher brasileira um vasto campo de actividade productiva, na qual se exercitam todas as excellencias de su’alma piedosa e altruistica, na qual se effectivam seus altos ideaes de emancipação pelo trabalho nobilitante. (...) Sobram às nossas patricias predicados de sentimentos, todas as energias da abnegação e da bondade, que as abilitam a mister de tanta monta; e cabe ao Estado o dizer irrecusavel de aproveitar, em beneficio colectivo, as mesmas virtudes da mulher, que fazem o encanto de nossos lares”. (1921:II)

O processo de seleção das alunas, nessa escola, em consonância com seus objetivos, era rígido e elitista. O primeiro Regimento Interno da Escola de Enfermagem Anna Nery exigia das alunas a apresentação de certificado de exames preparatórios de Português, Aritmética, *Francês*, *Inglês*, Geografia e História do Brasil, Física, Química e História Natural; ou diploma de Escola Normal ou de curso oficial equivalente. Exigia ainda idade entre 20 e 35 anos; atestado médico que comprovasse perfeitas condições físicas e mentais; atestado de boa conduta e a situação civil de solteira, viúva ou separada legalmente do marido. Por essas exigências, podemos inferir que não eram muitas as mulheres brasileiras que atendiam a todos os requisitos; não há dúvida de que falar duas línguas estrangeiras e ter cursado uma Escola Normal eram privilégios de um grupo muito restrito.

A intenção de formar uma elite estava explícita, nas falas das autoridades envolvidas com a criação da Escola e nos seus próprios objetivos.

“(A Escola) visa preparar moças brasileiras que *queiram ocupar posições de responsabilidade no DNSP, nos hospitaes do Brasil e nos domicilios onde houver doentes*”. (Parsons, 1921:7) (Grifos meus)

“O fim principal da escola era ensinar a arte de enfermagem de saude publica às *moças de boa base social...*” (DNSP, 1926:2) (Grifos meus)

“Interessar-se-iam suficientemente *as senhoras brasileiras, das melhores camadas sociaes, pela nova profissão, para consentirem em deixar as suas casas e seguirem o interessante, comquanto dificil, preparo exigido?*” (Parsons, 1928:204) (Grifos meus)

A necessidade de melhorar a imagem social do trabalho de Enfermagem, para que “senhoras brasileiras das melhores camadas sociais” se interessassem por ele, era consequência da própria assimilação dos princípios nightingaleanos, que deveriam reger a escola e os critérios para a seleção das candidatas. Esses princípios apareciam no discurso proferido pelo Dr. Raul Leitão da Cunha, no I Congresso Internacional de Hygiene Infantil, em resposta às críticas que as autoridades sanitárias federais vinham sofrendo, pela criação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Eram, assumidamente, os mesmos princípios expressos por Florence Nightingale, em 1860, **“... que com tal maestria os formulou, que ainda hoje, salvo pequenas modificações, inevitáveis e fáceis de compreender, persistem em pleno vigor”.** (Cunha, 1923:5)

Em síntese, constituíam-se nas seguintes formulações:

“1. É preciso apurar, na escolha das candidatas, como qualidades essenciais, a vocação, os bons princípios morais e a instrução secundária suficiente;

2. A direção da escola deverá ser confiada, sempre, a uma enfermeira capaz;

3. A imprescindibilidade dos estudos práticos, exige que a escola seja anexa a um hospital e disponha de meios que facultem as alunas a visita nas instituições onde possam ser treinadas nas especialidades, que não constituam serviços desse hospital;

4. As alunas não deverão treinar simultaneamente com os estudantes de medicina para que a divisão de trabalho, inevitável nesta hipótese não nos venha desfalcado de bons elementos de aprendizagem;

5. Os programas serão organizados de maneira que, além da técnica da Enfermagem, sejam devidamente ensinadas as regras da disciplina, dos bons costumes, da ética e da deontologia profissional;

6. O merecimento das alunas deverá ser convenientemente apreciado, para que as notas obtidas possam justificar a concessão do diploma final;

7. Os exercícios práticos deverão ser feitos sobre todos os assuntos relativos à profissão, para o que será adaptada o processo de rodízio entre as alunas;

8. Para que não sobrecarreguem, estas, com obrigações de menor importância, deverão ser dispensadas dos trabalhos pesados dos hospitais, onde haverá pessoal subalterno, que deles se deverá incumbir;

9. Haverá, na escola, meios de divertimentos sãos, para que as internadas, entretendo-se com eles, bem ocupem o seu espírito, e exercitem os seus músculos, nos momentos de lazer;

10. Deverá haver o máximo cuidado, na construção e instalação da escola, para que as alunas se habituem a viver em um meio confortável e higiênico”. (Cunha, 1923:5/6)

3.2. A vinculação original entre o profissional da saúde e o hospital na gênese da Escola de Enfermagem

Esses princípios, carregados de um forte apelo moral, ao se constituírem em diretrizes para o funcionamento da Escola de Enfermagem Anna Nery revelam aspectos fundamentais do processo formativo e do desenvolvimento da Enfermagem Moderna no Brasil.

A “imprescindibilidade dos estudos práticos”, expresso no terceiro princípio, foi argumento suficiente para criar a Escola anexa ao Hospital Geral de Assistência. A justificativa de “facilitar” o trabalho prático das alunas, nas

enfermarias médicas e cirúrgicas, parece esconder a intenção de utilizar o trabalho das alunas, o que sugere também o art. 418, do Regulamento do DNSP, quando diz: **“As alunas serão obrigadas a um serviço diário de oito horas, no Hospital Geral de Assistência ou em outro estabelecimento de assistência, para cujo serviço sejam destacadas;”** Nesse sentido, o mesmo artigo, no parágrafo segundo reza que, **“As alunas terão direito a dois meios dias de descanso por semana e a uma quinzena de férias anualmente”.** (Anexo III)

Normatizar o ensino prático dessa forma, indica, desde logo, a ênfase que se daria à prática hospitalar e o intuito de utilizar o trabalho das alunas nessa instituição. Isso se revela, ainda, quando verificamos que as alunas assumiam o trabalho integral nas enfermarias e ambulatórios, inclusive durante o período noturno.

“Algumas das enfermarias, salas de operação e ambulatórios do Hospital de Assistência do Departamento, em numero determinado pelo Diretor Geral, serão destinados ao ensino da Escola, ficando a directora responsável pela bôa ordem e eficiencia de todos os serviços de enfermagem”. (Art. 386 Regulamento do DNSP - Anexo III)

“Os períodos de serviço da noite são aproximadamente de 4 semanas cada um, formando um total de 4 a 5 mezes durante o curso completo”. (DNSP, 1926:6)

Essa vinculação umbilical da Enfermagem com o Hospital e a exploração do trabalho de alunas é, de fato, histórica; vem desde a origem da “Enfermagem Moderna”, com Florence Nightingale, que fundou a sua escola

anexa ao Hospital São Thomaz, em Londres. A criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, ligada a um hospital, reflete a assimilação dessa prática, assim como havia acontecido com as Escolas de Enfermagem americanas em geral.

A multiplicação das Escolas de Enfermagem, nos EUA, aconteceu no mesmo período em que se redefinia o papel das instituições hospitalares e se expandia a sua rede. Quando os diretores dos hospitais descobriram as vantagens financeiras que uma escola anexa poderia trazer, ao fornecer serviços de enfermagem a baixo custo, tornaram-se adeptos fervorosos dessa idéia e disseminadores dessas escolas. Tanto assim que, de 15 escolas com 323 alunas em 1880, passou-se para 1096 escolas com 29.320 alunas em 1909 e, em onze anos (1920), chegou-se a 149.128 alunas. (Alcântara, 1963:19)

Essa proliferação de escolas, em todo o país, desvinculadas das instituições educacionais vigentes, e sem parâmetros comuns para o ensino, acabou por acarretar sérios problemas relacionados à qualidade da formação que proporcionavam e à inserção do pessoal formado no mercado de trabalho. O excesso de enfermeiras formadas, que ultrapassava a demanda dos hospitais, aliada à necessidade do Estado em implementar determinadas Políticas Sociais que atendessem às reivindicações da classe trabalhadora, fez com que, a partir da primeira década desse século, a Enfermagem, nos EUA, se direcionasse para o campo da Saúde Pública. Apesar disso, o ensino ministrado nas escolas, que em sua grande maioria permaneciam anexas aos hospitais, continuava sendo o mesmo; um ensino centrado no conhecimento de patologias, voltado para o atendimento hospitalar, curativo e subordinado ao trabalho e ao modelo médico.

Dessa contradição entre o ensino e a prática profissional emergiram problemas que induziram a realização de um estudo nacional sobre a Enfermagem, naquele país, a exemplo do que havia acontecido na Medicina, com

o “Relatório de Flexner”, em 1910. Esse estudo teve início em 1919 e foi publicado em 1923, no chamado “Relatório Goldmark”²⁴. Entre as recomendações contidas nesse Relatório, destinadas à uniformização do ensino nas escolas de Enfermagem americanas, destacam-se: a exigência de conclusão do curso secundário para realização da matrícula; a duração dos cursos de no mínimo 24 meses; um maior número de Escolas Superiores de Enfermagem vinculadas às Universidades e a criação de cursos de pós-graduação. (Alcântara, 1963:22)

Essas recomendações, além de não terem sido automaticamente incorporadas pelas escolas, não mudavam substancialmente as bases estruturais e conceituais da formação das enfermeiras, nem apontavam um novo paradigma para a Enfermagem. Sugeriam, sim, reformas que readaptassem o trabalho da Enfermagem ao trabalho da Medicina, modificado pelo avanço das ciências experimentais; ao progresso tecnológico incorporado pelos hospitais; à assimilação do taylorismo nas práticas de saúde e à necessidade de trabalhadores menos onerosos, para substituir os profissionais médicos, nos serviços de Saúde Pública.

