

## CAMINHOS E DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Maria Elisa Brum do Nascimento  
Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia/UFSM  
Mestranda do PPGE/UFPR

Dr<sup>a</sup> Maria Cecília Marins de Oliveira  
Professora do PPGE/UFPR  
Histedbr/GT-Curitiba  
[cecioliveira@onda.com.br](mailto:cecioliveira@onda.com.br)

### RESUMO:

O estudo inscreve-se como análise e reflexão sobre a formação do enfermeiro, no Brasil, e sua relação com a saúde pública, objetivando conhecer a organização desta categoria profissional e sua articulação com o atendimento hospitalar, mediante a leitura crítica da realidade institucional. A revisão da literatura permite analisar as condições de criação da Escola de Enfermagem e suas implicações nos âmbitos político, social e econômico, com interferências do modelo norte-americano, visando qualificar esta formação profissional sem articulá-la ao trabalho a ser desenvolvido na saúde pública.

**Palavras-chave:** enfermagem; história; saúde pública; hospitalar; modelo; ensino.

## WAYS AND CHALLENGES OF THE NURSING IN BRAZIL

### ABSTRACT:

The study it is enrolled as analysis and reflection on the formation of the nurse, in Brazil, and its relation with the public health, objectifying to know the organization of this professional category and its joint with the hospital attendance, by means of the critical reading of the institutional reality. The revision of literature allows to analyze the conditions of creation of the School of Nursing and its implications in the scopes politician, social and economic, with interferences of the North American model, aiming at to characterize this professional formation without articulating it it the work to be developed in the public health.

**Key-words:** nursing; history; public health; hospital; model; education.

### Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil

O presente estudo inscreve-se como análise e reflexão sobre a formação do enfermeiro, no Brasil, buscando por meio de sua trajetória, compreender os fatores que condicionam e determinam o desenvolvimento deste profissional e sua inserção em determinado campo de atuação na área da saúde.

A produção historiográfica da enfermagem, no Brasil, aponta os fatores concorrentes para a modernização da enfermagem, na década de vinte do século XX,

retratados pelas grandes epidemias e a necessidade de mão-de-obra especializada para combater doenças infecto-contagiosas que, inclusive, ameaçavam o comércio exportador brasileiro. Desta forma, a atuação da enfermagem naquele momento visava predominantemente a saúde pública, por meio de práticas primárias de saúde preventivas, realizadas fora do ambiente hospitalar e vinculadas ao Estado.

Nesse quadro, surge o ensino sistematizado da enfermagem, com o propósito de formar profissionais para garantirem o saneamento dos portos, verificando-se dessa maneira o início do atendimento sanitário por profissionais da saúde fora do ambiente dos hospitais.

Em 1923, neste cenário descomprometido com a saúde da população, foi criada a “[...] primeira escola de enfermagem no Brasil, por solicitação de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).” (SILVA, 1992, p.76).

Somente 30 anos depois é fundada a Escola Ana Nery, considerada Escola Modelo do Brasil, com assistência predominantemente primária e baseada em atividades de Saúde Pública, inclusive como visitadoras Sanitárias. (LOYOLA, 1987, p. 29).

A Escola surgia como marco da estruturação da nova profissão de enfermagem, momento este, em que “[...] o Estado Brasileiro institui suas primeiras políticas no campo da saúde, baseada em diretrizes definidas e coordenadas pelos órgãos de saúde, com finalidade de estabelecer a saúde coletiva.” (PIRES, 1989, p. 128).

Ao contrário da Inglaterra e dos Estados Unidos, onde a enfermeira surge com a finalidade de atuar no serviço hospitalar, no Brasil, estes profissionais surgiram como uma exigência dos sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Sendo assim, o ensino de enfermagem no Brasil, volta-se inicialmente para atender “o mercado emergente predominante da saúde pública, porém num processo de adaptação do modelo americano para a América Latina.” (BAGNATO, 1994, p. 16).

Apesar de esta interpretação ser consagrada pelos historiadores da enfermagem, outras possibilidades surgem à medida que se aprofunda o estudo sobre a origem e o desenvolvimento da enfermagem profissional no Brasil. A investigação da história permite a compreensão dos problemas vividos em dias atuais, pelo conhecimento de situações que se produziram no passado e se reproduzem no presente, justificando sua importância para a compreensão e a superação do referido processo.

