

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado - PPGENF

FERNANDA TELES MORAIS DO NASCIMENTO

**IV CONGRESSO MÉDICO LATINO-AMERICANO (1909): PROPOSIÇÕES E
DESDOBRAMENTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM
BRASILEIRA**

Rio de Janeiro
2011

FERNANDA TELES MORAIS DO NASCIMENTO

**IV CONGRESSO MÉDICO LATINO-AMERICANO (1909): PROPOSIÇÕES E
DESDOBRAMENTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM
BRASILEIRA**

Dissertação produzida na linha de pesquisa Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Rio de Janeiro
2011

N244 Nascimento, Fernanda Teles Morais do.
IV Congresso Médico Latino-Americano (1909) : proposições e desdobramen-
tos para o desenvolvimento da enfermagem brasileira / Fernanda Teles Morais
do Nascimento, 2011.
145f.

Orientador: Wellington Mendonça de Amorim.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Enfermagem - Brasil - História. 2. Saúde pública - Brasil - História. 3. Polí-
tica de saúde - Brasil. I. Amorim, Wellington Mendonça de. II. Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 610.730981

**IV CONGRESSO MÉDICO LATINO-AMERICANO (1909): PROPOSIÇÕES E
DESDOBRAMENTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM
BRASILEIRA**

Por:

Fernanda Teles Morais do Nascimento

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wellington Mendonça de Amorim
Presidente

Prof^a. Dra. Teresa Cristina de Carvalho Piva
1^a Examinadora

Prof. Dr. Fernando Porto
2^o Examinador

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior
1^a Suplente

Prof^a. Dra. Almerinda Moreira
2^a Suplente

DEDICATÓRIA

“Dedico a presente dissertação em primeiro lugar a Deus, que nos momentos de fraqueza me amparou. Ao meu amado esposo Daniel e a meus pais, Ligia e Carlos, na tentativa de compensar as inúmeras horas em que estive ausente do convívio familiar, por estar absorvida na construção do presente trabalho e em agradecimento a todas as palavras de carinho, incentivo e amor. E ao meu Mestre e incentivador Dr. Wellington Mendonça de Amorim”.

AGRADECIMENTOS

“Todo trabalho é fruto de muita fé, força de vontade, perseverança e colaboração de várias pessoas, nele envolvidas. De forma que, hoje, dia em que concretizo mais um sonho, não posso deixar de agradecer...”

A Deus por todas as bênçãos concedidas, por tomar os meus passos e me guiar, por estar ao meu lado me capacitando, por fazer se cumprir todas as suas promessas em minha vida, por ter sido nos momentos de cansaço o meu fôlego, meu refúgio e fortaleza, e por colocar em meu caminho pessoas tão especiais.

Aos meus pais que me deram a vida e me transmitiram, através dos seus exemplos, princípios e valores que me tornaram a pessoa e profissional que sou hoje. Por acreditarem em mim e estarem sempre ao meu lado me apoiando.

Ao meu amado esposo, que esteve do meu lado durante toda a graduação e mestrado. Compartilhou as horas de alegria, tristeza, medo, ansiedade e estresse. Entendeu minhas horas e dias de ausência durante o mestrado. Obrigada por fazer parte da minha história de maneira incansável. Te amo!

Aos meus irmãos, Rafael e Carlos Eduardo, por terem me permitido, nem sempre com muita paciência, ocupar seus quartos com minhas malas e dezenas de livros.

À minha avó Ivone, aos meus sogros, Eliana e Alcemar, à minha cunhada Aline, meu cunhado Francisco e minha sobrinha Maria Eduarda pelo apoio e carinho.

Ao meu professor, orientador e mestre Wellington, por ter acreditado no meu potencial e me aceitado como aluna voluntária de pesquisa, ainda no 3º período da graduação, e mestranda. Por ter compartilhado conhecimentos e experiências que contribuíram para o meu progresso pessoal e profissional. Por ter sido um exemplo de profissionalismo, dedicação e um amigo sempre disposto a ajudar nos momentos em que precisei.

Aos meus amigos do INTO, Junior, Cleydson, Rafaely, Thiago, Edcleide, Danielle, Márcia, Jorgete, Rute, Aldine, entre outros, pela amizade e apoio.

Às amigas e pesquisadoras do LAPHE, Lilian Ayres, Mercedes Neto, Amanda Cury, Flávia Carrero e, em especial, Mary Ann.

Às mentes brilhantes do LAPHE, Dr. Wellington, Dr. Fernando, Dr. Osnir e Dra. Almerinda por terem contribuído com seus conhecimentos na elaboração da dissertação durante minhas apresentações nas reuniões do laboratório. E também aos demais membros do LAPHE não citados.

Aos professores da graduação e mestrado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, em especial Prof. Dr. Enirtes, exemplo de pessoa e profissional a ser seguido.

Aos membros da banca, titulares e suplentes, que contribuíram para a construção da dissertação.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO, Rachel e Márcia.

A todos muito OBRIGADA!”

RESUMO

Trata-se de um estudo desenvolvido na perspectiva da história social e tem como objeto as proposições proferidas por representantes brasileiros das especialidades médicas no IV Congresso Médico Latino-Americano. Tendo os seguintes objetivos: caracterizar o campo sanitário brasileiro nos primórdios do século XX; analisar as proposições dos sistemas assistenciais divulgados durante o IV Congresso Médico Latino-Americano em 1909 e discutir os efeitos simbólicos para a enfermagem a partir dos sistemas assistenciais propostos no IV Congresso Médico Latino-Americano. As fontes primárias utilizadas foram os relatórios contendo os discursos de médicos brasileiros apresentados no IV Congresso Médico Latino-Americano trazendo em seu conteúdo propostas de sistemas assistenciais que em sua estrutura integravam entre os agentes utilizados enfermeiros ou profissionais que desempenhassem essa função, além de imagens veiculadas na Revista Fon-Fon de 14 de agosto de 1909 e nos relatórios do IV CMLA, encontrados na Biblioteca Nacional – Rio de Janeiro, Biblioteca da Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro, na Biblioteca de Obras Raras da Casa de Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro. Utilizamos como referencial teórico o pensamento do sociólogo francês Pierre Bourdieu. Ficou evidenciado nos discursos dos porta-vozes brasileiros, de diferentes especialidades médicas, no IV CMLA, o interesse em adotar no país, sistemas assistenciais tendo como referência experiências bem sucedidas em outros países. Sendo necessário, para o sucesso desses sistemas, a utilização de agentes/ enfermeiros que fossem formados por médicos da especialidade na qual iriam atuar. Isso tudo ocorrendo no auge da consagração e legitimação da ciência brasileira, através do reconhecimento de Oswaldo Cruz pela comunidade científica nacional e internacional.