No Brasil, algumas dessas recomendações, contidas no Relatório de Goldmark, foram incorporadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery; como por exemplo a exigência de Curso Normal ou equivalente para o ingresso na escola; a duração dos cursos de dois anos e quatro meses, e a opção por um dos cursos eletivos, no caso, Saúde Pública, Experiência Administrativa ou Hospitalar, a ser realizado no último semestre.

Embora se pretendesse formar uma elite de mulheres brasileiras, oriundas das camadas sociais média e alta, percebem-se claramente os limites

²⁴ Para consultas, ver J. Goldmark. Nursing and nursing education. New York: Macmillan, 1923

impostos para a profissão de enfermeira; tanto no que se refere ao acesso ao conhecimento, quanto ao papel de submissão dessa atividade profissional em relação à Medicina.

Isso se manifesta na forma de transmissão/assimilação do conhecimento, que determinava momentos diferentes, para a aprendizagem prática, entre estudantes de Enfermagem e de Medicina; nos professores do Curso, onde mais de 60% das disciplinas teóricas eram dadas por médicos, reforçando o Modelo Biomédico; e na definição do serviço prestado pelas enfermeiras, que

“... é de cuidados de enfermagem e de educação sanitária, e nunca, de maneira alguma, ultrapassa a linha de demarcação da ética nas atribuições do médico. Primeiro, e sempre, devem as enfermeiras de saúde pública aprender que o seu dever é executar as ordens médicas...” (Parsons, 1928:212)

assim como na delimitação de suas funções,

“A enfermeira por certo não receita e nem diagnostica, mas os seus estudos têm de ser paralelos com os do médico, mantendo porém, uma linha de demarcação bem definida. Ela precisa saber, saber muito bem, para ter perfeita compreensão da sua missão como colaboradora e auxiliar inteligente do médico”. (Fraenkel, 1932:10)

Essas citações, sem dúvida, revelam uma determinada concepção de Enfermagem e do papel por ela desempenhado na sociedade e nos Serviços de

Saúde. São extraídas de textos que foram escritos por enfermeiras americanas²⁵, vinculadas à Fundação Rockefeller, que vieram ao Brasil, em diferentes momentos, a partir de 1921.

Esse grupo de enfermeiras tinha a incumbência básica de organizar, *dirigir* e supervisionar o Serviço de Enfermagem do recém construído Hospital São Francisco de Assis; organizar e *superintender* o Serviço de Enfermeiras do DNSP; organizar e *dirigir* a Escola de Enfermagem Anna Nery, além de ministrar o ensino de Enfermagem, teórico e prático, nessa Escola.

3.3 A assimilação do modelo norte-americano na Escola de Enfermagem brasileira

Ao assumirem os cargos diretivos nessas instituições, e como responsáveis pela formação teórico/prática das futuras profissionais, as enfermeiras americanas tinham acesso ao poder e a instrumentos, com os quais pretendiam garantir a transferência do modelo de Enfermagem que vigorava em seu país de origem. Em 1922, deu-se

“O primeiro passo para a adaptação do sistema norte-americano, no Brasil, foi o estabelecimento de um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saude Publica, de igual categoria às Inspetorias de departamento e abraçando todas as atividades de enfermagem”. (Parsons, 1928:202)

²⁵ Durante dez anos, no período de 1921 à 1931, prestaram serviço no Brasil 32 enfermeiras da “missão técnica”, sendo 25 norte-americanas; 02 inglesas; 02 holandesas, uma canadens, uma norueguesa e uma belga. (Carvalho, 1976:8)

O cargo de enfermagem mais importante na estrutura administrativa da Saúde Pública brasileira, naquele período, o de Superintendente Geral do Serviço de Enfermeiras, foi ocupado pela americana Ethel Parsons, que permaneceu nele por dez anos, de setembro de 1921 à setembro de 1931.

“Dentre as muitas medidas por ela levadas a efeito para o desenvolvimento da Enfermagem, tem significativa relevância o terreno que preparou para a promulgação do Decreto N. 20.109/31, que regulou o exercício da Enfermagem no país (...) Ethel Parsons pôde, assim, partir tranqüila, deixando *‘nas mãos de enfermeiras brasileiras hábeis e muito capazes’* toda a responsabilidade pela direção dos trabalhos daí por diante”.
(Carvalho, 1976:11)

A Escola de Enfermagem Anna Nery esteve sob a direção das americanas de 1922 à 1938, com exceção do período de 30/06/1931 à 09/1933, quando foi dirigida pela brasileira Rachel Haddock Lobo, que tinha se formado na França e permanecido dois anos nos EUA, preparando-se para assumir a direção da escola. Com a sua morte, retornou ao Brasil a enfermeira americana Bertha Lucile Pullen, para dirigir a escola até que outra enfermeira brasileira fosse “preparada” para o cargo. (Carvalho, 1976:15)

As enfermeiras americanas tiveram ainda a preocupação de garantir, através da legislação, a continuidade da estrutura do Serviço de Enfermagem implantada, seu funcionamento, assim como o modelo de formação a ser ministrado, na Escola de Enfermagem Anna Nery e nas demais escolas que fossem criadas no Brasil.

No acordo firmado entre o Ministério de Justiça e Negócios Interiores/DNSP e a Fundação Rockefeller em 1926, o Departamento Nacional de Saúde Pública, na cláusula décima quarta,

“...obriga-se a empregar toda a sua influência para conseguir a criação de uma lei federal estabelecendo determinadas exigências para a profissão de enfermeira, como já existem para as de médico, pharmaceutico, dentista, parteira, etc., protegendo dessa maneira a população, com penalidades, contra as infrações por uso indevido desse título”. (Ministério da Justiça e Negócios Interiores, 1926:3)

O Decreto N. 20.109, de 15 de junho de 1931, além de regulamentar o exercício da Enfermagem no Brasil, instituiu a Escola de Enfermagem Anna Nery como “Escola Padrão”, para efeito de equiparação de todas as escolas nacionais, fixando normas e condições relativas ao processo de exame para revalidação do diploma. Colocava assim, para as demais escolas, a necessidade de seguir o mesmo programa de ensino e funcionar nos mesmos moldes, para poderem diplomar suas alunas. (Alcântara, 1963:27).

E, finalmente, cuidava-se para que a continuidade do trabalho iniciado fosse assegurado, na medida em que as alunas da escola que demonstrassem possuir “qualidades excepcionais de direção”, ao concluírem o curso recebiam bolsas de estudos da Fundação Rockefeller, para se aperfeiçoarem nos EUA. Ao retornarem, deveriam assumir o lugar das enfermeiras americanas, dando seqüência ao trabalho e garantindo o processo.

“ A 19 de junho de 1925, a primeira classe de enfermeiras (em numero de 13) recebeu os seus diplomas da Escola de Enfermeiras. Dessas,

cinco foram enviadas aos Estados Unidos em curso de aperfeiçoamento...”

(O Jornal, 1926:1)

A brasileira Edith de Magalhães Fraenkel foi escolhida para assumir o cargo de Superintendente Geral do Serviço de Enfermagem; para isso, foi fazer o curso de Enfermagem no Hospital Geral de Filadélfia, nos EUA, com o auxílio da Fundação Rockefeller, permanecendo lá de março de 1922 à maio de 1925. Quando Ethel Parsons foi embora, em 1931, Edith assumiu o posto, permanecendo nele até 1940, quando esse cargo deixou de existir. (Carvalho, 1976:12)

Ao que tudo indica, houve um empenho muito grande, por parte das enfermeiras americanas, em assegurar que se reproduzisse aqui o modelo de enfermagem que vigorava nos EUA. Isso em parte foi possível, porque não contrariava o projeto da elite. Se, por um lado, o desenvolvimento da Enfermagem Profissional no Brasil não visava atender às necessidades de saúde da maioria da população, por outro satisfazia uma necessidade, já reconhecida pelas autoridades públicas vinculadas à Saúde e pelas enfermeiras americanas, de qualificar os serviços de enfermagem nos hospitais brasileiros.

“Não tenhamos constrangimento em afirmar que, apesar do alto grau de aperfeiçoamento médico a que atingimos, o tratamento de enfermos ainda se resente entre nós de uma falha apreciável, qual seja a ausência do concurso valioso da enfermeira profissional”. (Chagas, 1921:I)

“... os hospitais do governo e particulares, de todo o Brasil, enviavam pedidos de enfermeiras diplomadas para dirigirem os seus serviços de enfermagem, e, em alguns casos, para organizarem escolas de

enfermeiras. (...) Tanto na cidade como nos districtos ruraes, assim como pedidos de Casas de Saúde, e muitas solicitações de médicos e de famílias para enfermeiras em serviços particulares”. (Parsons, 1928:207)

Essas exigências concretas fizeram com que a Enfermagem brasileira, embora no discurso visasse o trabalho preventivo de Saúde Pública, tenha de fato se direcionado para as instituições hospitalares. Além da necessidade, posta pelo avanço científico e pelo desenvolvimento da medicina curativa/hospitalar, que exigia a colaboração da Enfermagem, existia uma demanda real desses serviços pelas camadas dominantes. Essa demanda era, contraditoriamente, reforçada pelo conjunto dos trabalhadores, que recusavam a prioridade das medidas de caráter preventivo e reivindicavam o mesmo tipo de atendimento de saúde das classes médias e altas.

3.4 O programa de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery: um registro histórico da origem da Enfermagem Profissional no Brasil

Com relação ao primeiro programa de ensino oficial da Escola de Enfermagem Anna Nery, observa-se que ele não se diferenciava fundamentalmente do “Standart Curriculum for Schools of Nursing” em vigor nos EUA desde 1917, evidenciando claramente a concordância com o modelo de formação centrado nos hospitais, que tinha se instituído, naquele país, há mais de meio século.