De acordo com Rizzotto (1999, p.3), a interpretação da história da enfermagem foi simplificada na medida em que se exploram os reais motivos do surgimento da profissão. Neste sentido, a autora lembra que doenças infecto-contagiosas, nesta época, já estavam praticamente erradicadas e que a precária situação da saúde pública, nas cidades portuárias, nunca foram empecilhos para as relações econômicas do Brasil com outros países.

Como afirma, Luz (1982, p. 80), a política de saneamento acabava se constituindo a oportunidade de investimentos para o capital estrangeiro: “O setor financeiro do Capital internacional encontrava nas drenagens, na rede de esgotos, no saneamento dos rios e lagos, espaços de atuação e lucro.”

O predomínio das empresas inglesas, no início do século XX, na realização dos serviços de saneamento nas cidades brasileiras, explica-se pelo surgimento, na Inglaterra, do primeiro modelo sanitário que foi assimilado rapidamente no Brasil. Há de se lembrar

que, nesta época, ainda permanecia a influência neocolonialista inglesa, em razão do domínio exercido por aquele país nas antigas colônias portuguesas.

A eficácia do combate às epidemias dá-se em função do trabalho persistente de Osvaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública (1903 - 1908), utilizando as campanhas de vacinação, as brigas de mata mosquito e a Polícia Sanitária.

Estas medidas foram largamente criticadas na época, em função do seu caráter militar, espelhadas no modelo surgido na Alemanha, coercivo e repressivo para garantir o bem estar e a segurança da população. O combate às epidemias e ao saneamento das cidades competia muito mais às milícias do que às enfermeiras, confirmando os registros da Escola Anna Nery ao reforçarem “a interpretação de que a formação das enfermeiras, desde sua origem esteve centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático de doenças.” (RIZZOTTO, 1999, p.5).

Com base nestas considerações, entende-se que a institucionalização da enfermagem brasileira serviu mais para o avanço da medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica no modo de produção capitalista, do que instaurar uma assistência de enfermagem voltada para prevenção.

O fato do projeto original para a instituição da enfermagem moderna no Brasil prever a sua atuação na saúde pública e a intenção de algumas figuras públicas de vinculá-la ao campo da assistência não são argumentos suficientes para explicar sua origem e os rumos da sua história.

Exige-se desta forma uma reflexão sobre a prática destes profissionais, na qual se busca, por meio da crítica às questões intrínsecas à profissão articulada à realidade social, compreender as contradições existentes na realidade e abandonar a visão ingênua e reprodutora. Visão esta que freqüentemente se manifesta na forma de propor soluções para a crise da enfermagem, secularizada em seu processo histórico de constituição e desenvolvimento, com interpretações cristalizadas em sua trajetória e seu papel em nossa sociedade. Destaca-se assim o trabalho dos intelectuais da enfermagem, na busca de uma construção da identidade do enfermeiro que se manifesta na delimitação do campo de atuação, com a produção de teorias e construção de um corpo teórico próprio.

Sendo assim, com a finalidade de contribuir para compreensão dos problemas atuais da formação destes profissionais, pretende-se rever os aspectos históricos que permeiam o ensino sistematizado da enfermagem no Brasil.

A intenção é rever a relação da origem da profissão com a saúde pública, por meio da identificação do papel do enfermeiro desenvolvido na época e sua prática marcada pelo predomínio do direcionamento da atenção à saúde para o campo hospitalar, modelo este cristalizado nas escolas de enfermagem. A própria investigação e seus resultados buscam revelar o método utilizado e as categorias teóricas que a sustentam.

Para Gramsci (1984, p.24), a história deve ser “vasta e compreensiva”, não se restringindo a narração dos fatos, não se limitando à análise dos aspectos internos e nem à biografia de determinados atores que participam do processo. Orienta-se assim a busca da identificação de fatores que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil e de como esses fatores se relacionaram em uma determinada totalidade.

A crítica explícita 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, 1977, p.318).

Por outro lado, a realidade não se mostra aberta num primeiro momento. Assim, construir a verdade, mesmo que provisória sobre determinado objeto, requer uma exaustiva

busca daquilo que é essencial, sem ignorar a percepção do todo. Neste sentido, em relação ao pensamento crítico, cabe a busca da distinção entre representação e conceito.

O trabalho se constitui numa abordagem bibliográfica, tendo como referência, autores que se dedicam ao estudo de questões econômicas, sociais e políticas necessárias para a compreensão do contexto do desenvolvimento da Enfermagem Profissional Brasileira.