ABSTRACT

This is a study developed in the perspective of social history and has as its object the proposals made by Brazilian representatives of medical specialties at the IV Latin-American Medical Congress. With the following objectives: to characterize the Brazilian health field in the early twentieth century, analyzing the propositions welfare systems released during the IV Latin-American Medical Congress in 1909 and discuss the symbolic effects for nursing care models from the proposed IV Latin-American Medical Congress. The primary sources used were the reports containing the speeches by Brazilian doctors presented at the IV Latin-American Medical Congress bringing in content of welfare systems proposed in the structure belonged among the agents used or nurse practitioners who performed this function, besides images conveyed in the Journal of Fon-Fon August 14, 1909 and reports by the CMLA IV, found in the Biblioteca Nacional - Rio de Janeiro, Biblioteca da Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro and Biblioteca de Obras Raras da Casa de Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro. We used the theoretical thinking of the French sociologist Pierre Bourdieu. It was evident in the speeches of Brazilian spokesmen of different medical specialties, in IV CMLA, interest in adopting the country welfare systems with reference to successful experiences in other countries. Being necessary to the success of these systems use agents/ nurses who were trained by medical specialty in which they would act. This all occurred at the height of consecration and legitimation of science in Brazil, through recognition of the Oswaldo Cruz by the national and international scientific community.

RESUMEN

Se trata de un estudio desarrollado en la perspectiva de la historia social y tiene por objeto las propuestas formuladas por los representantes brasileños de las especialidades médicas en el IV Congreso Médico Latino- Americano. Con los siguientes objetivos: caracterizar el campo de la salud de Brasil en el siglo XX, analizar las proposiciones de los sistemas de atención liberados durante el IV Congreso Medico Latino-Americano en 1909 y discutir los efectos simbólicos para la enfermería de los sistemas de atención propuesto en el IV Congreso Medico Latino-Americano. Las fuentes primarias utilizados fueron los informes que contienen los discursos de los médicos de Brasil presentada en el IV Congreso Medico Latino-Americano trayendo en sus sistemas de atención los contenidos propuestos que abarca en su estructura entre los agentes utilizados enfermeras o profesionales que realizan esta función, además de imágenes transmitidas por la Revista Fon-Fon del 14 de agosto 1909, y los informes que se encuentran en la Biblioteca Nacional – Rio de Janeiro, Biblioteca da Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro y en Biblioteca de Obras Raras da Casa de Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro. Se utilizó el pensamiento teórico del sociólogo francés Pierre Bourdieu. Evidencia en los discursos de los portavoces de Brasil, de diferentes especialidades médicas, en el IV CMLA, el interés en adoptar el país, sistemas de atención con referencia a experiencias exitosas en otros países. Siendo necesario para el éxito de estos sistemas el uso de agentes/enfermeros que fueron capacitados por la especialidad médica en la que actuaría. Todo esto ocurrió en el pico de la consagración y legitimación de la ciencia en Brasil, con el reconocimiento de Oswaldo Cruz por la comunidad científica nacional e internacional.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
<i>Objetivos</i>	29
<i>Relevância do Estudo</i>	30
<i>Referencial Teórico e Metodológico</i>	32
Capítulo I - O CAMPO SANITÁRIO BRASILEIRO NOS PRIMÓRDIOS DO SÉCULO XX.....	39
<i>Diagnóstico do setor saúde e a enfermagem no Brasil</i>	58
Capítulo II - AS PROPOSIÇÕES ASSISTENCIAIS DOS REPRESENTANTES DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO IV CONGRESSO MÉDICO LATINO-AMERICANO (1909).....	71
<i>As proposições apresentadas no IV Congresso Médico Latino-Americano</i>	80
Capítulo III - OS EFEITOS SIMBÓLICOS PARA A ENFERMAGEM A PARTIR DOS SISTEMAS ASSISTENCIAIS PROPOSTOS NO IV CONGRESSO MÉDICO LATINO-AMERICANO.....	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS.....	138

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Neste estudo adotamos como objeto de investigação as proposições proferidas por representantes brasileiros das especialidades médicas no IV Congresso Médico Latino-Americano.

Para delimitação temporal estabelecemos o ano de 1909, em que ocorreu o IV Congresso Médico Latino-Americano, na cidade do Rio de Janeiro (DF), no Brasil e os desdobramentos, até a década de 1920, oriundos das proposições no evento em apreço.

O interesse pelo tema surgiu inicialmente após a leitura do “Livro do Enfermeiro e da Enfermeira”, que até então acreditamos ser o segundo¹ livro destinado à profissão de enfermeiro e das pessoas que cuidam, publicado no Brasil em 1916. Nele o autor, Dr. Getúlio dos Santos, ao tratar sobre a importância da instrução adequada para a formação de enfermeiras diplomadas civis, aponta os Congressos Médicos Latino-Americanos, como eventos científicos nos quais médicos latino-americanos assinalaram para a necessidade da criação de escolas de enfermagem nos países da América Latina.

Assim, durante a prática da iniciação científica, iniciamos estudos sobre o II e III Congresso Médico Latino-Americano ocorridos, respectivamente, em 1904 na Argentina e em 1907 no Uruguai. Diante das informações encontradas e analisadas, as quais se encontram publicadas sobre os títulos “As contribuições do II Congresso Médico Latino-Americano para a Enfermagem no Brasil” e “Congressos Médicos Latino-Americanos e a Enfermagem (1904-1907)”, decidimos prosseguir no tema

¹¹ Acredita-se que o primeiro livro publicado no Brasil destinado a profissão de enfermeira foi organizado pela Sociedade da Cruz Vermelha Brasileira em 1915 para a instrução das Damas da Cruz Vermelha Brasileira. A segunda parte desse livro tem como título: “Licções do curso prático para as Damas enfermeiras voluntárias, de acordo com o programma aprovado”.

explorando os documentos do IV Congresso Médico Latino-Americano, que daqui por diante iremos nos referir a ele pela sigla CMLA, a fim de encontrarmos no discurso médico autorizado sobre os sistemas assistenciais, prescrições para enfermagem.