Embora a Escola tivesse um programa de ensino estabelecido por decreto do governo brasileiro, as disciplinas ministradas assumiram praticamente

os mesmos nomes e compunham a mesma divisão do currículo americano. As poucas alterações que tinham sido feitas, na prática não foram seguidas.

No Quadro I, pode-se observar que disciplinas que compunham a parte geral como, “*Methodos graphics na arte de enfermeira, Radiographya, Hygiene e Saude Publica, Campo de acção da enfermeira e Administração hospitalar*” e, na parte específica, as disciplinas de “*Serviço Administrativo Hospitalar, Serviço de Dispensários, Serviço Obstetrico e Serviço pediatrico*”, que constavam do programa oficial e do Regulamento do DNSP, não eram ministradas no curso. Por outro lado, determinadas disciplinas que não constavam desse programa oficial, mas faziam parte do currículo americano, como “*Dietetica para doentes, Attaduras, Massagens, Therapeutica especial, Emergencia e Primeiros Socorros, Introdução ao Trabalho Institucionaes, Estudo de doenças especiaes, Revista do trabalho de enfermeira e Problemas de Casa de familias industriaes*”, foram, de fato, ministradas na primeira turma da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Esse rol de disciplinas, que compunham o ensino teórico, ao qual correspondia uma carga horária prática, indica o direcionamento na formação das enfermeiras para o campo hospitalar. Das trinta e cinco disciplinas que constavam do programa teórico, apenas quatro (11%), pode-se dizer que eram voltadas para a Saúde Pública em seu aspecto preventivo, sendo elas: “*Doenças Epidemicas, Tuberculose, Condições Sociaes Modernas e Introdução ao trabalho de Visitadora e Serviço Social*” as demais disciplinas, concentravam-se no estudo das doenças e na forma de tratamento vinculada à assistência de nível terciário que se desenvolvia dentro dos hospitais.

QUADRO I - Quadro comparativo entre o primeiro programa oficial da Escola de Enfermagem Anna Nery, o programa efetivamente ministrado para a primeira turma da Escola, que iniciou em 1923 e o currículo americano- "Standard Curriculum for Schools of Nursing" de 1917.

PROGRAMA OFICIAL de 1923*	PROGRAMA MINISTRADO P/ A 1ª TURMA DE 1923* C. H.	CURRÍCULO AMERICANO de 1917** C. H.
Princípios e métodos da arte de enfermeira	Princípios e métodos elementares da enfermeira - prática 45 e T. 45	Princípios e métodos de enfermagem elementar 60
Bases históricas éticas e sociais da arte de enfermeira	História sobre a arte de enf. ^a 20 Ética - durante o curso todo	Hist. da enfg. e princ. éticos 10
Anatomia e fisiologia	Anatomia e fisiologia 25	Anatomia e fisiologia 60
Higiene individual	Higiene pessoal 10	Higiene individual 10
Administração hospitalar		Administração hospitalar 10
Terapêutica, farmacologia	Drogas e soluções 20	Drogas e soluções 20
Materia medica	Materia medica 20	Materia medica e terapêutica 20
Metodos gráficos na arte de enf. ^a		
Physica e chimica applicada	Elem. de physica e chimica 25	Quimica aplicada 20
Pathologia elementar	Elem. de patologia 10	Elementos de patologia 10
Parasitologia e microbiologia	Bacteriologia 15	Bacteriologia 20
Cozinha e nutrição	Dietetica 30 Dietetica para doentes 50	Cozinha e nutrição 40 Dietoterapia 10
<u>Arte de Enfermeira:</u>		
em clinica medica	Doenças médicas 20	Enfermagem médica 20
em clinica cirurgica	Doenças cirurgicas 20	Enfermagem cirurgica 20
em doenças epidemicas	Doenças epidemicas 15	Enfg em dças transmissíveis 20
em doenças venereas e da pelle	Dças de ocup. ven. e de pelle 10	Enfg. em doenças ocupacionais venéreas e da pele 10
em tuberculose	Tuberculose ?	
em doenças nervosas e mentaes	Doenças mentaes e nervosas 20	Enfg. em dças mentais e nerv. 20
em orthopedia	Orthopedia 10	Enfg. ortopédica 20
em pediatria	Dças de creanças e lactentes 20	Enfg. pediátrica 20
em obstetricia	Obstetricia e gynecologia 25	Enfg. ginecológica 10
em gynecologia		Enfg. obstétrica 10
em oto-rhino-laryngologia em ophtalmologia	Ouvido, nariz, garganta e olhos 08	Enfg. em dças dos olhos, ouvidos, nariz e garg. 10
Hygiene e saude publica		Saneamento público 10
Radiographia		
Campo de acção da enfermeira		Campos da enfermagem 10
Problemas sociaes e profissionaes	Problemas profissionaes 10	Problemas profissionais 10
<u>Parte especializada</u>	Condições sociaes e modernas 10	Condições sociais modernas 10
(quatro ultimos mezes)	Ataduras 10	Ataduras 10
	Massagem 10	Massagem 10
	Revista do trabalho de enf. ^a 10	
		Elementos de psicologia 10
		Princípios de ética 10

	Therapeutica especial 10	Terapêutica espec. (terap. ocup) 10
	Emergencia e primeiros socor. 10	Enfg. em emerg. e prim. socor. 10
Serviço de sala de operações	Technica da sala de operação --	Técnica de sala de operação 10
		Eletivas (escolha de três)
Serviço de saúde publica	Introd. ao trabalho de visitadora e serviço social 10	Int. à enfg. de S.P. e serv. soc. 10
Serviço administrativo hospitalar		
Serviço de dispensarios		
Serviço de laboratorios	Introd. ao trab. de laboratorio 10	Int. ao trabalho de laboratório 10
Serviço privado	Introdução ao trab. particular 10	Introdução à enfg. particular 10
Serviço obstetrico		
Serviço pediatrico		
	Introd. ao trab. institucionaes 10	Int. ao trabalho institucional 10
	Estudo de dças especiaes 10	Prob. de doenças especiais 10
	Prob. de casa de fam. indust. 10	Prob. domést. de fam. operária 10
	Obs. Cada aluna deveria escolher um curso especial em qualquer matéria, para ser cursado no último ano.	Obs. 1. Os estágios previstos eram nas clínicas médicas e cirúrgicas, com oito meses em cada uma. 2. O serviço noturno não deveria exceder a dois meses consecutivos.

* Os nomes das disciplinas foram transcritos conforme se apresentam nos documentos originais. (ver anexos II e III)

**Extraído de quadro apresentado por Carvalho, 1972:28

Um segundo programa de ensino, divulgado em 1926 (Quadro - II), apresenta outras alterações, como a retirada de doze disciplinas: *“Condições sociaes e modernas, Revista do trabalho de enfermeira, Therapeutica especial, Problemas de casa de familias industriaes, Technica de sala de operação, Doenças mentaes e nervosas, Orthopedia, Problemas profissi naes, Introdução ao trabalho de laboratorio, Introdução ao trabalho particulares, Introdução ao trabalho institucionaes e Estudo de doenças especiaes”*, e a introdução de outras três disciplinas: *“Hygiene e saude publica, Gymnastica e Psychologia”*, porém, mesmo com essas modificações permanece a tendência do ensino da Enfermagem centrada no polo da doença, no aspecto curativo e no trabalho hospitalar. Esses dados podem ser confirmados ao se analisar as ementas das disciplinas que compunham o “Programa do Curso Theórico”. (ver anexo I)

QUADRO II - Mostra as alterações do programa divulgado em 1926 em relação ao Programa da primeira turma de 1923.

PROGRAMA DA 1ª TURMA DE 1923* C.H.	PROGRAMA DIVULGADO EM 1926* C.H.
Principios e met. elementares da enfª P. 45 e T. 45	Arte de Enfermeira P. 60 e T. 45
Historia sobre a art de enfª 20	Historia da Enfermagem 10
Ethica - durante o curso todo	Ethica de Enfermagem 15
Anatomia e physiologia 25	Anatomia e physiologia 45
Higiene poessoal 10	Hygiene individual 10
Drogas e soluções 20	Drogas e soluções 15
Materia medica 20	Materia medica 20
Elementos de physica e chimica 25	Physica e chimica 30
Elementos de patologia 10	Pathologia interna 50
Bacteriologia 15	Bacteriologia 30
Dietetica 30	Nutrição e cosinha-dietetica 45
Dietetica para doentes 50	incluido em cosinha-dietética
Doenças medicas 20	incluido em patologia interna
Doenças chirurgicas 20	Pathologia externa 20
Doenças epidemicas 15	Molestias transmissiveis 12
Doenças de occupação venereas e de pelle 10	Doenças venereas 12
Tuberculose --	Tuberculose 10
Doenças de creanças e lactentes 20	Hygiene infantil 20
Obstetricia e gynecologia 25	Obstetricia e gynecologia 20
Ouvido, nariz, garganta e olhos 08	Molestias de ouvido nariz e garganta 6
	Molestias da vista 3
Introd. ao trabalho de visitadora e serviço social 10	Arte de enfermagem de saude publica 10
Emergencia e primeiros socorros 10	Medicina de urgencia 10
Attaduras 10	Ataduras 10
Massagem 10	Massagem 12
Condições sociaes e modernas 10	
Revista do trabalho de enfermeira 10	
Therapeutica especial 10	
Problemas de casa de familias industriaes 10	
Technica da sala de operação --	
Doenças mentaes e nervosas 20	
Orthopedia 10	
Problemas profissionaes 10	
Introdução ao trabalho de laboratorio 10	
Introdução ao trabalho particulares 10	
Introdução ao trabalho institucionaes 10	
Estudo de doenças especiaes 10	
	Gymnastica 12
	Psychologia 10
Obs: Cada aluna deveria escolher um curso especial em qualquer matéria, para ser cursado no último ano.	Hygiene e saude publica 20
* Transcrito de acordo com sua apresentação nos documentos originais. (ver anexos I e II)	

