

A ORIGEM DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO BRASIL: DETERMINANTES HISTÓRICOS E CONJUNTURAIS

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Introdução

Neste texto analisamos o período da emergência da enfermagem profissional no Brasil, desvelando os aspectos históricos e conjunturais que definiram a sua vinculação original ao espaço hospitalar, diferentemente da interpretação consagrada e cristalizada pela historiografia da enfermagem que vinculava o nascimento dessa profissão ao campo da saúde pública. Os determinantes econômicos, políticos e sociais, assim como os projetos de saúde pública em disputa naquele período, foram condicionantes do surgimento da enfermagem moderna brasileira alicerçada na assistência hospitalar. O tema foi abordado no contexto histórico-social, delimitado às três primeiras décadas do século XX, período em que surgiu a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje denominada de Escola de Enfermagem Anna Nery. A partir da criação desta escola, e da formação das primeiras enfermeiras diplomadas efetivamente se inicia a profissionalização desta prática social no Brasil.

Este trabalho tem como objetivo central 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 políticos e de saúde em disputa naquele período, e da análise da 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 a partir deste momento.

A produção historiográfica brasileira no âmbito da Enfermagem, tende a apontar como determinação básica da constituição da enfermagem moderna, 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 nas primeiras décadas do século XX. Nessa perspectiva, sua atuação visava predominantemente o âmbito da

saúde pública, compreendida como as práticas de saúde preventivas e de atenção primária, realizadas fora do campo hospitalar e promovidas por órgãos estatais.

Apesar de essa interpretação ter sido consagrada pelos historiadores da Enfermagem, outras possibilidades de leitura surgem na medida em que se aprofundam os estudos sobre a origem e o desenvolvimento da enfermagem profissional 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 obtemos as respostas.

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 Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1922. Segundo, porque a situação da saúde pública, nas cidades portuárias, não representava um real empecilho às relações econômicas do Brasil com os países importadores, uma vez que a própria política de saneamento urbano constituía oportunidade de investimentos para o capital estrangeiro, como se observa na reforma urbana realizada no Rio de Janeiro no início do século por Pereira Passos, prefeito da capital e Oswaldo Cruz, diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública - DGSP.

Os registros históricos da Escola de Enfermeira do DNSP, hoje denominada de Escola de Enfermagem Anna Nery, reforçam a interpretação de que a enfermagem brasileira não priorizou 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. As enfermeiras não eram, portanto, preparadas para atuarem no campo da saúde pública, na atenção primária e na prevenção, mas, para serem coadjuvantes da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa.

O contexto histórico da constituição da enfermagem profissional no Brasil

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 coloca o ano de 1922 como o marco inicial da enfermagem moderna brasileira, ano em que foi criada a Escola de enfermagem Anna Nery. Nesse período, a sociedade brasileira passava por profundas transformações, em que 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 (1992) 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.

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, 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 serviços públicos 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); a notificação compulsória das doenças consideradas transmissíveis (1902) e instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (1904). (COSTA, 1986, p. 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 do modelo campanhista/policial, que se baseava na concepção ontológica e unicausal das doenças. (COSTA, 1986, p. 46).

A 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 redução da desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, na limitação do desregramento moral, na higiene e no controle dos hábitos da sociedade.

No Brasil, o modelo campanhista/policial vigorou até a segunda década do século XX, quando outras experiências começaram a surgir, cuja ênfase não era unicamente nas campanhas e no saneamento, mas em serviços ambulatoriais permanentes de combate a 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 não tinha como causa principal as epidemias, mas o processo de pauperização da população urbana e rural, acentuada pelas oscilações na economia cafeeira e pelo conflito mundial de 1914 a 1918.

Essa situação, 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.

As epidemias, a falta de segurança no trabalho, as péssimas condições de vida e a falta de assistência à saúde acabaram levando os trabalhadores mais organizados a explicitarem com mais clareza os antagonismos da relação capital/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.

É nesse contexto que o Estado brasileiro, tal como os estados burgueses em geral, entra como mediador oferecendo determinados serviços de saúde, de educação entre 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 instrumentos de controle social e ideológico.

A sociedade brasileira e a saúde pública: a formação de agentes educativos

Nos anos de 1920 o movimento sanitário que defendia um modelo de atenção á saúde formado por uma Rede Local Permanente de unidades de saúde começou a ganhar corpo. Os propositores deste projeto, que tomava como referência as ações da Fundação Rockefeller e a experiência americana, defendiam a necessidade de modificar os princípios da saúde pública brasileira na medida em que propunham uma administração dos serviços de saúde pública fundamentada cientificamente, colocando a educação sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias. (MERHY, 1992)

Esse modelo, que Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, tentou implantar através da primeira reforma sanitária, no período de 1920 a 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.

Numa atitude que poderíamos avaliar como idealista, o sanitarista Carlos Chagas criou, em 1922, a escola de Enfermagem Anna Nery, 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.