O nascimento da chamada Enfermagem Moderna ocorre em meio a uma crise do pensamento científico, quando a ciência passa a acreditar-se neutra em face da história. Solidificando a sua proposta de única produtora de verdades e postulando-se como isenta de ideologia. O século XIX indica o momento de uma transformação na organização do conhecimento e da prática médica, que passa a se apresentar como “medicina científica”, acarretando mudanças em seus objetos, conceitos e métodos (LOYOLA, 1994, p. 23).

Para Loyola (1994, p.26), até o século XIX a enfermagem não era sequer uma profissão, era apenas uma função ligada à atividade médica hospitalar. E à medida que o hospital terapêutico ou moderno² tem seu advento, a organização hospitalar que antes era composta e realizada majoritariamente por religiosas que desempenhavam a função de *enfermeira*, é deposta.

Cabe destacar que o debate teórico em torno do conceito profissão ao longo dos anos tem sido intenso, tendo como ponto central a definição de quais ocupações deveriam ser chamadas de profissões e em quais critérios deveriam se basear. Porém, ainda, não há um consenso sobre os elementos relevantes para conceituar teoricamente o significado de profissão (MOREIRA & OGUISSO, 2005, p. 24).

² Com a revolução industrial ocorre também uma revolução nos métodos terapêuticos e se aceleram as mudanças na instituição hospitalar, que até então era uma instituição de assistência e de exclusão aos pobres que não precisavam ser curados, mas sim assistidos, e separados/excluídos na medida em que o pobre doente precisava ser recolhido para evitar o contágio dos outros. E as pessoas religiosas ou laicas atuavam no hospital para fazer uma obra de caridade que lhes garantisse a salvação eterna da vida espiritual (LOYOLA, 1994, p. 26).

Para Norbert Elias (1987, p. 993-994), pode ser entendido como profissão ocupações que demandam conhecimento e habilidade especializados, adquiridos em cursos de natureza teórica, e comprovada em forma de exame em uma instituição autorizada. Trazendo a pessoa, a qual detém o título conferido, autoridade frente a sua clientela.

De forma que, entendendo a enfermagem profissional como uma atividade exercida por agentes que obtiveram um ensino teórico e prático em instituições reconhecidas e que ao término do curso seja entregue a eles um diploma conferindo-o um título de enfermeiro, podemos inferir que a enfermagem profissional surge a partir de 1860, quando Florence Nightingale cria na Inglaterra a Escola de Enfermeiras St. Thomas, lançando uma nova base de ensino e preparação de enfermeiras dentro de um novo modelo, sendo chamada de enfermagem moderna.

A proposta de Florence Nightingale, ao romper com uma prática de saúde anteriormente desvinculada de uma formação oficial e de treinamento específico, tenta aproximar de uma cientificidade, de técnicas e procedimentos adquiridos com um exaustivo treinamento escolar. Aspirando dessa forma ao reconhecimento social da cientificidade exigido para obter espaço político e de poder dentro da razão moderna, do saber e fazer por ela produzidos. Reorganizando um saber em enfermagem, ela tenta incorporar os requisitos impostos pela nova racionalidade científica para o status de ciência (LOYOLA, 1994, p. 27).

O reconhecimento social da profissão ficou claro com a difusão desse modelo pelo mundo, já que com os resultados obtidos a partir da entrada das enfermeiras formadas pela Escola de Enfermeiras criada por Florence no campo da saúde na Inglaterra, fizeram com que o modelo dessa escola, que idealizou a mulher como pessoa adequada

para exercer a profissão de enfermeira, passasse a servir como modelo para as demais escolas de enfermagem da Inglaterra e de outros países, destinadas a formação dessa profissional (PEREIRA NETO, 1997, p. 145).

A escola nightingaleana tinha como característica a disciplina rigorosa bem como a exigência das qualidades morais das candidatas, que para Florence era indispensável. Os requisitos exigidos para a formação de enfermeiras estavam de acordo com as metas de profissionalização que a sociedade inglesa tinha o interesse de empreender (MOREIRA, 1995, p.18).

O ensino de enfermagem na escola nightingaleana era só para mulheres e tinha como princípios fundamentais: a direção da escola e dos serviços de enfermagem serem de responsabilidade de enfermeiras³; o ensino metódico, teórico e prático; e a seleção das candidatas que era feita pelo ponto de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional (MOREIRA & OGUISSO, 2005, p. 47).

A profissionalização da enfermeira se processou através de duas categorias sociais distintas: as *ladies-nurses* oriundas da burguesia ou aristocracia inglesa e as *nurses*, do proletariado. As primeiras eram destinadas às tarefas de ensino, de supervisão de serviços e das *nurses*, e da administração hospitalar, ou seja, eram indiretamente ligadas ao cuidado dos pacientes. Já as *nurses* eram destinadas ao serviço grosso das enfermarias ligando-se ao cuidado direto dos pacientes tais como: troca de roupa de cama, banhos no leito e administração de medicamentos (LOYOLA, 1994, p. 29).

³ As enfermeiras que desempenhavam esta função eram chamadas de Matron (matrona ou superiora). Palavra esta que, no sistema inglês, era utilizada para designar a chefe geral ou gerente do serviço de enfermagem, e *Sister* para designar as supervisoras de enfermagem (MOREIRA & OGUISSO, 2005, p. 53).

O modelo hospitalar idealizado por Florence Nightingale se espalhou pela Europa, cruzou os mares e chegou aos Estados Unidos. A primeira instituição norte-americana a adotar esse sistema foi a Escola de Preparação Profissional, do Hospital Bellevue, de Nova York, em 1873. A partir dessa época, outras escolas de enfermagem foram surgindo em todo o Estados Unidos e, em 1880, já existiam 15 escolas; em 1900, 432 e, em 1909 já funcionavam 1.105 escolas em hospitais concedendo diplomas (MOREIRA & OGUISSO, 2005, p. 64-65).

Pouco tempo depois, instituições norte-americanas se distanciaram deste modelo hospitalar e deram destaque a visitação domiciliar. Ao contrário de Florence, que imaginava a enfermeira como supervisora do hospital, as líderes norte-americanas tendiam em pensar no trabalho individual na comunidade. Foi durante a década de 1890 que o modelo hospitalar sofreu o primeiro revés do outro lado do Atlântico, na Universidade de Johns Hopkins em Baltimore, onde se instalou o primeiro centro universitário para a formação de enfermeiras (CASTRO SANTOS, 2008, p. 15-16).