Os estudiosos sobre o ensino da enfermagem no Brasil afirmam num consenso histórico que a formação do enfermeiro profissional surge em 1922, ano de criação da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atualmente, Escola de Enfermagem Ana Nery, embora já existissem anteriormente tentativas de ensino formal para a profissionalização da enfermagem.

Nesse período, a sociedade brasileira foi marcada por profundas transformações. Acontecimentos anteriores, no campo político interno, como a Abolição da Escravatura, em 1888, e a Proclamação da República, em 1889, foram fatores que contribuíram para tais transformações. Na política externa, a deflagração da primeira Guerra Mundial, entre os anos de 1914 e 1918, e a Revolução Comunista, em 1918, constituíram acontecimentos significativos com repercussões nos meios social e econômico, afetando as relações de trabalho que intensificaram os movimentos sociais ante o surgimento do processo de industrialização no país. No setor sanitário tiveram início as campanhas de higienização e vacinação, levando a uma política de urbanização e melhoria das condições de vida da população. Culturalmente, movimentos liderados por intelectuais e artistas, em defesa da arte e da cultura nacional, levou à organização da Semana de Arte Moderna, em 1922.

Embora, a Proclamação da República, em 1889, não tenha alterado substancialmente o quadro político, mudanças significativas foram produzidas, não só como resultado da troca de regime, mas devido a pressões de caráter econômico e social. O processo de industrialização, urbanização, imigração, oscilações na economia cafeeira junto à 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, apresentava então, como ainda hoje, uma situação de vulnerabilidade junto às conjunturas dos mercados centrais. Essa relação de dependência econômica que tem marcado nossa história, demandou sucessivas rearticulações internas e externas, no sentido de adequar-se ao modelo mundial.

Desta forma, as condições históricas direcionaram a transição do modelo agro-exportador para o urbano-industrial. Alguns fatores como: a substituição da mão-de-obra escrava por trabalhadores assalariados livres, oriundos do intenso processo imigratório, a concentração de um razoável excedente de capital na mão de uma minoria, produtores de café da região centro-sul, que concentravam também o poder político e a concepção de racionalidade econômica, contribuíram para o redirecionamento do capital para a indústria e, finalmente, a existência de consumidores para estes produtos, em grande parte os próprios trabalhadores imigrantes. (SODRÉ, 1976, p. 307-308).

Por outro lado, o mercado internacional começava a impor uma redução nas importações dos produtos primários, produzidos pelo Brasil, como o café. Sendo, assim o quadro favorável ao processo de industrialização, não foi suficientemente forte para atrair a atenção do Estado a ponto de privilegiá-lo na sua política econômica. A prioridade continuava sendo a exportação de produtos primários, cuja lucratividade foi sustentada através de políticas compensatórias e mecanismos cambiais.

Diante deste contexto as articulações no poder e as políticas sociais foram direcionadas pela atuação dos agentes sociais da emergente indústria brasileira e pelos

mecanismos de pressão utilizados em defesa de seus interesses. Agentes estes representados pela classe dominante, na figura dos fazendeiros de café, financiadores, exportadores e pequenos comerciantes, predominantemente imigrantes.

A intensidade do processo imigratório para o Brasil permite distinguir três grandes fluxos, em épocas distintas: 1880 – 1887, com o fim do escravismo; 1906 – 1914, com a ascensão cafeeira; 1920 – 1930, em decorrência da intensificação do processo de industrialização. (SODRÉ, 1976, p.308). A entrada de imigrantes, incentivada pela política imigratória, elevou o índice populacional, grande parte em demanda ao meio rural, principalmente para as fazendas de café do interior paulista. Essa população, inicialmente destinada ao trabalho agrícola, deslocou-se, gradativamente num segundo momento, para as cidades, em função da crise da agricultura, aumentando com isso o contingente urbano.

O processo de urbanização acelerada ocorreu em meio às lutas sociais e, conseqüentemente, os problemas de saúde começaram a ser enfrentados pela população urbana. Nesse momento, a educação e a saúde passaram a fazer parte das políticas públicas do Estado, porém mais na forma de discurso e dispositivos legais, do que de práticas implementadas de maneira sistemática que trouxessem benefício à população.