A inclusão da disciplina de “Psychologia” nesse programa de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery, ocorreu num momento em que uma nova concepção de Educação começava a ganhar corpo no Brasil, o “Movimento da Escola Nova”. Essa concepção, no dizer de Lourenço Filho, um dos mais destacados representantes dessa nova educação, admitia como **“função geral do processo educativo o desenvolvimento *individual* de capacidades e aptidões”**. A aplicação dos conhecimentos da psicologia, por sua vez, **“contribuíam para compreender o desenvolvimento da criança, seus estágios de maturação, organização das capacidades de aprender e diferenças individuais”**. (1978:18/19)

A assimilação pela Enfermagem, dessa concepção que centraliza sua atuação no desenvolvimento das capacidades e diferenças individuais, contribuiu para reforçar o Modelo Biomédico que tem como princípio o individualismo. A ementa da disciplina de “Psychologia” mostra claramente isso. (ver anexo I)

Os conteúdos ministrados na Escola de Enfermagem Anna Nery, por sua vez, baseavam-se em bibliografia médica e em produções teóricas americanas, conseqüentemente, com uma visão do Modelo Biomédico e sustentadas na realidade daquele país. Isso é confirmado pela primeira diretora da Escola, Louise Kilninger ao relatar que: **“Não existiam livros de enfermagem e todos tiveram que ser traduzidos”**. (1979:01)

Outro aspecto a considerar, no que se refere à opção pela formação hospitalar, é a relação entre a carga horária teórico/prática e a distribuição nos campos de estágio. Para um total de 562 horas/aula teóricas, correspondiam mais de 6000 horas/aula de estágio, estabelecendo uma relação superior de 1 para 10. Desses trinta meses de estágio, vinte e oito meses eram realizados em enfermarias e ambulatórios hospitalares, e somente dois meses eram cursados na Saúde Pública (Quadro - III). Portanto, mais de 90% do ensino prático ocorria dentro dos hospitais,

Quadro III - PROGRAMA DO CURSO PRÁTICO**

CURSO PRELIMINAR	4 mezes
* Medicina, incluindo laboratorio	4 mezes
* Cirurgia, incluindo gynecologia	4 mezes
Sala de Operação	3 mezes
* Obstetricia	2 mezes e 2 sem.
* Pediatria	2 mezes e 2 sem.
Laboratoria de dietas	1 mez
* Doenças transmissiveis	1 mez
Arte de Enfermeira de Saude Publica	1 mez e 2 sem.
Férias	1 mez e 2 sem.
AMBULATORIO	
Gynecologia	1 mez
Oto-rhino-laryngologia	1 mez e 2 sem.
Tuberculose	2 semanas
Plyclinica de creanças	2 semanas
Hygiene infantil	1 semana
CURSO ELETIVO DE:	
Saude Publica }	
Experiencia Administrativa ou }	2 mezes
Hospitalar }	
Total	32 mezes
* Todos os cursos marcados com asteriscos incluem um estagio em Serviço da Noite.	

** Transcrito conforme se apresenta em documento original. (Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery)

em concordância com a visão de que **“... os cuidados prestados à cabeceira do doente formam a base da arte de enfermagem. É nelle que a enfermeira mostra se sabe aplicar os conhecimentos adquiridos theoreticamente”**. (ementa da disciplina Arte de Enfermeira - anexo I)

Por um lado, essa formação, voltada predominantemente para o conhecimento das doenças e realizada no interior dos hospitais, era justificada pelas enfermeiras da época como uma necessidade para o trabalho na Saúde Pública, como evidencia a citação,

“As alunas antes de iniciarem o serviço de Saúde Pública, necessitam ter o curso hospitalar completo, não só no que diz respeito à prática, como também à parte teorica. (...) Ha necessidade de todos esses conhecimentos porque, no serviço de Saúde Pública, as alunas estarão num campo de trabalho generalizado e, portanto, em contato com todas as doenças, precisando assim, dos conhecimentos básicos de enfermagem, para saber conhecer os sintomas, estando assim aptas a dar as necessárias providencias, isto é, encaminhar os doentes às diversas instituições de socorro e instrui-los...” (Alves, 1932:34)

Mas, por outro lado, contraditoriamente, o ensino orientado pelo Modelo Biomédico chegava a ser reconhecido como um **“ponto fraco”** das alunas, que iniciavam o serviço na **“zona pratica”** (correspondia ao campo prático da Saúde Pública). A mesma autora denuncia:

“Outro (ponto fraco) é o que se relaciona com o ponto de vista das alunas nas duas primeiras semanas de trabalho, na zona pratica: é a idéa

curativa e não preventiva, isto é, doença e não saúde. Durante o curso hospitalar, elas estão em contato com os doentes isolados nas enfermarias, e o seu trabalho é de trata-los, medica-los, dar-lhes conforto, de sorte que, ao enfrentarem o doente, no seu próprio meio, no seio da família, elas tendem logo para o doente e a doença em si, esquecendo-se completamente da vigilância aos comunicantes e da educação da família sobre higiene e profilaxia, isto é: do trabalho preventivo”. (Alves, 1932:32)

É importante considerar que essa “idéa curativa e não preventiva” ou seja, de preocupação com doença e não com a saúde, incorporada durante toda a formação profissional, não iria desaparecer em duas semanas de estágio, mas continuaria nuclear na concepção de trabalho das enfermeiras e de suas opções por determinado campo de atividade. Isso já podia ser constatado, em 1929, quando de 94 enfermeiras formadas pela Escola, somente 28 (menos de 30%) estavam trabalhando na Saúde Pública.

Entretanto, essa pequena adesão ao trabalho na Saúde Pública não decorria apenas de uma escolha pessoal das enfermeiras, mas era consequência das precárias condições de trabalho das visitadoras e da própria Política de Saúde do Estado, que gradativamente reduzia o orçamento da Divisão de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, obrigando a uma diminuição no número das enfermeiras contratadas.

Para um projeto inicial, que previa a necessidade de “muitos anos, quem sabe décadas”, para formar quantidade suficiente de enfermeiras, para suprir a carência dos diversos serviços de saúde no Brasil, parece contraditório que, em onze anos, com apenas 153 enfermeiras formadas, a diretora da escola se perguntasse:

“Haverá procura das enfermeiras que estamos diplomando? - Será esta procura suficiente para que o publico pague bons salarios, tornando a profissão um campo de trabalho atraente? (...) O que o publico exige e o que está disposto a pagar são dois aspétos inteiramente diversos do problema. (...) Um dos nossos maiores problemas é de consentir que a profissão venha a ser explorada pelas necessidades economicas”. (Pullen, 1934:12)

Provavelmente esses onze anos tenham sido suficientes para que as enfermeiras percebessem, que o desenvolvimento da Enfermagem Profissional brasileira tinha se “desviado” da proposta idealizada. O projeto de desenvolvimento capitalista, que admitia e justificava a desigualdade entre os homens, associado ao momento histórico que se vivia e a expansão da rede hospitalar privada, própria dessa forma de organização social, parecem ter sido determinantes dos rumos que a Enfermagem Profissional tomaria, em nosso país.

De fato, as condições contextuais apresentadas, mostram um conjunto de fatores, aos quais seria difícil para a Enfermagem se contrapor e garantir o seu desenvolvimento no campo da Saúde Pública. Mas, não só questões externas à profissão determinaram seus rumos; razões intrínsecas, como a assimilação do Modelo Biomédico e o ensino ministrado a partir da criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, se revelam como decisivos no direcionamento da Enfermagem Profissional brasileira para o campo hospitalar, desde o seu nascimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposição central dessa investigação, já indicada na Introdução, foi de desmitificar a vinculação do surgimento da “Enfermagem Moderna” no Brasil com a Saúde Pública. Para isso, procurei reconstituir o momento histórico em que se deu e desvelar os fatores envolvidos no processo de criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, considerada o marco inicial da Enfermagem Moderna nesse país. A análise da organização e do ensino ministrado nessa Escola, parece ter confirmado a vinculação original da Enfermagem Profissional com a assistência hospitalar curativa e com o modelo médico vigente.

Esse estudo histórico é relevante, principalmente quando se constata que o processo educacional, vigente ainda hoje na grande maioria das Escolas de Enfermagem, pouco se afastou do modelo de formação iniciado com a Escola de Enfermagem Anna Nery. A ênfase que ainda se dá ao aspecto curativo/hospitalar, na formação acadêmica dos enfermeiros, está neste momento, sendo questionada por profissionais da área, que discutem a necessidade de reformar o ensino de Enfermagem.

Nas propostas encaminhadas pela ABEn²⁶, como subsídio para a mudança do currículo mínimo, denuncia-se enfaticamente a preponderância do modelo médico/hospitalar no ensino da graduação.

“No tronco profissional comum a capacitação do enfermeiro para intervenção em ‘Saúde Pública’ se resume a uma abordagem preliminar e insuficiente. Privilegia também na parte profissional comum o enfoque

²⁶ A proposta encaminhada pela ABEn, ao Conselho Federal de Educação, foi resultado de um amplo debate nacional, ocorrido no período de 1987 à 1991, que envolveu todas as entidades de classe e as Escolas de Enfermagem.

tecnicista, funcionalista e da assistência ao indivíduo hospitalizado. Nesse sentido, o currículo favorece a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública, unidade de internação/ambulatório". (Parecer CFE N.º 314/94, p.5/6)

Essa distorção, como se pode verificar, não ocorreu no processo de desenvolvimento da profissão no país, mas vem desde a sua institucionalização. Toda legislação sobre o ensino de Enfermagem, desde a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, compreendendo os programas de ensino de 1923, de 1949 e os currículos mínimos de 1962 e 1972, revela que a formação do enfermeiro sempre esteve centrada no polo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, instituição eleita até agora como espaço privilegiado para o ensino prático dos alunos de Enfermagem e, conseqüentemente, local de escolha para atuação dos profissionais formados.