A intenção inicial desse sanitarista, de formar profissionais enfermeiros que assumissem o papel de educadoras em saúde, não chegou a se concretizar como uma prática sistemática por uma série de fatores, que articulados, determinaram o desenvolvimento da enfermagem numa perspectiva diferente daquela originalmente pensada. O projeto da rede local permanente acabou não se consolidando enquanto modelo para a saúde pública brasileira. 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 atuavam paralelamente utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária da Medicina curativa”. (MERHY, 1992, p. 29). Tanto assim, que o único campo fora dos hospitais, onde a enfermagem teve algum desenvolvimento, foi nos programas de combate à tuberculose, onde a Fundação Rockefeller tinha particular interesse em que fosse investido recursos e ações de saúde.

Esse projeto, o vertical permanente especializado foi beneficiado pelo forte movimento nacionalista presente naquela 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 tranquila. 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 rapidamente desistindo de atuar nessa área, por sentirem que seu trabalho não levava à mudança nos hábitos, nem nas condições de saúde da população.

O sanitarista Fontanelle, em um trabalho realizado sobre a saúde pública naquele período, já reconhecia certa frustração dos objetivos inicialmente projetados para a enfermagem, conforme se verifica na citação.

O fato é que, em quatro anos de funcionamento, a escola formara 94 enfermeiras, mas no fim de 1929 havia apenas 28 enfermeiras-visitadoras, pois 70% das diplomadas contratadas para tal função haviam 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 em BARREIRA, 1992, p.53).

Outro dado a considerar é a origem social das primeiras 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 a uma determinada classe. Naquele período, era pouco comum as mulheres estudarem além da alfabetização, a não ser aquelas que pertenciam às elites sociais.

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 a formação de pessoal de enfermagem nos hospitais militares, regulamentados em 1921. Na 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 centrada no indivíduo e na prática curativa no campo hospitalar.

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

As novas experiências no campo da saúde pública, no início dos anos de 1920, também incorporaram 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 em que exigia outro espaço para se desenvolver, o hospital, provocava um abandono progressivo das medidas de caráter coletivo, privilegiando a assistência individual.

Essa medicina clínica, de caráter individualista e curativo, exigia a formação de um maior número de pessoal de enfermagem para compor a equipe de saúde hospitalar. A educação formal ministrada na Escola de Enfermagem Anna Nery, desde o seu início, em consonância 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.

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)

Foi a partir do avanço das ciências experimentais e da mudança ocorrida na função do hospital, no século XIX, que tinha deixado de ser um depósito de marginalizados que ali ficavam até morrer, para se transformar em centro de diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa

dos problemas de saúde, que surgiu a necessidade da especialização e do trabalho em equipe. Essa nova realidade passou a exigir 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 que qualificassem o pessoal que iria compor a equipe de saúde.

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 ele responsáveis, dominando o saber e tendo o poder de definir as diretrizes e o trabalho em saúde. (PIRES, 1989)

Assim a partir da segunda década do século XX, no Brasil, as práticas de saúde pública, inicialmente inspiradas no modelo sanitarista, vão rapidamente se transformando e assumindo as características do modelo biomédico. Paradoxalmente isso não se dá apenas em consequência de razões intrínsecas ao saber médico, decorrentes dos avanços das ciências experimentais 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 exercidas pelos próprios trabalhadores no sentido de terem acesso a um atendimento individualizado e garantido pelo Estado.

A 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, ou seja, de caráter curativo e centrado no espaço hospitalar.

O Modelo Biomédico e suas implicações nas práticas de saúde

Refletir sobre o modelo biomédico, predominado na área da saúde desde o início do século XX, tem dupla intenção. Primeiro, contribuir para a discussão presente nos meios

acadêmicos e sanitários, que vem questionando esse modelo, ao mesmo tempo em que tem ensaiado a construção de novos paradigmas para a assistência a saúde no Brasil. Segundo, tentar mostrar que a enfermagem profissional brasileira, desde o seu nascedouro, esteve calcada nos princípios desse modelo, reforçando a 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.

Segundo Mendes (1984), a consolidação efetiva do modelo biomédico, que será incorporado como paradigma para as profissões da saúde, ocorreu a partir do relatório de Flexner, realizado pela Fundação Carnegie em 1910, nos Estados Unidos da América. Esse relatório, 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.

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.

A 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.

O biologicismo e o pensamento positivista

Comte quis atribuir aos princípios positivistas um alcance universal, afirmando que os fenômenos da sociedade também poderiam ser tratados na mesma perspectiva. 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, 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 e do 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 e das demais profissões da área da saúde, na compreensão do que seja o normal e o patológico, e na forma de estudar e tratar o processo saúde/doença.

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 preocuparem 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 biologicista, 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.

Parece lógico que, uma vez assimilados os princípios mecanicista e biologicista, o desenvolvimento subsequente, na área da saúde, fosse à 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, mesmo quando essa totalidade fosse o próprio homem.