No campo da saúde, as precárias condições de vida da população, a aglomeração nos centros urbanos e o processo de migração e imigração foram fatores que concorreram para o aparecimento de doenças infecto-contagiosas, agravando o quadro da saúde já existente. As epidemias que já não eram novidade, nessa conjuntura, ganharam outra dimensão, necessitando de medidas urgentes por parte do Estado, cujas preocupações levaram à criação do Serviço de Saúde Pública, nos primórdios da República. A criação dos Serviços de Saúde serviu não somente para reverter à péssima imagem do Brasil no exterior, mas principalmente porque a nova ordem republicana, balizada nos princípios liberais, embora politicamente excludente, defendia a universalização de certos benefícios, como a saúde e a educação.

Com a pressão de políticos e intelectuais ligados à área da saúde “[...] o governo instituiu 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 varíola e a notificação de doença considerada transmissíveis (1902)”. (COSTA, 1986, p. 46). Doenças como febre amarela, cólera, peste e sarampo eram de notificação compulsória. Já a febre tifóide e a tuberculose, apesar dos altos índices de mortalidade, eram de notificação facultativa.

As práticas sanitárias realizadas pelos serviços públicos se concentraram, na desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, no desregramento moral, na higiene e no controle de hábitos da sociedade. O movimento sanitarista pautou-se nos princípios da corrente bacteriológica, intervindo de forma impositiva.

Apresentou para a sociedade um projeto de intervenção – “o campanhista policial” – [...] que se baseava na intervenção da polícia sanitária na execução de campanhas. Essa estratégia de intervenção configurava-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 dessa forma permitir que lado sadio se impusesse. (MERPHY, 1992, p.69).

Em conseqüência da adoção deste modelo, a execução das ações ficava a cargo da Polícia Sanitária, das Brigadas e das Delegacias Sanitárias, uma vez que inexistiam

serviços ambulatoriais e nem a preocupação com políticas que visassem à melhoria da qualidade de vida da população e à prevenção de saúde.

A ação do Estado brasileiro se revelava em ser muito mais um mediador que propriamente um investidor de benefícios. Um mediador que ao oferecer determinados serviços de saúde e educação tinha o objetivo de atenuar 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 instrumentos de controle social e ideológico.

Outro movimento sanitário, começa a ganhar espaço, o das “Redes locais permanentes”, que defendia a necessidade de modificar os princípios de saúde pública brasileira. Tomava-se como referência as ações da Fundação Rockefeller, cuja perspectiva propunha uma administração dos serviços de Saúde Pública fundamentada cientificamente, colocando-se a Educação Sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias. (MERPHY, 1992, p. 91).<sup>1</sup>

Carlos Chagas tentou implantar por meio de uma reforma sanitária, no período de 1920 a 1926, a proclamada formação de Unidades de Saúde Locais e Permanentes, por meio da formação de uma equipe de profissionais. Nesse projeto de saúde pública surgia então a figura da enfermeira visitadora, com o papel de educadora sanitária. Com essa intenção surgia a enfermagem moderna no Brasil. Entretanto, não bastou à vontade individual de um sanitarista e o discurso oficial não garantiu que se concretizem os projetos.

A atitude idealista de Carlos Chagas, possibilitou criar, em 1922, um curso para formação de enfermeiras, tendo como modelo o sistema *nightingaleano*, que se originara nos hospitais europeus e se desenvolvera nos hospitais americanos que, no Brasil, foi proposto com o objetivo de formar profissionais para atuarem como agentes de educação em saúde. Porém, a formação inicial deste sanitarista não ocorreu nos modelos propostos. A criação de uma rede geral e única de serviços – o centro de saúde – descentralizada e regionalizada, onde a enfermagem teria um papel definido a cumprir, não se consolidou enquanto modelo de saúde pública.

O projeto sanitarista implantado segue o modelo vertical permanente especializado e organizado. Os serviços por problemas específicos, verticalmente administrados, atuam paralelamente utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária da Medicina curativa. (MERPHY, 1992, p. 29).

Este projeto o “Vertical Permanente Especializado” foi beneficiado pelo movimento nacionalista que ganhava força na época, visando rechaçar qualquer interferência estrangeira em assuntos nacionais, principalmente de procedência norte-americana. Como o projeto de Carlos Chagas, tinha sua matriz no modelo americano, não se firmou nessa conjuntura política.

No serviço de visitação havia pouca resolutividade ou terminalidade, sendo o mesmo apresentado   enfermeira como um trabalho missionário e portanto sem recompensas visíveis. Nesse trabalho sem começo e sem fim, a visitadora seria a mediadora entre médicos e doentes [...]. A implanta o da Enfermagem moderna teve como objetivo suplantar o trabalho dos médicos sanitaristas e representar a autoridade sanitária na

<sup>1</sup> Funda o Rockefeller- entidade norte- americana que assessorou o Brasil na crise sanitária início séc. XIX

intimidade do tecido social; a inserção da Enfermagem na sociedade brasileira, decorrente de uma decisão “de cima para baixo” causou estranheza à população e tornou o trabalho de visita domiciliar penoso e <sup>2</sup>possivelmente improdutivo, no que se refere à resolução de problemas encontrados. (BARREIRA, 1993, p. 44).