O mesmo Parecer, reconhece que os currículos atuais mantiveram,

"... entre outros equívocos a fragmentação do eixo da formação, compartimentalizando-a em três partes (pré-profissional, tronco profissional, tronco profissional comum e habilitações) e privilegia o ensino centrado no modelo médico de assistência hospitalar vigente. (...) As habilitações não tiveram nenhum impacto na consolidação de um modelo de assistência de enfermagem diferenciado do que prevalecia desde a década de 20". (Parecer CFE N.º 314/94, p. 05)

O próprio desenvolvimento capitalista tem mostrado a necessidade de mudanças na formação dos enfermeiros, tornando obsoleto o padrão que vem sendo utilizado há mais de setenta anos. Essas mudanças, no entanto, não devem

se restringir apenas a alterações na legislação, mas devem voltar concretamente a formação do enfermeiro para o atendimento das necessidades de toda a sociedade e não apenas às de uma elite. Para tanto, é indispensável uma tomada de consciência e um comprometimento efetivo da categoria na busca de soluções para os seus problemas, tendo em vista questões mais amplas, como a da Saúde Pública.

O compromisso a ser assumido pelas instituições de formação, pelos órgãos representativos e pelos profissionais da área deve ser o de esclarecimento das consciências, da busca de um maior grau de autonomia e do exercício profissional comprometido com a coletividade. Nessa proposta, a opção pelo coletivo deverá pesar mais do que a preocupação em garantir uma boa colocação no mercado de trabalho; o conhecimento das doenças e das formas de tratamentos individuais não deverá assumir preponderância em relação aos métodos epidemiológicos de abordagem dos problemas coletivos de saúde; e a sofisticação tecnológica da medicina hospitalar não deverá prevalecer e anular a necessidade de medidas de caráter preventivo.

Nesse sentido, a análise dos princípios do Modelo Biomédico parecem fundamentais para configurar a necessidade de se pensar em outro paradigma para a Enfermagem, neste final de século. Da mesma forma, os princípios nightingaleanos, se ainda têm alguma validade do ponto de vista da Assistência, sem dúvida não servem mais como diretrizes para a organização das Escolas de Enfermagem, nem para a relação que se estabelece entre professor e aluno, e muito menos como critério para qualquer tipo de avaliação.

A Enfermagem brasileira não pode ficar alheia à crise que o setor da Saúde vive hoje; crise que resulta da negligência e do descaso que o Estado vem tendo com as Políticas Sociais, acentuados a cada governo. Se no período de ditadura militar, quando o modelo de Estado Burguês pretendia ser o "Welfare

State”, o setor da Saúde não chegou a concretizar grandes avanços; o que se pode esperar do governo atual, que defende a idéia de “Estado Mínimo”; procura “enxugar” a máquina administrativa; quando a Previdência está falida e proliferam projetos de privatização em todas as áreas das Políticas Públicas.

Se nos chamados “anos de chumbo”, quando o Estado via a conveniência e tinha recursos para investir nas Políticas Sociais, não houve vontade política suficiente nem determinação efetiva para resolver a já secular “questão social” brasileira, o que se poderá esperar, neste final de século, quando crescem em dimensão os problemas, quando o número de excluídos atingindo mais da metade da população do país, e o Estado incorpora um novo modelo político que o desobriga de qualquer compromisso social?

Nesse quadro, com certeza, qualquer proposta de mudança no conceito e nas práticas das Políticas Públicas deverá encontrar barreiras. As mudanças necessárias, nesse setor, implicam numa postura do Estado diferente daquelas assumidas até o momento. A pressão por melhores serviços de saúde passa necessariamente por um esclarecimento das consciências dos usuários e dos prestadores de serviço, ela deve ocorrer no sentido de fazer com que o governo abandone a retórica e coloque em prática algumas medidas que venham, enfim, atender as necessidades da população.

O momento de crise que a Saúde Pública brasileira está vivendo, e as possibilidades que se vislumbram com a implementação do projeto neoliberal, exigirá dos profissionais da área e dos trabalhadores de um modo geral, mais do que indignação, mas ação efetiva.

Estou convencida de que existem variáveis complexas a ser consideradas nesse processo e que as conquistas não ocorrerão naturalmente. O que pretendo, com esse trabalho, é contribuir, teorizando sobre questões da Enfermagem relacionadas com a Saúde Pública. As questões aqui colocadas

podem ser um ponto de partida para as discussões e os embates que, com certeza, teremos que enfrentar nos próximos anos.

Apesar da “Queda do Muro de Berlim” e do socialismo não ser mais uma referência aceita por muitos, há um consenso de que o capitalismo não pode continuar a desconsiderar a grande parte da humanidade que se encontra excluída do processo produtivo e ameaçada de morte. O quadro atual aponta para a necessidade de mudanças, que são proclamadas tanto pelos defensores do capitalismo como por aqueles que se indignam com o destino a que ele está conduzindo a humanidade

A ordem capitalista, cuja lógica justifica a exclusão de uma parte da humanidade da vida produtiva, nesse momento acentuada pelo avanço tecnológico, também exclui a população de participação efetiva no processo político e na vida cultural. A escassez de serviços de saúde e de educação, nada mais é do que reflexo desse amplo processo de marginalização social de grande parcela da população nacional.

No momento que vivemos, de reforma na legislação e no ensino de Enfermagem, penso que os resultados dessa pesquisa podem alimentar a discussão sobre a construção de um novo projeto para a Enfermagem brasileira, que necessariamente considere as questões relativas à Saúde Pública e adeque a Enfermagem a um novo tempo, que não pode ignorar as massas. Não se deseja defender, com isso, a priorização de um determinado nível de assistência em detrimento de outros, mas defender a proposta de que este campo de atenção à Saúde precisa ser contemplado pela Enfermagem brasileira, tanto no que se refere ao ensino, quanto ao trabalho profissional. Esse deve ser o ponto de partida para a reformulação do ensino de Enfermagem no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- ALCÂNTARA, G. de. A enfermagem moderna como cátedra profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, SP: USP - Escola de Enfermagem, 1963. (tese para cátedra).
- ALMEIDA, M. C. P. de. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2.^a ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVES, C. P. Conferência realizada na Escola de Enfermagem Anna Nery em 19 de agosto de 1930 In: Annaes de Enfermagem. Vol. I (N. I), Rio de Janeiro, 1932.
- BAGNATO, M. H. S. Licenciatura em enfermagem: para quê?, Campinas, SP UNICAMP, 1994. (tese de doutorado).
- BARREIRA, I. de A. A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose. Rio de Janeiro: UFRJ, 1992. (Tese de Doutorado).
- BRAGA, J. C. de S., PAULA, S. G. de. Saúde e previdência: estudos de políticas sociais. São Paulo: HUCITEC, 1981.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 3.^a ed. trad. M.T.R. Barrocos, L.O.F.B. Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CARVALHO, Amalia C. de. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. São Paulo: USP - Escola de Enfermagem, 1972. (tese de doutorado).
- CARVALHO, Anayde C. de. Associação brasileira de enfermagem 1926 - 1976: documentário. Brasília, 1976.
- CHAGAS, C. Prefácio. In: A enfermeira moderna: apelo às moças brasileiras. Rio de Janeiro: Oficinas Graphicas da Inspectoria de Demographia Sanitaria, Educação e Propaganda, 1921.
- CHAVES, A. J. F. O estado capitalista brasileiro: um olhar crítico sobre as políticas sociais. São Paulo: PUC, 1990 (dissertação de Mestrado)

- COHN, A. Previdência social e processo político. São Paulo: Editora Moderna, 1980.
- COHN, G. Problemas da industrialização no século XX. In: Brasil em Perspectiva. 19.^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S/A, 1990.
- CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, Parecer N.º 314/94. Brasília, mar 1994.
- COSTA, N. do R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. 2.^a ed. Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1986.
- CUNHA, L. A. Educação e desenvolvimento social no Brasil. 8a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- DESCARTES, R. Discurso do método In: Os Pensadores. 5a ed. São Paulo: Nova Cultura, 1991.
- _____. As paixões da alma. In: Os Pensadores. 5a ed. São Paulo: Nova Cultura, 1991.
- DONNAGELLO, M. C. F. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975.
- ENGELS, F. Do socialismo utópico ao socialismo científico: Ludwig Feuerbach e o Fim da Filosofia Clássica Alemã. Trad. José S. C. Pereira e Maria H. R.C. de Oliveira São Paulo: Fulgor, 1962.
- FERNANDES, F. Capitalismo dependente e classes sociais na América latina. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981
- FOUCOULT, M. O nascimento da clínica. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980
- FRAENKEL, E. A enfermagem no Brasil In: Annaes de enfermagem. Vol I, (N.I), maio, 1932.
- _____. Historico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. In: Annaes de Enfermagem. Vol. V, (N. 5), out, 1934.

- GERMANO, R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1984.
- GHIRALDELLI, P. Educação e movimento operário. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1987.
- GOLDMARK, J. Nursing and nursing education. New York: Macmillan, 1923.
- GRAMSCI, A. Maquiavel, a política e o estado moderno. Trad. Luis Mario Gazzaneo. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.
- JAPIASSU, H., SOUZA, D. M. de. Dicionário básico de filosofia. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- KILNINGER, L. I ch Dieu: memórias de Clara Louise Kilninger. trad. RULE, G. UFRJ, 1979. (reprodução interna).
- KOSIK, K. Dialética do concreto. 4.^a ed. trad. de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- LOURENÇO FILHO., M. B. Introdução ao estudo da escola nova: bases, sistemas e diretrizes da pedagogia contemporânea. 13.^a ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.
- LOYOLA, M. C. D. Os dóce(i)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. Rio de Janeiro, UFRJ, 1987.
- LUZ, M. T. Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MARTINS, L. Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- MELO, C. M. M. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.