Seguindo a tendência da medicina e do desenvolvimento tecnológico ocorrido na área, a enfermagem foi progressivamente inclinando-se para a especialização. Nesse caso, contudo, como não era interessante que o profissional enfermeiro se tornasse oneroso ao sistema, o que ocorreria se a especialização se desse em nível de pós-graduação, a pressão se fez sentir no processo de formação em nível de graduação, na medida em que estes contemplassem um mínimo de formação em determinadas áreas de ponta, como em UTI, hemodiálise, quimioterapia, 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 e na transformação da realidade de saúde das populações.

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. 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 e/ou cultural e que só podem ser resolvidos por meio de ações políticas e compromissos sociais de caráter coletivo.

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 reduziu e restringiu a autonomia das pessoas de se auto-cuidarem a tal ponto que praticamente qualquer ousadia em tratar os problemas de saúde, sem a orientação médica, passou a ser condenada.

As práticas de medicina tradicional, ou das terapias 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 por meio de um conjunto de procedimentos racionais e encadeados, para se alcançar os resultados esperados. Essa forma racional de atendimento, fundamentada na ciência moderna aplicada, ao converter em prática os conhecimentos teórico-científicos, foi incorporada de maneira singular à área da 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 usuário, a versão dessa tecnificação deu-se na elaboração de procedimentos, normas e rotinas que buscam assegurar certa homogeneidade na assistência de enfermagem, mesmo sendo desempenhado por pessoas com qualificações diferenciadas. Isso se materializou 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.

Além desses princípios, próprios do modelo biomédico, pode-se acrescentar, no caso específico da enfermagem, o pragmatismo. Parece que existe 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, frequentemente, 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 visão 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, mas que tem contribuído muito para o crescimento da profissão nas últimas décadas.

Esse conjunto de princípios teórico-metodológicos e ideológicos, que foram importados das escolas de enfermagem americanas, cristalizou-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.

Os primeiros programas de ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery

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 Anna Nery tivesse um programa de ensino estabelecido por decreto do governo brasileiro, em 1923, 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.

O conjunto das 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, as demais se concentravam no estudo das doenças e na forma de tratamento vinculada à assistência de nível terciário que se desenvolvia dentro dos hospitais.

Os conteúdos ministrados, 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 Anna Nery, Louise Kilninger (1979, p. 01) ao relatar que: “Não existiam livros de enfermagem e todos tiveram que ser traduzidos”.

Outro aspecto a considerar, no que se refere à opção pela formação centrada no espaço 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 6.000 horas/aula de estágio, estabelecendo uma relação superior de um para 10. Dos trinta meses de estágio, vinte e oito meses eram realizados em enfermarias e ambulatórios hospitalares, e somente dois meses eram cursados na saúde pública, portanto, mais de 90% do ensino prático ocorria dentro dos hospitais.

Se de 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, por outro lado, contraditoriamente, o ensino orientado pelo modelo biomédico era reconhecido como um “ponto fraco” das alunas, que iniciavam o serviço na “zona prática”, correspondia ao campo de prática em saúde pública.

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

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. (*sic!*) (ALVES, 1932, p. 32).

É importante considerar que essa “idéa curativa e não preventiva”, (*sic!*), ou seja, de preocupação com doença e não com a saúde, incorporada durante toda a formação profissional, provavelmente 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.

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

Considerações Finais

Acredito que a realização de estudos históricos 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. Contudo, a ênfase que ainda se dá ao aspecto curativo/hospitalar, na formação acadêmica dos enfermeiros, está sendo questionada por profissionais da área que discutem a necessidade de mudar o ensino e a prática de enfermagem, particularmente em face do processo de construção de um sistema de saúde, pautado em princípios e diretrizes que exige outro tipo de profissional.

Nas propostas encaminhadas pela Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, desde o início da década de 1990, 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 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/ambatório. (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, 1994, p.5/6)

Essa distorção, como se pode verificar, não ocorreu no processo recente de desenvolvimento da profissão, 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 pólo 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 (...). As habilitações não tiveram nenhum impacto na consolidação de um modelo de assistência de enfermagem diferenciado do que prevalecia desde a década de 20”. (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, 194, 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 à 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 coletiva.

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.

Penso que as análises realizadas no âmbito deste trabalho podem alimentar a discussão sobre a construção de um novo projeto para a enfermagem brasileira, que necessariamente considere as questões relativas a todas as dimensões do processo de adoecer humano. Com isso não se deseja defender a priorização de um determinado nível de assistência em detrimento de outros, mas defender a proposta de que todos os campos de atenção à saúde precisam ser contemplados pela enfermagem brasileira, tanto no que se refere ao ensino, quanto ao trabalho profissional.

REFERÊNCIAS

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.

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).

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.

KILNINGER, L. C. **Memórias de Clara Louise Kilninger**. Trad. Rule, G. UFRJ, 1979. (reprodução interna).

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.

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