Outro estudo, a partir da análise do relatório Goldmark, afirma que nos EUA a pioneira no ensino universitário foi a Universidade de Minnesota⁴ em 1909, que admitiu estudantes de enfermagem do mesmo modo que os demais estudantes universitários de outras áreas, proporcionando uma formação profissional a seus graduados. Seguindo o exemplo de Minnesota outras universidades também adotaram o ensino universitário de enfermagem, são elas: Cincinnati, Colorado, Indiana, Michigan, Missouri, Nebraska e Northwestern (SILVEIRA & AMORIM, 2010, p. 11).

A incorporação das escolas de enfermagem à universidade direcionou um progresso no ensino aplicado nas enfermarias, bem como a instrução na sala de aula.

⁴ Em 1909, a Escola de Enfermagem da Universidade de Minnesota foi a primeira escola de enfermagem organizada como uma parte da universidade (SCHREFER, 2000).

Sendo uma das principais contribuições, o aperfeiçoamento da enfermeira chefe como professora, não apenas na supervisão prática e instrução nas enfermarias, mas porque proporcionava as profissionais a adaptação prática e a aplicação concreta às classes de ciência da universidade (SILVEIRA & AMORIM, 2010, p. 12).

Essa dissociação do ensino de enfermagem no ambiente hospitalar, feito pelas enfermeiras americanas, levando-o para dentro das universidades, diferenciava-se do sistema nightigaleano que havia sido transportado para os Estados Unidos, fazendo com que surgisse um modelo que poderia ser chamado de anglo-americano (MOREIRA & OGUISSO, 2005, p.47).

No Brasil, até o final do século XIX, as irmãs de caridade administravam os hospitais, que eram verdadeiros depósitos de doentes. As religiosas utilizavam os serviços de voluntários para o cuidado aos doentes, assim qualquer pessoa com pequena experiência no tratamento de enfermos poderia obter o título de prático (MOREIRA, 1995, p. 19).

As irmãs de caridade encarregadas pelo serviço interno dos hospitais eram responsáveis pelo trabalho administrativo do cotidiano hospitalar, fiscalização das provisões da cozinha, da rouparia, da lavanderia (casa de lavagem), laboratório e medicamentos. Essas atribuições a elas concedidas indicavam um controle interno sobre o cotidiano do cuidado aos doentes, como um cuidado de enfermagem (PADILHA, 1998, p. 146-147).

Apesar disso, não se denominavam enfermeiras, embora exercessem o trabalho próprio da profissão. Tal denominação era à época dada a pessoas sem instrução ou preparo contratadas para auxiliá-las no serviço do hospital, devendo elas serem obedientes ao comando das irmãs de caridade (PADILHA, 1998, p. 161-196).

A profissionalização da enfermagem no Brasil teve como cenário a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, instalada no Hospício Nacional de Alienados (HNA) na cidade do Rio de Janeiro, e como pano de fundo a laicização da enfermagem nesse nosocômio (MOREIRA & OGUISSO, 2005, p. 100).

O processo de laicização surgiu a partir de 1890, quando o governo assumiu a direção do Hospício Nacional dos Alienados e designou para a direção geral da instituição o Dr. João Carlos Teixeira Brandão, que entre as modificações feitas após assumir o cargo, dispensou as irmãs de caridade. E diante da falta de profissionais para cuidar dos doentes mentais, criou junto ao Hospício a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros (1890). Para Moreira & Oguisso (2005, p.100) a formação profissional nesta escola estava de acordo com os moldes da escola de Salpêtrière na França.

O Brasil, no cenário político e econômico, passava por momentos decisivos, que acarretaram grandes transformações no país. Durante esse período ele teve um rápido aumento da produção cafeeira, intensa imigração, abolição da escravidão, fim da monarquia, proclamação da república, o início da industrialização e formação de grandes centros urbanos (MORAES, 1994, p.5).

Os anos posteriores à proclamação da república foram marcados por um turbilhão de transformações. A europeização transforma-se em objeto de políticas públicas. Como na maior parte do mundo ocidental, as cidades, escolas e hospitais brasileiros, em nome do controle e da aplicação dos métodos científicos, passam por um radical processo de mudança. Este período que se estendeu do final do século XIX ao início do século XX foi caracterizado como sendo uma *Belle époque*. Desta forma, a ciência européia da época, passou a ser vista como critério definidor das sociedades civilizadas (DEL PIORE & VENÂNCIO, 2001, p.273).

O Brasil tinha como fonte de suas riquezas e principal atividade econômica as produções agrícolas. E, foram elas que forneceram subsídios para o desenvolvimento industrial do país, principalmente na região sul e sudeste (MORAES, 1994, p. 24).

A cafeicultura era tida como o principal setor da economia brasileira e os lucros obtidos pelo café foram aplicados nas cidades favorecendo a industrialização, as atividades comerciais e o crescimento acelerado da população urbana auxiliado pelo grande número de imigrações desse período (BERTOLLE, 2006, p.16-25).

A expansão da lavoura cafeeira originou um novo bloco de poder centrado na aristocracia paulista, que dividiria a cena política com outras oligarquias agrárias existentes. Esse grupo, através da república, estaria a frente do poder nacional, sendo seu domínio consolidado a partir de 1902, com a política do ‘café com leite’, instrumento que determinava a alternância das oligarquias paulistas e mineiras na direção do país (SCOREL & TEIXEIRA, 2008, p.339).

Um dos fatores decisivos para o crescimento da população brasileira foi o grande número de europeus que entraram no Brasil desde o final do século XIX até o início do século XX. Porém, esse incessante processo de crescimento urbano acabou gerando graves problemas principalmente para a população mais pobre, já que a estrutura e os serviços da cidade não eram capazes de absorver essa população. Entre os problemas estão: a falta de moradia, o desemprego, os problemas com o abastecimento de alimentos e de água, as condições insalubres das moradias aliadas a falta de saneamento básico e de higiene pública. Gerando um ambiente propício ao aparecimento de uma série de doenças e epidemias (MORAES, 1994, p. 38-44).

Esse período foi crítico do ponto de vista das condições sanitárias. As epidemias ceifavam milhares de vítimas durante todo o ano. Desafiando explicações científicas consagradas e suscitando divergências entre as autoridades e os médicos. A crise

sanitária refletia a violenta deterioração das condições de vida da população trabalhadora do Rio de Janeiro (DF). As autoridades sanitárias viam no saneamento da capital a saída para os problemas, sendo necessário realizar a reforma urbana e sanitária da capital (BENCHIMOL, 1992, p. 178-179).