Na verdade a rejeição, deste trabalho educativo, também ocorria devido à forma como a população o recebia, considerando-o muito mais como invasão de privacidade do que, propriamente, uma ajuda ou uma cooperação para a melhoria das condições sanitárias das famílias. De outra feita também, porque a maneira de abordar os problemas de saúde não se fazia pela conscientização sanitária e, sim, por imposição e controle. Essa desconsideração às orientações, dava-se em razão da situação de saúde e insalubridade em que se encontrava a maioria da população. Os resultados eficientes das ações não dependiam somente de recomendações, mas sim de mudanças na estrutura da sociedade.

Outro aspecto a ser considerado, foi a origem social dessas enfermeiras provenientes da classe média e alta que não se adaptaram ao trabalho penoso de visitadora sanitária. A tentativa foi a de reproduzir o mito Florence Nightingale, nobre inglesa que fundou e difundiu a Enfermagem Moderna. A exigência de frequência ao Curso da Escola Normal ou equivalente, para poder ingressar na Escola Ana Nery, por si só já restringia o acesso a determinadas classes sociais, média e alta. Naquele período, não era comum às mulheres irem além da alfabetização, a não ser as que pertenciam às elites sociais.

As Escolas de Enfermagem e o Modelo adotado podem ser compreendidos através da definição dessa origem e da trajetória da enfermagem profissional no Brasil, em relação ao modelo biomédico assimilado pela enfermagem, tanto no que se refere ao ensino como à assistência, na qual se revela a hegemonia médica, na definição dos rumos da saúde.

Schraiber (1989, p. 89), afirma que esta hegemonia aparece na transição funcional do hospital.

Assim, com a reorganização do hospital, prestando-se à proteção e à experiência médica, inicia-se uma transformação no instrumento de cura e, a partir desse momento, passam a ser os médicos as autoridades no controle das práticas hospitalares, assumindo a responsabilidade da organização do hospital, até então pertencente ao pessoal religioso.

O hospital deixa de ser um depósito dos marginalizados que ali permaneciam até morrer, para transformar-se em centro de tecnologia para tratamento, cura e pesquisa e, com isso, a necessidade de uma maior preparação técnica e científica das pessoas que prestariam os cuidados e manipulariam os instrumentos. Sendo assim, era imprescindível a criação de cursos de enfermagem que qualificassem este pessoal.

A partir do “século XIX, com o desenvolvimento da bacteriologia e a introdução da anti-sepsia e a incorporação das enfermeiras ao pessoal hospitalar”, houve uma revolução das práticas médicas e da assistência à saúde. (SINGER, 1981, p. 28).

As relações da enfermagem profissional com os hospitais comprovavam a articulação da profissão com o campo hospitalar. A figura de Florence Nightingale, que incorporou os parâmetros capitalistas de divisão técnica do trabalho, como *Nurses* ou *Lady-Nurses*, reproduziu no interior dos hospitais e da equipe de enfermagem a divisão

---

<sup>2</sup> O termo sistema nightingaleano – refere-se ao modelo de ensino sistematizado de enfermagem, com base em princípios científicos, iniciados com Florence Nightingale – Inglaterra, séc. XIX

social do trabalho. Processo este que marcou fortemente a história da enfermagem brasileira.

Nesse espaço foi que a enfermagem profissional tornou-se indispensável, em decorrência das características do trabalho em equipe dentro dos hospitais e da carência de profissionais nesse campo, esta última, agravada pela diminuição das religiosas que tinham assumido este trabalho nas instituições hospitalares.

Concomitante a esta situação, ocorria à mudança do papel da mulher na sociedade, que passava assumir outras funções “dignas” de vida e trabalho, além das atividades domésticas e religiosas. No entanto, a enfermagem vinha a ser uma dessas profissões que não alterava substancialmente o papel de submissão da mulher, uma vez que, neste trabalho, continuava a receber ordens dos médicos, sem adquirir a independência financeira e sem se afastar do papel de mãe, cujos cuidados maternos acabava se transferindo para os doentes.