- MENDES, E. V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.
- MERHY, E. E. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.
- NAKAMAE, D. D. Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez, 1987.
- NOVOS ESTUDOS - CEBRAP. São Paulo, N.º 22, out 1988.
- OLIVEIRA, J. A. de A. & TEIXEIRA, S. M. F. (Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.
- PARSONS, E. Introdução. In: A enfermeira moderna: apelo às moças brasileiras. Rio de Janeiro: Oficinas Graphicas da Inspectoria de Demographia Sanitaria, Educação e Propaganda, 1921. (Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery).
- PIRES, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.
- PULLEN, B. L. Aspectos da enfermagem moderna no Brasil In: Annaes de Enfermagem. Vol. IV, (N. 4), abril, 1934.
- SCHRAIBER, L. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989.
- SCLIAR, M. Sonhos tropicais. 2.ª ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.
- SILVA, G. B. da. Enfermagem profissional: análise crítica. 2a ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA, M. E.K. et al. Enfermagem e cidadania: reflexões acerca das políticas sociais. In: Texto & Contexto. N.1, V.1, janeiro/junho, 1992.
- SINGER, Paul et al. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços Sociais. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SODRÉ, N. W. Formação histórica no Brasil. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. Filosofia da práxis. Trad. Cardoso, L.F.. 3a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

VIEIRA, E. A. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel 1951 a 1978. São Paulo: Cortez, 1983.

XAVIER, M. E. S. P. Capitalismo e escola no Brasil: a constituição do liberalismo em ideologia educacional e as reformas do ensino (1931 - 1961). Campinas: Papirus, 1990.

DOCUMENTOS DO ACERVO HISTÓRICO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

CUNHA, R. L. Valor da enfermeira nos serviços de saúde pública. Rio de Janeiro: (s.n.), 1923. (discurso proferido na Sociedade Brasileira de Hygiene)

CURSO DE ESTUDOS PARA AS ALUMNAS DA ESCOLA DE ENFERMEIRAS. (documento interno datado de 30/05/1923)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Prospecto de Informações. Rio de Janeiro, 1926.

EM DEFESA DA SAÚDE NACIONAL: o que é o Serviço de Enfermeiras e a Escola de Enfermeiras. O Jornal. Rio de Janeiro, 24 out., 1926.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES. Termo de accôrdo entro DNSP e a Fundação Rockefeller. Rio de Janeiro, 1926.

PARSONS, E. A enfermagem moderna no Brasil. In: Exposições e relatorios. Rio de Janeiro, 1928.

ANEXO I

“PROGRAMA DO CURSO THEORICO”*

CURSO PRELIMINAR - Quatro mezes

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA - 45 horas - Dr. Theophilo Torres

Aulas theoricas e praticas

Neste curso são estudadas a estructura e as funcções dos diversos órgãos e systema do corpo humano em seu estado normal. Este estudo é indispensavel, pois proporciona às alumnas uma base solida e necessaria à comprehensão perfeita em seus trabalhos de hygiene, dietetica, massagem, materia medica, medicina e cirurgia, ensinando-lhes, ao mesmo tempo, o modo inteligente de praticar toda e qualquer enfermagem nas enfermarias.

BACTERIOLOGIA - 30 horas - Dr. Augusto Duarte Pinto

15 aulas theoricas e 15 aulas praticas no laboratorio

Este curso trata dos habitos e caracteristicas dos micro-organismos em geral, e dos germes pathogenicos das doenças mais comuns. O seu fim é ajudar a alumna:

- 1) a proteger-se, assim como a seu doente, contra infecções;
- 2) a comprehender a necessidade de asepcia cirurgica;

* Transcrito tal como se encontra em documento do Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Ney. Documento do Departamento Nacional de Saúde Pública divulgado em 1926, na forma de “prospecto informativo”.

3) a aprender a fazer uso cuidadoso da technica: na enfermagem, na limpeza e na dietetica.

PHYSICA E CHIMICA - 30 horas - Dr. Alberto Francisco Canejo

15 aulas theoricas e 15 aulas praticas

Os principios fundamentaes e processos que facilitam a comprehensão da physiologia, dietetica, economia domestica, bacteriologia e materia medica, são estudadas neste curso.

O modo pratico de empregar estas sciencias nos principaes problemas de enfermagem, será nelle explicado.

HYGIENE INDIVIDUAL - 10 horas - D. Edith Fraenkel

Este curso tem por fim mostrar às alumnas a importancia fundamental de uma boa saude e tambem fazer-lhes ver a relação da hygiene com todos os trabalhos de enfermagem.

É principalmente estudada neste curso a connexão que existe entre a alimentação, vestuario, repouso, exercicio, banho e recreio para equilibrio perfeito da saude individual.

HISTORIA DA ENFERMAGEM - 10 horas - D. Edith Fraenkel

A enfermagem atravez os povos primitivos: os EGYPCIOS, HINDÚS, GREGOS, ROMANOS, HEBREUS, na Idade Média; a influencia dos ideaes religiosos nos cuidados dispensados aos doentes, assim como às Organizações Modernas de enfermagem, são objecto de estudo neste curso, afim de mostrar às alumnas o valor que deve ser dado aos ideaes e obstaculos vencidos pelas enfermeiras dos tempos antigos. Tem este curso ainda a vantagem de proporcionar elementos para solução de problemas com os quaes as enfermeiras deparam em sua carreira,

assim como também o de estudar as oportunidades para a organização de uma profissão nacional.

ETHICA DE ENFERMAGEM - 15 horas - D. Edith Fraenkel

Este curso se destina a auxiliar as alumnas a traçar, de um modo nitido e definitivo, o seu modo de encarar a vida, elevando sempre os seus ideaes de conducta, pessoal e profissional.

As obrigações da enfermeira para com os doentes, medicos e collegas serão estudadas amplamente, assim como serão explicadas, de um modo geral, a origem e a razão de ser da etiqueta do hospital. O seu fim é conseguir harmonia, efficiencia, cooperação intelligente e productiva na obediencia às ordens e regras do hospital e Departamento de Saude Publica.

DROGAS E SOLUÇÕES - 15 horas - D. Edith Fraenkel

O seu fim é familiarisar a enfermeira, desde o inicio de seu curso, com a variedade de formas das drogas mais communs. A pratica de pesar e medir drogas, preparar soluções geralmente usadas nos hospitaes, é ensinada às alumnas, assim como o modo correcto de usar termos apropriados e symbolos proprios da materia medica.

Este curso é como que uma introdução às aulas da materia Medica, que serão dadas às alumnas da Classe Junior.

Nota: - O conhecimento minucioso de fracções decimaes, proporções e percentagem, é requisito indispensavel neste curso.

NUTRIÇÃO E COSINHA - DIETETICA - 45 horas- D. Edith Fraenkel

15 aulas theoricas e 30 aulas no laboratorio

O valor nutritivo dos diversos alimentos e os requisitos do corpo humano são estudados, de modo a habilitar a alumna a estabelecer uma dieta equilibrada para os doentes, convalescentes, crianças e pessoas em perfeita saúde, variando esta, segundo as exigências da idade, actividade física e clima.

As aulas práticas proporcionarão a oportunidade de aprender os principais e mais simples processos de cozinha, assim como também as mudanças ocasionadas na alimentação, conforme o processo de preparação.

ATADURAS - 10 horas - D. Edith Fraenkel

Aprendem as alumnas neste curso os diversos métodos de aplicar ataduras, as mais simples e comuns, usados nas enfermarias e ambulatórios. É mediante a prática que ellas adquirem rapidez, agilidade e dextreza manual.

ARTE DE ENFERMEIRA - 105 horas - D. Edith Fraenkel

45 aulas theoricas e 60 aulas praticas

Este curso é o mais importante de todos desta profissão, pois os cuidados prestados à cabeceira do doente formam a base da arte de enfermagem. É nelle que a enfermeira mostra se sabe aplicar os conhecimentos adquiridos theoreticamente.

Elle se destina a: -

- 1) fazer comprehender os principios fundamentaes resultantes de uma boa enfermagem;
- 2) preparar a alumna para poder resolver os problemas que diariamente encontrará em seu trabalho;
- 3) desenvolver a agilidade manual e os habitos de economia;
- 4) estabelecer uma thecnica uniforme e completa.

Durante duas ou tres semanas as alumnas praticam sómente nas aulas. Depois então, trabalham nas enfermeiras, de uma a quatro horas diarias, até terminar o curso preliminar. Cada ponto novo de technica de enfermagem, é estudado demonstrado e praticado na sala de aulas, antes de ser posto em execução nas enfermarias.

GYMNASTICA - 12 horas - Miss Sascha Engelhardt

Tendo este curso a auxiliar a alumna, por meio de exercicios simples, a se desenvolver physicamente, aprendendo a ter uma posição correcta, a andar e a respirar do modo mais apropriado à conservação da saude, e a corrigir o máu funcionamento dos intestinos.

PRIMEIRO ANNO - JUNIOR - um anno e dois mezes

PSYCHOLOGIA - 10 horas - Dr. J. P. Fontanelle

Este curso tem por fim:

- 1) facilitar a compreensão dos principios fundamentaes da natureza humana;
- 2) ajudar a alumna a fazer uma idéa justa e imparcial do modo de agir de cada um;
- 3) desenvolver os principios necessarios para agir correctamente com doentes e demais pessoas com que conviva durante a sua carreira;
- 4) ajudar a alumna a ter dominio sobre si propria e um ponto de vista normal em seu contacto com outras pessoas em sua vida privada;
- 5) formar base solida para estudos futuros de ethica e enfermagem de doentes mentaes.

MATERIA MEDICA - 20 horas - Dr. Francisco Alvares Barata

A acção therapeutica, os symptomas toxicos e os antidotos para as drogas mais conhecidas são estudadas neste curso, com o fito de fazer a enfermeira administrar os remedios de um modo intelligente e ser exacta nas observações sobre os seus resultados.