Quanto à saúde pública mundial, o período assinala o auge das pesquisas em disciplinas que derivam da microbiologia. As descobertas de Pasteur no final do século XIX proporcionaram ao homem, novos meios de combate às doenças infecciosas superando os velhos paradigmas, e assim, desfazendo o impasse em que se encontrava a medicina, a qual se revelava impotente para debelar o flagelo das epidemias (BENCHIMOL, 1990, p. 6).

A influência pasteuriana começa aparecer no Brasil num contexto de agravamento do quadro sanitário do Rio de Janeiro (DF) e de outras cidades que sofriam com o impacto da imigração em larga escala, e também com a impotência da velha medicina higienista ante as epidemias cada vez mais intensas e recorrentes nesses centros urbanos, originando um grande pavor das autoridades governamentais que viam a economia do país ser atingida (BENCHIMOL, 1990, p. 14).

No Brasil era possível observar o predomínio de doenças pestilenciais, principalmente a varíola, a febre amarela e a peste bubônica (COSTA, 1986, p. 19-40). Sendo que as moléstias com maiores índices de mortalidade na capital, na época localizada no Rio de Janeiro (DF), eram a tuberculose e a malária.

Essas doenças eram tidas como uma ameaça significativa para a força de trabalho imigrada e nacional, acarretando um prejuízo significativo para economia da capital brasileira. Isso se dava devido à dificuldade de trânsito dos navios em portos brasileiros e estrangeiros causada pela imposição das quarentenas e restrição da circulação de passageiros, bagagens e mercadorias oriundas de portos contaminados ou de navios que

tivessem casos de doença à bordo. Esse fato acabava forçando os governantes a buscarem alternativas para minimizar ou solucionar o problema (COSTA, 1986, p. 40).

As epidemias eram tão violentas e constantes, que muitos navios preferiam passar distante dos portos do Rio de Janeiro, centro político, cultural e comercial da nação, e desembarcar suas mercadorias e imigrantes em Buenos Aires. E por esse motivo o Rio de Janeiro tornou-se conhecido como ‘túmulo de imigrantes’ (SCOREL & TEIXEIRA, 2008, p. 346).

Na tentativa de melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia, as oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar o ambiente físico e social das populações urbanas (BERTOLLI, 2006, p. 16-25). Diante a esses fatos tornava-se necessária uma reforma urbana e sanitária que seguisse um padrão mínimo de modernização. Sendo assim, os presidentes Campos Sales (1898-1902) e principalmente Rodrigues Alves (1902-1906), deram início a esses projetos de melhoramento das cidades (MORAES, 1994, p. 57).

Somente a partir de 1902, na presidência paulista de Rodrigues Alves, a situação da capital federal mudaria. Ocorrendo mediante um conjunto de reformas urbanas e de saneamento que transformaram sua imagem e deram fim ao ciclo de epidemias que a atacavam (SCOREL & TEIXEIRA, 2008, p. 347).

Rodrigues Alves tinha como pontos básicos do seu governo, a remodelação urbana e o saneamento da capital federal, a fim de assegurar os interesses da imigração. As epidemias atrapalhavam à política de estímulo à imigração estrangeira, isso porque os surtos, em particular a febre amarela, davam ao Rio de Janeiro a fama de uma das cidades mais pestilentas do mundo, fazendo com que várias companhias de navegação se recusassem a atracar nos portos da cidade (BENCHIMOL, 1992, p. 294). E para executar a reforma urbana nomeou o engenheiro Francisco Pereira Passos, que assumiu

a prefeitura do Rio de Janeiro e, para cuidar da parte sanitária o jovem médico sanitarista Oswaldo Cruz.

A política sanitária tomou forma de campanha e teve como requisito básico a arregimentação dos habitantes da cidade em prol dos objetivos estabelecidos pelas autoridades sanitárias. A campanha sanitária exibia uma dupla face: a da persuasão, que se traduzia em imensa propaganda junto à opinião pública, e a face repressiva consubstanciada em leis rigorosas e medidas draconianas como é o caso da notificação compulsória e das demolições sumárias das habitações anti-higiênicas (BENCHIMOL, 1992, p. 295).

Pereira Passos, nomeado com poderes extraordinários pelo presidente Rodrigues Alves, reuniu vários engenheiros e especialistas para dar início ao seu plano. Ele abriu novas avenidas, estas que eram o instrumento principal do plano de remodelação e saneamento, alargou e construiu novas ruas através do recuo progressivo das fachadas, canalizou rios, abriu e arborizou praças, modernizou o porto do Rio de Janeiro, etc (BENCHIMOL, 1992, p. 235-237). Para erguer a “nova cidade” o velho centro carioca ficou totalmente destruído, fato que ficou conhecido como “Bota abaixo”, e conseqüentemente, os moradores, encortiçados e ambulantes foram expulsos para o subúrbio (MORAES, 1994, p.58).

No que tange a reforma dos serviços da saúde pública, Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) em 1903, prometendo extinguir a febre amarela do Rio de Janeiro (DF), com base nos métodos profiláticos adotados com êxito pelos norte-americanos em Havana. Seu plano de combate contra a febre amarela contemplava os três elos da cadeia de transmissão da doença, porém para alcançar suas metas, considerava indispensável a reforma dos serviços sanitários (BENCHIMOL,

1990, p. 24). Porém, a eficácia da campanha dependia de instrumentos coercitivos para assegurar, principalmente a notificação compulsória.

Desta forma, Oswaldo Cruz reestruturou a DGSP, reforçando a participação do nível federal na área da saúde, com o objetivo de atender aos problemas de saúde da capital e continuar na defesa sanitária dos portos. Assim, era incorporada a DGSP inovações como a descentralização das atividades executivas mediante a divisão do Distrito Federal em dez delegacias de saúde (CAMPOS, 2007, p.881).

Em 1904, é aprovada a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e em seu regulamento concedia às autoridades sanitárias, entre outros poderes, o de demolir prédios considerados insalubres e a designação de um juiz, independente da justiça comum, para julgar os casos pendentes. No mesmo ano, foi aprovado o projeto de lei, que instituía a vacinação e revacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional. Esta medida acabou catalisando a fusão de forças sociais díspares contra o governo culminando no que foi batizado como Revolta da Vacina (BENCHIMOL, 1990, p.25-28).