Ao tentar compreender a origem da profissão da enfermagem brasileira, firma-se a idéia de que ela possa ter percorrido um caminho diverso daquele da medicina, considerando que já, nesta época, a assistência médica individual e hospitalar era predominante em relação à assistência médica coletiva de Saúde Pública.

A análise da articulação da enfermagem profissional com a medicina hospitalar, no Brasil, pretende assim contribuir para a reflexão, sobre os paradigmas que fundamentaram o ensino e a prática da Enfermagem e também as conseqüências da incorporação desse modelo à assistência, na realidade da saúde da população.

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, solicitavam uma adequação da teoria médica ao avanço dessas ciências. “O caráter filosófico e espiritual, é gradativamente substituído pelo olhar empírico e experimental e pelo desenvolvimento da tecnologia médica.” (LUZ, 1982, p. 111).

Dessa forma a medicina que vinha assumindo como base o paradigma positivista, para o conhecimento científico, foi levada a abandonar a área das ciências humanas, com uma crescente valorização das disciplinas técnicas.

Segundo Mendes (1984, p. 30), a consolidação efetiva deste modelo, será aceito como paradigma para as profissões da área da saúde, através dos “elementos estruturais dessa medicina denominada científica”, de ênfase curativa e hospitalar.

Esses princípios também se constituíram em diretrizes para enfermagem, devido a sua dependência e relação umbilical com a medicina. Conjunto esses, teóricos, metodológicos e ideológicos, importados das Escolas de Enfermagem americanas, que se cristalizaram na maioria das escolas brasileiras, apesar dos esforços para a construção de outros referenciais para a educação e a prática da profissão em nosso país.

O crescente processo de industrialização e a tecnificação da assistência à saúde foram obtidos mediante um conjunto de procedimentos racionais e encadeados para obter e garantir bons resultados. Os conhecimentos teórico-científicos converteram-se num conhecimento prático, que iriam revestir de maneira singular o atendimento à saúde.

Não se pode desconsiderar que as atividades humanas sempre foram mediadas pela tecnologia e que esta é necessária para o desenvolvimento da humanidade. Porém, o que parece crucial, no campo da saúde, é considerar a tecnologia de ponta como a melhor ou a única alternativa da qualidade de saúde. Na enfermagem, o trabalho é realizado por uma equipe com diferentes graus de formação, porém com atribuições semelhantes, no que se refere ao cuidado com o paciente. A versão desta tecnificação dá-se na elaboração de normas e rotinas, que assegurem certa homogeneidade na assistência, desempenhada por pessoas com diferentes qualificações.



A materialização das diferentes qualificações no trabalho da enfermagem, na visão da sociedade em geral, é difícil de ser distinguida. O que se materializou foi o trabalho da enfermagem como um todo, sendo imperceptível à distinção das diferentes categorias da equipe de enfermagem.

Outro aspecto presente na formação da enfermagem, é a questão do pragmatismo. Considera-se que existe uma resistência, por parte dos enfermeiros, em discutir questões teóricas que não tenham utilidade prática imediata. Dificilmente discutem-se concepções, conceitos, princípios e diretrizes que fundamentem ou poderiam fundamentar a prática profissional. Parte-se do pressuposto de que estas discussões não são relevantes para o exercício da profissão e, frequentemente, o seu exercício se reduz ao voluntarismo e ao ativismo que compensam ou camuflam as frustrações dos bons resultados como projeto profissional. A resistência às discussões teóricas não constitui uma opção consciente dos enfermeiros pelo pragmatismo, pois parece ser muito mais resultado da ausência do exercício de reflexão teórica durante a formação que se perpetua durante a vida profissional. Isto leva a pensar na necessidade de fortalecer o enfoque humanista, nos currículos de enfermagem, valorizando a interdisciplinaridade e o desenvolvimento teórico/prático da profissão.

Outro aspecto que deve ser considerado são as condições contextuais de institucionalização do ensino para o desenvolvimento da enfermagem profissional no Brasil. A partir da Escola Ana Nery, em 1922, em sua origem refletia-se a contradição entre o discurso social e a prática elitista na área da saúde. Se por um lado o discurso aponta a necessidade de enfermeiras para o trabalho preventivo, por outro enfatizava os benefícios de se ter um pessoal qualificado para cuidar dos doentes particulares, em casa e nos hospitais.