MASSAGEM - 12 horas - Miss Sascha Engelhardt

Demonstrações e aulas praticas

Este curso não é dado com o fito de especialisar a enfermeira nesta materia, mas sómente para desenvolver-lhe a agilidade e destreza manuaes, de forma a saber fazer com habilidade, intelligencia e facilidade toda e qualquer fricção, como lhe compete no seu officio de enfermeira.

PATHOLOGIA INTERNA 50 horas - Dr. Francisco Alvares Barata

Demonstrações e clinicas nas enfermarias

Este curso está dividido em duas partes: -

- 1) Principaes causas das doenças; processos das doenças mais communs; significação de termos technicos;
- 2) Causas, symptomas, prophylaxia e tratamento de doenças comuns.

O objectico deste estudo tende a:

- 1) desenvolver a agilidade e precisão na administração de cuidados mais adiantados de enfermagem, fazendo da enfermeira uma observadora sagaz e relatora exacta dos symptomas das molestias e dos resultados obtidos pelo tratamento;
- 2) desenvolver a cooperação com os medicos e pathologistas, afim de auxiliial-os nas suas experiencias.

PATHOLOGIA EXTERNA - 20 horas - Dr. Rodolpho Josetti

Este curso se destina a dar uma idéa da natureza dos principaes casos de cirurgia, com symptomas, tratamentos e complicações, para que a alumna possa tomar conta dos doentes de cirurgia, comprehendendo perfeitamente o seu estado, e saiba agir prompta e acertadamente em casos de emergencia. A pratica na sala de operações e nas diversas salas de curativos de cada enfermaria habilita a enfermeira a adquirir agilidade em casos elementares de cirurgia e applicação de ataduras.

HYGIENE INFANTIL - 20 horas - Dr. João Amarante

Este curso estuda o desenvolvimento mental e phisico da criança normal; as principaes molestias que podem affectar a criança; alimentação apropriada para a infancia e as causas da mortalidade infantil.

Faz parte do curso visita a um estabelecimento de clinica infantil, sob a direção do Departamento Nacional de Saude Publica.

OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA - 20 horas - Dr. Armando Aguinaga

Um estudo rapido da anatomia e physiologia dos órgãos reprodutores da mulher, precede o estudo especial deste curso, que se destina a tornara a enfermeira competente auxiliar em casos obstetricos, normaes e anormaes, ensinando-lhe tambem os primeiros cuidados a prestar aos recém-nascidos. Despertar-lhe assim a apreciação da importancia da enfermagem na obstetricia não somente individual, como tambem para o melhoramento da raça.

SEGUNDO ANNO - SENIOR - um anno e dois mezes

TUBERCULOSE - 10 horas - Dr. Placido Barbosa

Neste curso são explicadas as causas predisponentes da tuberculose; fontes e modo de contagio; typos, primeiros symptomas e curso da molestia, tratamento e prevenção da mesma. Este curso tem como supplemento visitas ao Departamento de Prophylaxia de Tuberculose e um estudo das Regras da Saude Publica.

DOENÇAS VENEREAS - 12 horas - Dr. Joaquim Mota

Este curso tem por fim pôr a enfermeira em contacto com as principaes doenças venereas, syphilis e gonorrhéa, de modo tambem auxiliar na propaganda educativa do povo, ensinando a prophylaxia das mesmas. Tambem se destina a detalhar todos os recursos e diligencias possiveis para a prevenção e tratamento das doenças venereas.

MOLESTIAS TRANSMISSIVEIS - 12 horas - Dr. Leitão da Cunha

Este curso se destina a esclarecer a enfermeira sobre a natureza, tratamento e prevenção de molestias infecciosas inherentes a este clima, para que possa logo reconhecer seus symptomas, prestar assistencia cuidadosa aos doentes e evitar que o mal se propague aos outros.

MOLESTIAS DA VISTA - 3 horas - Dr. Joaquim Vidal

Neste curso são dadas sobre anatomia e physiologia dos olhos, causas e prevenções do máu funcionamento da vista, molestias principaes da vista,

cuidados de enfermagem aos operados, afim de habilitar a enfermeira a tratar de seus doentes com eficiencia.

MOLESTIAS DE OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA - 6 horas -

Dr. Maurillo Mello

Antes de ser iniciado o curso, deverá a enfermeira fazer um estudo rapido da anatomia e physiologia do ouvido, nariz e garganta.

Estas aulas tratam das principaes molestias e defeitos dos orgãos acima, dos serviços de enfermagem especiaes a prestar em taes casos, assim como dos cuidados aos operados.

ARTE DE ENFERMEIRA DE SAUDE PUBLICA - 30 horas

10 horas de aulas - D. Edith Fraenkel

20 horas de excursões - Miss Winifred Dawson

Neste curso são dadas aulas sobre historia, desenvolvimento, principios fundamentaes, organização, funcção e alvo da enfermagem de saude publica, de modo a que a enfermeira possa adquirir uma base theorica fundamental para o serviço de visita domiciliar nos districtos.

A pratica é adquirida durante um estagio de dois mezes no Distrito de Pratica, sob instrução e vigilancia da enfermeira-professora da Arte de Enfermeira de Saude Publica. É durante este tempo que são feitas as excursões aos principaes hospitaes, clinicas, ambulatorios, entrepostos do leite, laboratorio de analyses e rêde de esgotos, etc.

HYGIENE E SAUDE PUBLICA - 20 horas - Dr. J. P> Fontanelle

Este curso tem por fim dar à enfermeira um conhecimento pratico em geral sobre os methodos usados para proteger a saude individual e colletiva, de

modo que ella possa cooperar energicamente, com a Diretoria de Saude e outra qualquer iniciativa particular, e tornar-se apta a ajudar na educação do povo em tudo que se refere à hygiene e à saude.

MEDICINA DE URGENCIA - 10 horas - Dr. Barbosa Mello

Este curso é dado para ajudar à enfermeira, depois de diplomada, a adaptar os methodos de enfermagem que adquiriu no hospital, às condições que encontrará mais tarde, em casas particulares.

Nesta materia do curso são estudados, primeiros socorros para fracturas, hemorragia, choque, queimaduras, convulsões, insolação, intoxicações, envenenamentos por gaz ou drogas, transporte de feridos etc.

ANEXO II

CURSO DE ESTUDOS PARA AS ALUMNAS DA ESCOLA DE ENFERMEIRAS E DAS VISITADORAS DE SAÚDE PÚBLICA

Grupo de enfermeiras diplomadas para a Escola de Enfermeiras do Hospital São Francisco de Assis

Miss Louise Kieninger	R.N.	Diretora da Escola
Miss Anita Lander	A.B. - R.N.	Instructora em Theoria
Miss Johanna Schwarte	B.S.-Pd.B.- R.N. (em serviço)	“ em Pratica
Miss Anna Wetterhuus	R.N.	Enf ^a Chefe S. de Operação
Miss Florence Thurber	R.N.	“ “ depart. cirurgia
Miss Patnella Van Witzenberg	R.N.	“ “ “ Medica
Miss Clara Walters	B.A. - R.N. (em serviço)	“ “ Dispensarios
Miss Lilian Trotter	R.R.C.	“ Dept ^o ouv.nar.garg.
Miss Leonora James	B.A. - B.S.	Instructora em dieteticas
Miss Louise Pitz	R.N.	_____

CURSO PRELIMINAR DE 4 MEZES

Principios e methodos elementares da enfermeira e

Hygiene Pessoal	Miss Lander	45 horas
Pratica em Methodos	“ Schwarte	45 “
Ethica	“ Kieninger - durante todo o curso	
Historia sobre a Arte de Enfermeira	“ Lander	20 horas

* Transcrito tal como se encontrava em documento, com data de 30 de maio de 1923. (Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery)

Attaduras	“ Schwarte	10 horas
Massagem	“ Wetterhuus	10 “
Drogas e Soluções	Sr. Luiz Gonçalves	20 “
Elementos de Physica e Chimica	Dr. Theophilo Torres	50 “
Anatomia e Physiologia	“ “	
Autopsia	Dr. Margarino torres	--
Bacteriologia	Dr. Rocquette Pinto	15 horas
“ Theoria	Miss Lander }	30 “
“ Pratica	“ Scwarte }	
Dietetica	“ L James	30 “
Primeiros Soc. e Technica de cirurgia - anest	Dr. J. Govea ou assistente	10 “
Ouvidos, Nariz, Garaganta e olhos	Dr. J. Marinho ou Dr. Mourillo	8 “

CURSO PARA AS ALUMNAS INTERNAS

Elementos de Pathologia e doenças medicas	Dr. Thompsom Motta	30 “
Doenças de creanças e lactentes	Dr. João Amarante	20 “
Obstetricia e Gynecologia	Dr. Armando Aguinaga	25 “
Orthopedia	Dr. Raul Baptista	10 “
Materia Medica	Sr. Luiz A. Gonçalves	20 “
Doenças Cirurgicas	Dr. Fernando Vaz	20 “
Dietetica para doentes	Miss James	50 “
Doenças Epidemicas	Dr. Leitão da Cunha	15 “
Tuberculose	Dr. Placido Barbosa	—
Tecnica da Sala de Operação	Miss Wetterhuus	—

Obs: Todas as conferências serão seguidas por demonstrações e recomendações sob a direção de enfermeiras diplomadas.

ULTIMO ANNO

Doenças Mentaes e Nervosas	20 horas
Doenças de Occupação, Venereas e de Pelle	10 “
Therapeutica Especial	10 “
Revista do Trabalho de Enfermeira	10 “
Condições Sociaes Modernas	10 “
Problemas Profissionaes	10 “
Emergencia e Primeiros Socorros	10 “
Introdução ao trabalho de Visitadoras e Serviços Sociaes	10 “
Introdução aos Trabalhos Particulares	10 “
Introdução aos Trabalhos Institucionaes	10 “
Introdução ao Trabalho de Laboratorio	10 “
Problemas de cassa de Familias Industriaes	10 “
Estudo de doenças Especiaes	10 “

Obs: Cada Alumna tomará um Curso Especial em qualquer materia que escolher durante o ultimo anno.