No mesmo ano, em 1904, no II Congresso Médico Latino-Americano, realizado na Argentina, o médico chileno e professor da Escola de Enfermeiras do Hospital de S. Borja, Moisés Amaral apresentou o trabalho intitulado: A Profissão de Enfermeira - Necessidade de Difundir-se o seu Ensino, trabalho este que foi publicado na íntegra em 1906 pela Revista Médica de São Paulo. Em seu trabalho o médico chileno aponta para a importância de instruir profissionais do sexo feminino para serem auxiliares dos médicos (MORAIS & AMORIM, 2009, p. 8-9).

Em fevereiro 1905, após o término das obras de construção de novas instalações do HNA⁵, foi re-inaugurada a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros⁶, e com isso foram abertas as inscrições para o ingresso na escola. De forma que, em março de 1906 foram entregues os diplomas de enfermeiro para cinco alunos que terminaram o curso na escola⁷. São eles: José Joaquim Dias Paredes, Aureliano Francisco de Carvalho, Albertino Gomes Barreto, Conceição da Silva Carvalho e Henriqueta Rosas (ESPÍRITO SANTO, 2005 p. 11). Cabe destacar que no ano de 1905 o Dr. Juliano Moreira chega da Faculdade de Medicina da Bahia ao Rio de Janeiro para dirigir os Serviços de Assistência a Alienados (MOREIRA, 1995, p. 60).

Ainda sobre o campo de formação de enfermeiras à época, no estado de São Paulo, o Hospital Samaritano⁸, fundado em 1894 pela comunidade presbiteriana de São Paulo, contratou enfermeiras formadas na Inglaterra para realizar o atendimento aos pacientes, as quais estavam sob as ordens de uma diretora, também chamada de Matron, que fazia às vezes de enfermeira, administradora, escriturária e contadora do hospital (MOTT, 1999, p. 6-13).

Em, 1896 foi criado no Hospital Samaritano um curso de enfermagem sob o regime de internato. Sendo ele considerado por alguns autores o primeiro a adotar o sistema de ensino nightingaleano no Brasil. Pois, enfermeiras inglesas, ao trabalharem

⁵ Após denúncias de desvio de verbas e das precariedades no HNA conviviam, indiscriminadamente, crianças e adultos, o Ministro da Justiça e Negócios Interiores, J.J. Seabra solicitou a realização de um inquérito investigativo sobre as condições do hospício. E diante da constatação, pelo inquérito, das péssimas condições do hospício, J.J Seabra recomendou a realização de obras no HNA (Espírito Santo, 2005. p. 10).

⁶ Participando da cerimônia a presença de renomados médicos e políticos, entre eles: Rodrigues Alves, presidente do Brasil; José Joaquim Seabra, Ministro da Justiça e negócios Interiores; Dr. Fernandes Figueira, Diretor da Escola e Dr. Afrânio Peixoto, Diretor Interino do Hospital (Espírito Santo, 2005. p. 10).

⁷ Apesar do período do curso ser de dois anos, o intervalo entre a reinauguração e a formação dos alunos foi de apenas um ano. O período menor para a formação, deve-se ao fato de que eles já eram estudantes da escola e que, com a re-inauguração, puderam concluir o curso.

⁸ O Hospital admitia pacientes pobres e pagantes, chamados de pensionistas, sem discriminar cor, credo, nacionalidade; não aceitava pacientes com doenças contagiosas ou alienados.

no hospital, ensinavam o ofício para outras mulheres, em sua grande maioria inglesas ou filhas de ingleses residentes no Brasil. Em 1959 essa escola passou a ser chamada de Escola de Enfermagem Lauriston Job Lane (MOTT, 2000).

À medida que se aproximava o fim do governo de Rodrigues Alves uma grande euforia ia se apoderando da opinião pública: as estatísticas de mortalidade e morbidade da febre amarela e peste bubônica testemunhavam o êxito das campanhas sanitárias; a inauguração das novas avenidas e dos palácios edificadas às suas margens mostravam que a Capital da República, enfim, civilizava-se (BENCHIMOL, 1990, p. 33).

Em 1907, foi realizado no Uruguai o III Congresso Médico Latino-Americano e, reafirmando o que foi dito por Moisés Amaral no II CMLA em 1904, a médica argentina Cecília Grierson apresentou o trabalho intitulado: “Escuelas de Enfermeras”. Neste, após uma detalhada pesquisa sobre os modelos de escolas destinadas a formação de enfermeiras na Europa e nos Estados Unidos da América, sinalizou a necessidade de se criar escolas semelhantes nos países da América Latina, seguindo o modelo inglês [nightingaliano] e norte-americano (MORAIS & AMORIM, 2008, p. 24).

É provável que, Oswaldo Cruz, em consonância com os ideais republicanos e com seu prestígio científico nos meios intelectuais, tenha fundamentado a construção desta legitimação. Suas diretrizes a frente da DGSP fizeram com que todas as doenças infecciosas, exceto a tuberculose, diminuíssem de intensidade, sob a influência das medidas sanitárias postas em prática, com destaque para a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro (BENCHIMOL, 1990, p. 33).

A repercussão da campanha contra a febre amarela no Brasil, nesse momento, fez com que Oswaldo Cruz, o General mata-mosquitos, como era conhecido no Brasil, fosse premiado com a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento da capital, no Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, em 1907. Esta notícia teve

grande repercussão no Brasil e, em sua volta, foi recebido como herói nacional (BENCHIMOL, 1990, p. 33-36).

Após as eleições presidenciais de 1906, quando Afonso Pena foi eleito, Oswaldo Cruz permanece como diretor da DGSP, mantendo-se neste cargo até agosto de 1909, quando decide dedicar-se apenas a direção do Instituto de Manguinhos (BENCHIMOL, 1990, p.46). Em substituição a Oswaldo Cruz foi nomeado o Dr. Figueiredo de Vasconcellos do Instituto de Manguinhos (FONTENELLE, 1922, p.434).

Em 1908 foi criada no Rio de Janeiro (DF), a Sociedade da Cruz Vermelha Brasileira, a partir de esforços do Dr. Oliveira Botelho, e tinha por finalidade prestar cuidados aos feridos, enfermos e necessitados de guerra em tempos de paz e em situações de calamidade pública. Oswaldo Cruz foi o primeiro presidente da Cruz Vermelha Brasileira (HISTÓRICO DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 1908-1923, p. 12). Essa instituição serviu em seu decurso como espaço para a formação de profissionais de enfermagem atuarem no campo sanitário através de iniciativas como a organização de um curso de Enfermeiras Voluntárias em 1914 e o Curso de Enfermeiras Visitadoras em 1920.