O processo de seleção das alunas, na Escola, era rígido e elitista. O primeiro regimento interno, da Escola Ana 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 da Escola Normal ou curso oficial equivalente. Exigia ainda, idade entre 20 e 35 anos; atestado médico que comprovasse suas perfeitas condições físicas e mentais; atestado de boa conduta e situação civil de solteira, viúva ou separada legalmente do marido. Por estas exigências, pode-se inferir que não eram muitas mulheres brasileiras que tinham tais requisitos. (CUNHA, 1923, p.4-5).

A preocupação era melhorar a imagem social do trabalho de Enfermagem, para que as senhoras brasileiras das melhores camadas sociais se interessassem por ele, o que se materializou nos princípios nightingaleanos e nos critérios para seleção das candidatas. Princípios estes, centrados na moral, disciplina, treinamento, ênfase no regime disciplinar, carregados de forte apelo moral.

Segundo Cunha (1923, p.5), os “princípios norteadores, foram expressos no I Congresso Internacional de Higiene Infantil, realizado pela Sociedade Brasileira de Higiene, em 1923, com o título Valor da Enfermeira nos Serviços de Saúde Pública”, princípios correspondentes aos expressos por Florence Nightingale, em 1860.

Num dos princípios ficava estabelecido que “a escola deve ser criada anexa ao Hospital Geral de Assistência, semelhante ao modelo Nightingale, que fundou sua escola anexa ao Hospital São Tomaz, em 1859, em Londres.” (RIZZOTTO, 1999, p. 54). A finalidade justificava-se em relação ao trabalho prático das alunas, nas enfermarias médicas e cirúrgicas, parecendo esconder a intenção de utilizar uma mão-de-obra sem custos para o hospital.

Embora, se pretendesse formar uma elite de mulheres brasileiras, claramente percebem-se os limites impostos para a profissão de enfermeira; tanto no que se refere ao

acesso ao conhecimento, quanto ao papel de submissão que desempenhariam, em relação à medicina.

O que se manifestava na forma de transmissão/assimilação do conhecimento, no tocante à aprendizagem das atividades práticas, entre estudantes da enfermagem e da medicina, era que esta aprendizagem ocorria em momentos diferentes e mais de 60%, das disciplinas teóricas, eram ministrados por médicos, vindo a confirmar com isso, o reforço do modelo biomédico.

A Escola Anna Nery, esteve sob a direção das enfermeiras americanas, de 1922 a 1938, com exceção do primeiro período compreendido entre 30/06/1931 e 09/1933, quando foi dirigida pela brasileira Rachel Haddock Lobo, que havia se formado na França e permanecido dois anos nos Estados Unidos, preparando-se para assumir a direção da Escola. (ALCÂNTARA, 1963, p. 27).

As enfermeiras americanas tiveram a preocupação de garantir, por meio de legislações a continuidade da estrutura do serviço de enfermagem implantada, seu funcionamento, assim como o modelo de formação da Escola Anna Nery e demais escolas criadas no país.

“O exercício da profissão foi regulamentado pelo decreto n. 20.109, de 15 de junho de 1931, que também instituiu a Escola Anna Nery, considerada escola padrão”, para efeito de equiparação a todas as escolas nacionais; fixando normas e condições relativas ao processo de exame para revalidação do diploma. (ALCÂNTARA, 1963, p. 27).

E, finalmente cuidava-se para que a continuidade do trabalho fosse assegurada, à medida que as alunas da escola demonstrassem “qualidades excepcionais de direção”. Ao concluírem o curso, recebiam bolsas da Fundação Rockefeller, para aperfeiçoamento nos Estados Unidos, e ao retornarem assumiriam o lugar das enfermeiras americanas, garantindo o processo e a continuidade do trabalho na Escola de Enfermagem. (RIZZOTTO, 1999, p. 60).

Dessa forma observa-se que o desenvolvimento da enfermagem profissional no Brasil, seguindo o modelo americano, satisfazia mais as necessidades de qualificar os serviços de enfermagem nos hospitais brasileiros, do que atender as necessidades de saúde da maioria da população. De outra feita, há de se lembrar as implicações políticas entre o Brasil e os Estados Unidos, na década de 1930, nas quais as trocas de benefícios pela cessão de alguns favores brasileiros e outros americanos incluíam importação de *know how* e facilidade de acesso a instituições formadoras americanas.