ANEXO III

TITULO VI

..... CAPITULO XII

Serviço de Enfermeiras

Art. 382. Os trabalhos technicos das Inspectorias de serviços especiaes, que os necessitarem, serão executados pelas enfermeiras-chefes, e pelas enfermeiras diplomadas de saude publica, sob a orientação technica dos respectivos chefes de serviço e fiscalização dos medicos.

Art. 383. Para a execução dos trabalhos de visitadoras de hygiene ou de enfermeiras diplomadas de saude publica será a cidade dividida em distritos, ficando cada enfermeira incumbida dos serviços technicos das diversas dependencias do Departamento.

DECRETO N.º 16 300/23, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1923

Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica (*)

Art. 385. O Serviço de Enfermeiras terá a seu cargo uma escola para instruir e diplomar enfermeiras, ficando sob a jurisdição de uma directora subordinada à superintendencia geral.

Art. 386. Algumas das enfermarias, salas de operações e ambulatorios do Hospital de Assistencia do Departamento, em numero determinado pelo director geral, serão destinadas ao ensino da Escola, ficando a directora responsavel pela

* Será transcrito partes desse regulamento, que trata das questões especificas do funcionamento da Escola e da grade curricular.

bôa ordem e efficiencia de todos os serviços de enfermagem.

§ 1.º Enquanto não puder a escola fornecer enfermeiras diplomadas em numero sufficiente para o desempenho dos serviços sanitarios, afim de garantir a boa marcha de taes serviços, pela superintendente geral do Serviço de Enfermeiras serão organizados cursos intensivos de instrucção theorica e pratica para visitadoras de hygiene.

§ 2.º A admissão a esses cursos será feita mediante concurso, que versará sobre assumptos designados pelo director do Departamento, sendo ainda exigida das candidatas garantia de idoneidade moral e capacidade physica para o trabalho.

Art. 388. Para os cargos de enfermeira-chefes e enfermeiras de saude publica, de qualquer dependencia do Departamento Nacional de Saude Publica, serão

sempre preferidas as diplomadas pela Escola de que trata o art. 393.

Art. 389. A medida que a Escola de Enfermeiras fornecer profissionaes diplomadas, irão ellas sendo aproveitadas nos serviços do Departamento, quer em vagas existentes, quer em substituição às visitadoras de hygiene sem diploma de enfermeiras, as quaes serão dispensadas de cada um dos serviços especiaes, de accordo com as conveniencias dos mesmos.

Art. 390. Será facultado à visitadoras de hygiene, que tiverem de ceder seus logares a enfermeiras diplomadas, completarem o curso da escola, desde que possam preencher as exigencias feitas para as candidatas à matricula.

CAPITULO XIII

Da Escola de Enfermeiras

Art. 393. A Escola de Enfermeiras, subordinada à Superintendencia do

aos serviços sanitarios e aos trabalhos geraes ou especializados, dos hospitaes e clinicas privadas.

Art. 394. A Escola funcionará em um dos hospitaes do Departamento Nacional de Saude Publica e poderá entrar em accordo, por intermedio do Departamento, com instituições medicas idoneas, geraes ou especializadas, officiaes ou particulares, para nellas ser feita parte da instrução pratica.

CAPITULO XIV

Curso

Art. 400. O curso da Escola de Enfermeiras visará instrução theorica e pratica, feitas simultaneamente, e será de dous annos e quatro mezes, dividido em cinco series.

Art. 401. As quatro primeiras series constituirão a parte geral do curso e a ultima será destinada às especializações: enfermagem clinica,

enfermagem de saude publica ou administração hospitalar.

CAPITULO XVI

Matriculas

Art. 410. As candidatas a matricula deverão comparecer pessoalmente ao gabinete da directora da Escola de Enfermeiras, que julgará da conveniencia de aceitar-as, podendo haver recursos para o Director Geral e deste para o Ministro, na hypothese de recusa.

Art. 411. Aceita como candidata, deverá a pretendente a matricula encher uma "folha de admissão", com declaração de nome, naturalidade, filiação e residencia, juntando os seguintes documentos:

a. certidão de idade, por onde fique provada não ter menos de 20 nem mais de 35 annos;

b. documento que prove ser brasileira;

c. attestado official do Departamento Nacional de Saude Publica, que prove ter sido recentemente revacinada contra a variola;

d. attestado passado por medico do Hospital Geral da Assistencia, no qual declare não sofrer de doença contagiosa, nem de defeito physico ou functional que a inhabilite para os trabalhos de enfermeira;

e. attestado de boa conducta, passado pelas autoridades policiaes competentes ou por duas pessoas idoneas, a juizo da directora da Escola e da Superintendencia geral do Serviço de Enfermeiras.

f. diploma de uma escola normal, ou documento, que prove ter instrução secundaria bastante, a criterio da directora, podendo, na hypotese de recusa ser levado o facto a decisão do Directo Geral do Departamento.

§ 1.º A candidata poderá tambem apresentar quaisquer documentos que

provem sua experiencia anterior em serviço educativo ou commercial.

§ 2.º Attendendo a casos especiaes, poderá a superintendente geral do Serviço de Enfermeiras acceitar candidatas de idade superior a 35 ou inferior a 20 annos.

CAPITULO XVII

Art. 414. Os primeiros quatro mezes de estagio escolar serão considerados de ensaio, sendo a instrucção principalmente theorica, mas com sufficiente experiencia em enfermaria, para permittir a alumna adquirir a pratica correspondente aos assumptos ensinados em aula.

Parapho unico. Si, em qualquer tempo, dentro desse periodo, fôr verificada a inaptidão da alumna para o serviço de enfermeira, deverá ella deixar a escola mediante notificação da directoria, com recurso para as autoridades superiores.

Art. 416. As alumnas prestarão serviço no Hospital Geral de Assistencia, tendo direito de residencia em edificio dependente do hospital, alimentação, lavagem de roupa e, depois de acceitas definitivamente como alumnas, a gratificação de 100\$ mensaes.

Art. 417. A residencia das enfermeiras ficará sob a direcção da directora da escola, responsavel pela manutenção de conveniente disciplina de elevado padrão de vida moral e social.

Art. 418. As alumnas serão obrigadas a um serviço diario de oito horas, no Hospital Geral de Assistencia ou em outro estabelecimento de assistencia, para cujo serviço sejam destacadas.

§ 1.º A directora da escola será responsavel, perante o director do hospital, pela efficiencia dos serviços das alumnas nas enfermarias a seu

cargo para o que deverá ouvil-o em todos os casos relativos aos trabalhos hospitalares, cabendo ao mesmo director, quando entender necessario, levar ao Director Geral do Departamento quaesquer observações ou censuras que se façam necessarias a boa ordem dos serviços.

§ 2.º As alumnas terão direito a dous meios dias de descanso por semana e a uma quinzena de ferias anualmente.

Art. 419. A frequencia das alumnas nos trabalhos praticos é obrigatoria.

Parapho unico. A alumna que tiver cinco faltas não justificadas em cada serie não poderá ser submetida a exame.

Art. 420. As faltas disciplinares, commettidas pelas alumnas, serão punidas com as seguintes penas, de accordo com a gravidade:

- a. advertencia particular;
- b. suspensão;

c. expulsão.

Parapho unico. A pena da alinea a é da competencia da directora da escola; a da alinea b, até 15 dias, da competencia da superintendente geral do Serviço de Enfermeiras; a da alinea b por mais de 15 dias, da competencia do Director Geral do Departamento, e da alinea c do Ministro, fornecendo a directora da escola completas informações sobre o caso.

CAPITULO XVIII

Exames

Art. 421. No fim de cada serie lectiva haverá exames, depois dos quaes recommençará immediatamente o trabalho da serie seguinte, excepto quando a superintendente da escola tenha de dar as alumnas os quinze dias de ferias regulamentares.

Art. 422. Os exames de cada cadeira serão prestados perante

commissão constituida por treis professores designados pela directora da escola, sob a presidencia do professor respectivo.

Art. 423. O exame constará de duas provas: uma escripta, que constará de dez perguntas sobre os varios assumptos da matéria, e uma demonstração pratica sobre ponto sorteado na occasião.

CAPITULO XIX

Disposições Geraes

Art. 429. Na Escola de Enfermeiras será observado o seguinte programa de instrucção:

(Parte Geral)

Principios e methodos da arte de enfermeira;

Bases historicas, ethicas e sociaes da arte de enfermeira;

Anatomia e Physiologia;

Hygiene individual;

Administração hospitalar;

Therapeutica, pharmacologia e
materia medica;

Methodos graphicos na arte de
enfermeira;

Physica e chimica applicadas;

Pathologia elementar;

Parasitologia e microbiologia;

Cozinha e nutrição;

Arte de enfermeira:

em clinica medica;

em clinica cirurgica;

em doenças epidemicas;

em doenças venereas e da pelle;

em tuberculose;

em doenças nervosas e mentaes;

em orthopedia;

em pediatria;

em obstetricia e gynecologia;

em oto-rhino-laryngologia;

em ophtalmologia;

Hygiene e saude publica;

Radiographia;

Campo de acção da enfermeira;
Problemas sociaes e profissionaes;

**Parte especializada (quatro ultimos
mezes)**

Serviço de saude publica;

Serviço administrativo hospitalar;

Serviço de dispensarios;

Serviço de laboratorios;

Serviço de sala de operações;

Serviço privado;

Serviço obstetrico;

Serviço pediatrico.

.....
Rio de Janeiro, 31-12-1923

João Luiz Alves

Publicado no D.O. de 1 de fevereiro
de 1924.