No que tange a ciência, ela estava sujeita as determinações sociais de forma que os problemas ocorridos no campo da saúde pública que atingiam a estrutura social, não só do Brasil mas de todo o continente, acabaram contribuindo diretamente para o desenvolvimento do conhecimento científico em saúde na América Latina (GARCIA, 1989, p. 141).

A realização dos congressos científicos foi e tem sido um dos fenômenos que acompanharam e fizeram parte do processo de constituição das ciências no continente americano (ALMEIDA, 2003, p.37).

O grau de desenvolvimento da produção agroexportadora e controle estatal pelo grupo que gera este tipo de produção e impulsiona as pesquisas necessárias aos seus interesses econômicos eram os determinantes que criaram as possibilidades ou condições para o desenvolvimento científico (GARCIA, 1989, p. 130).

Frente a isso, houve um aumento significativo de pesquisas no campo da higiene e o grande desenvolvimento quantitativo e qualitativo da pesquisa bacteriológica e parasitológica chamava atenção. Isso ocorria porque além dessas pesquisas contribuírem para a solução dos problemas práticos, elas eram capazes de resolver problemas específicos originadas pela produção agrícola destinada à exportação (GARCIA, 1989, p. 128-129).

Para Araújo (2006, p. 135), o conhecimento científico se desenvolve e busca legitimidade a partir de sua institucionalização nas universidades, conselhos, associações, congressos, institutos, publicações e eventos.

A comunidade de profissionais ligados à medicina foi um dos grupos mais atuantes em termos de participação e organização de encontros científicos, geralmente promovidos pelas associações médicas ou sociedades de medicina. Estas últimas desempenharam o papel de propagação da ciência e do ideário cientificista (ALMEIDA, 2003, p. 37). Isso tudo fez com que os congressos médicos começassem a tomar corpo no continente americano.

Na área da enfermagem cabe citar a criação da Cruz Vermelha Internacional, que foi fundada por iniciativa de Jean Henry Dunant, em 1863, sob o nome de Comitê Internacional para ajuda aos militares feridos, designação alterada a partir de 1876 para Comitê Internacional da Cruz Vermelha. Em 1887 ocorreu a Primeira Conferência Internacional da Cruz Vermelha. E, em 1899 foi fundado sob a égide do Conselho Internacional de Mulheres, durante sua segunda Conferência realizada em Londres o

Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) (CARVALHO, 1976, p. 406-7). Sendo que o Primeiro Congresso de Enfermagem foi realizado em julho de 1901, em Buffalo, nos Estados Unidos da América.

A criação das sociedades e associações médicas se deve ao fato de que diante das demandas tão complexas e diversificadas no que diz respeito à saúde pública, e competindo com outras práticas médicas, os médicos formados nas escolas regulamentadas de medicina começaram a se organizar de maneira mais sistemática e efetiva, demonstrando o claro interesse em regulamentar a profissão e o campo de atuação, bem como combater o charlatanismo. Nesse sentido, pode-se observar um crescente processo de formação de sociedades médicas tanto regionais quanto nacionais (ALMEIDA, 2007, p.22-23).

Para Almeida (2003, p. 738), os congressos médicos fizeram parte de um processo mais amplo de profissionalização especializada e acadêmica da prática médica. Funcionavam como espaço de divulgação de novidades com relação a teorias e práticas médicas, tanto para os profissionais já formados, como para estudantes de medicina. Para os pesquisadores que participavam destes congressos servia como uma valiosa oportunidade de crescimento e reforço do *status* perante a comunidade de profissionais.

A realização de congressos específicos da área foi possível, pois nesse momento o Estado tinha um papel crescente na vida social, facilitando a atuação dos cientistas na resolução de problemas concretos. No campo da medicina, os problemas sanitários eram prioridades (ALMEIDA, 2003, p. 26).

Diante da importância dos congressos médicos na busca de soluções dos problemas sanitários, lançamos nosso olhar para os Congressos Médicos Latino-Americanos (CMLA), que tiveram seu início em 1901, na cidade de Santiago no Chile, e seguiram uma periodicidade de intervalos de dois ou três anos, revezando sempre o

país sede (GARCIA, 1989, p.144-145). Contando porém com uma maior participação de médicos de países do cone sul (ALMEIDA, 2006, p. 740).

Após investigações sobre o II e III CMLA, ocorridos em 1904 e 1907, referidas anteriormente, ficou evidenciada a preocupação das autoridades latino-americanas em discutir e propor estratégias, a fim de solucionar os problemas sanitários que os países da América Latina enfrentavam. E, em meio a essas discussões de ordem sanitária, figurou a questão da necessidade de criação de escolas de enfermeiras através do trabalho apresentado pelos médicos Moisés do Amaral e Cecília Grierson. Diante aos fatos e evidências da eficácia de ter uma enfermeira adequadamente instruída em escolas próprias para este fim e, de acordo com os preceitos da medicina moderna como auxiliar dos médicos, os representantes dos governos dos países da América Latina aprovaram as propostas de criação de escolas de enfermagem.

Porém, apesar da posição estratégica que os representantes brasileiros nesses eventos ocupavam no país (professores, pesquisadores, redatores de revistas), o que favorecia a divulgação e implementação desta proposta, não encontramos evidências de empenho deles para trabalharem efetivamente em prol da criação de Escolas de enfermeiras como forma de estratégia para a formação de profissionais do gênero feminino para enfrentar os problemas sanitários (MORAIS & AMORIM, 2009, p. 20).

Diante dessas evidências iniciais surgiu o interesse em dar continuidade ao estudo dos Congressos Médicos Latino-Americanos, enfatizando a pesquisa do congresso subsequente, o IV Congresso Médico Latino-Americano, que teve como palco a cidade do Rio de Janeiro no ano de 1909, a fim de indentificar outras possíveis propostas que favorecessem a organização da enfermagem no Brasil.

Então, frente à importância desses congressos para o desenvolvimento das ciências médicas e, sendo eles um espaço onde autoridades sanitárias se reuniam com a

finalidade de discutir e buscar, em conjunto, estratégias para solucionar ou minimizar os problemas sanitários que atingiam a população de maneira devastadora causando prejuízos aos governos de seus países. Delimitam esse estudo as seguintes questões orientadoras: Como se configurava a organização sanitária brasileira nos primórdios do século XX? Qual a relação dos sistemas assistenciais nas proposições dos representantes das especialidades médicas com a enfermagem no IV Congresso Médico Latino-Americano?