A questão central desta análise e reflexão tem por objetivo desmistificar a articulação do surgimento da Enfermagem Moderna no Brasil com o trabalho desenvolvido visando à saúde pública. Sendo assim, procurou-se reconstruir os diversos momentos, em que ocorreram os acontecimentos envolvidos na criação da Escola Anna Nery, considerada marco inicial da Enfermagem Moderna no País. A análise da organização e da forma de ensino ministrado na referida escola, parecem ter confirmado a articulação original da enfermagem profissional com a assistência hospitalar curativa e o modelo médico vigente.

A relevância do estudo ocorre na medida em que se constata no processo educacional, vigente ainda hoje, que a grande maioria das escolas de enfermagem brasileiras, pouco se afastou do modelo de formação iniciado na Escola 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 rever o ensino da enfermagem.

O próprio desenvolvimento capitalista tem mostrado a necessidade de mudanças na formação dos enfermeiros, tornando obsoleto o padrão de ensino utilizado por mais de setenta anos. Essas mudanças, não devem se restringir apenas às alterações na legislação,

mas devem direcionar-se à formação de enfermeiros, capazes de atender as necessidades de toda uma sociedade. Para isso, torna-se indispensável uma tomada de consciência e um comprometimento efetivo da categoria na busca de soluções para os problemas, levando-se em consideração as questões mais amplas, como a saúde preventiva.

O compromisso a ser assumido pelas instituições de formação, pelos órgãos representativos e pelos profissionais da área, deve ser o de esclarecimento das consciências, na busca de maior grau de autonomia e do exercício profissional comprometido com a coletividade.

Nesse sentido a opção pelo coletivo, deverá pesar mais que a preocupação em garantir uma boa colocação no mercado de trabalho, pois o conhecimento das doenças e das formas de tratamento individual não deverá prevalecer em relação aos métodos epidemiológicos de abordagem dos problemas coletivos de saúde. Da mesma forma que a sofisticada tecnologia da medicina hospitalar, não deverá anular as necessidades de medidas de caráter preventivo.

Sendo assim, também os princípios nightingaleanos, se ainda têm validade do ponto de vista assistencial, sem dúvida não servem mais de diretrizes para a organização das Escolas de Enfermagem, nem para a relação que se estabelece entre professor e aluno e nem como critério para qualquer tipo de avaliação.

A enfermagem não pode ficar alheia à crise do setor de saúde; crise que resulta da negligência e do descaso dos governantes com as políticas sociais, acentuadas a cada governo. A pressão por melhores serviços de saúde, passa necessariamente pelo esclarecimento das consciências dos usuários e prestadores de serviços. Deve ela ocorrer com o propósito do governo abandonar a retórica e colocar em prática medidas que atendam as necessidades da população.

O que se pretende, através desta análise e reflexão, é teorizar sobre questões da enfermagem relacionadas com a saúde pública, questões que são abordadas para servir de ponto de partida para discussões e embates, enfrentados pelos profissionais da saúde e da educação.

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

Entende-se que o momento de reflexão por que passa a profissão de enfermagem, não pode estar alheio às questões relacionadas ao ensino e ao mundo do trabalho. Não se deseja defender com isso, a priorização de um determinado nível de assistência, em detrimento de outro e, sim, que esta reflexão possa servir como ponto de partida para possíveis debates em torno da melhoria das condições e dos objetivos na formação dos quadros da enfermagem no Brasil.

## REFERÊNCIAS:

ALCÂNTARA, G. de. *A enfermagem moderna como cátedra profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira*. Ribeirão Preto, SP, Escola de Enfermagem, USP, 1963. Tese para Cátedra.

BAGNATO, M.H. S. *Licenciatura em enfermagem: para quê?* Campinas, SP, UNICAMP, 1994. Tese de Doutorado.

BARREIRA, I. de A. *A Enfermeira Ana Néri no país do futuro: a aventura da luta contra tuberculose*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1992. Tese de Doutorado.

COSTA, L. do R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. 2. ed. Petrópolis, Vozes. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1986.

CUNHA, L.A. *Educação e desenvolvimento social no Brasil*. 8. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980.

GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. 5. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1984.

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.

MENDES, E. V. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino e na tecnologia médica*. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.

MERPHY, E. E. *A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo, Hucitec, 1992.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930*. São Paulo, Cortez, 1989.

ROZZOTTO, M. L. F. *História da enfermagem e sua Relação com a saúde pública*. Goiânia, A&B, 1999.

SCHRABER, 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.

SILVA, M. E. K. et. al. *Enfermagem e cidadania: reflexões acerca das políticas sociais*. In: *Texto & Contexto*, v.1, n.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. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia da práxis*. 3. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.