Para operacionalizar esse estudo foram definidos os seguintes **objetivos**: Caracterizar o campo sanitário brasileiro nos primórdios do século XX; Analisar as proposições dos sistemas assistenciais divulgados durante o IV Congresso Médico Latino-Americano em 1909; e, discutir os efeitos simbólicos para a enfermagem a partir dos sistemas assistenciais propostos no IV Congresso Médico Latino-Americano.

Relevância do Estudo

O presente estudo pretende colaborar para a elucidação de questões sobre a organização da enfermagem brasileira, a partir das prescrições de sistemas assistenciais dos médicos brasileiros escolhidos para representar diferentes especialidades médicas e apresentar seus trabalhos no IV Congresso Médico Latino- Americano.

Acreditamos que o estudo contribuirá para o preenchimento de lacunas na área de conhecimento da história da enfermagem e da saúde pública brasileira, auxiliando na compreensão das diversas configurações do campo da enfermagem que levaram à profissionalização desses agentes na primeira república. Como também identificar as relações entre o fazer e saber, específico de cada especialidade, na formação de enfermeiros e enfermeiras, com o discurso científico das especialidades médicas, influenciados pelos sistemas assistenciais implementados na Europa e na América do Norte.

E, sendo essa uma temática ainda pouco explorada nos trabalhos científicos de história da enfermagem que estudam os primórdios do século XX, ensejamos fornecer dados novos a fim de produzir conhecimento sobre a organização da enfermagem, a partir das direções da medicina, que, geralmente, tinha como um dos pontos condicionantes para o sucesso do sistema assistencial proposto por cada especialidade, a formação de agentes que pudessem atender necessidades particulares de cada especialidade. Tendo como finalidade principal assegurar a qualidade na assistência aos enfermos.

Dessa forma, esperamos que com os resultados obtidos pelo estudo e com as informações contidas nele, fomentem novas questões, possibilitando a outros

pesquisadores no campo da enfermagem a realização de pesquisas e, assim, complementar e ampliar a produção científica da História da Enfermagem.

Por último, o estudo contribuiu para o desenvolvimento da pesquisa institucional intitulada: *“Influências das políticas de saúde na configuração da enfermagem de saúde pública no Brasil durante o século XX: demandas e tendências”* do grupo de pesquisa (Diretório CNPq) “Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem - Lacenf” e do Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE), inserida na linha de pesquisa – Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado - PPGENF/UNIRIO.

Referencial Teórico e Metodológico

Estudo desenvolvido na perspectiva da história social. Na compreensão de ser esta uma abordagem que também contempla os processos de diferenciação e expõe minuciosamente comportamentos e identidades coletivas (CASTRO, 1997, p.54). Cujo desenvolvimento se apoiou na análise documental.

Para Bardin (2008, p.47), análise documental, que enquanto tratamento da informação contida nos documentos, tem por finalidade dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, através de procedimentos de transformação, a fim de facilitar, posteriormente, sua consulta e acesso ao observador. Sendo complementado pelo método crítico entendido como procedimento para medir com rigor o valor do testemunho humano (SALMON, 1979, p. 107).

No plano da interpretação teórica embasamos a análise no pensamento do sociólogo francês Pierre Bourdieu utilizando as noções de *campo*, *Efeito de Teoria e Discurso Herético*.

Segundo Bourdieu (1989, p. 84-86), *campo* é o espaço multidimensional onde se estabelecem relações nas quais as posições dos agentes determinam a forma das intenções. Todo campo é um campo de forças e um campo de lutas que contribui para a conservação ou para a transformação da estrutura. Os agentes as instituições estão inseridos nesses campos e criam um espaço, que só existe devido às relações objetivas entre os agentes. A posição dos agentes é que define o que eles podem ou não fazer.

Neste sentido, definimos como campo desse estudo o campo científico, onde médicos brasileiros, a partir de suas posições adquiridas nele, eram escolhidos a representar legitimamente sua respectiva especialidade no IV Congresso Médico

Latino-Americano, e o campo sanitário brasileiro, onde eles atuavam e conformavam as principais ações/estratégias prescritas de acordo com seus interesses.

Os médicos escolhidos para representar suas especialidades eram porta-vozes autorizados, dotados do poder de falar e agir em nome do grupo que o constituiu. Concentrando em seus discursos o capital simbólico acumulado pelo grupo que lhe confiou à missão de apresentar as propostas dos sistemas assistenciais e do qual ele é o procurador. Compõem os agentes sociais os médicos e autoridades sanitaristas que participaram do IV CMLA.

Segundo Bourdieu (1998, p. 119), o discurso herético contribui não somente para romper com a adesão ao mundo do senso comum, mas também produzir um novo senso comum e nele introduzir práticas e experiências de todo um grupo.

O discurso herético pode ser percebido nos trabalhos apresentados pelos médicos brasileiros, que tentaram romper com o senso comum da utilização dos sistemas assistenciais aplicados no Brasil, como por exemplo, o modelo francês empregado no HNA há quase duas décadas. Para tal, utilizaram de sua linguagem autorizada, já que representavam suas especialidades em um congresso científico internacional, e autorizante, devido aos cargos que ocupavam, para prescrever frente a seus pares os sistemas assistenciais que julgavam ser conveniente.

O efeito de teoria contribui para impor uma maneira mais ou menos autorizada de ver o mundo social e fazer a realidade desse mundo, é também entendido como o efeito de imposição de princípios de di-visão efetivado por uma explicitação (BOURDIEU, 1998, p. 82-122). De maneira que os médicos, através de seus discursos, objetivavam exercer um efeito de teoria tendente a favorecer o acontecimento dos sistemas assistenciais que prescreviam.

De forma que os porta-vozes das especialidades médicas através do discurso herético objetivavam exercer um efeito de teoria tendente a favorecer o acontecimento do que estavam anunciando/prescrevendo e através da dialética entre a linguagem autorizante e autorizada, tornar suas prescrições concebíveis e, sobretudo críveis, de forma a despertar em seus pares a vontade de contribuir para a implementação e efetivação dos sistemas assistenciais no campo sanitário.

Foram considerados como documento os registros escritos que puderam ser utilizados como fonte de informação e, que através destes pudéssemos identificar princípios e regras que regessem as relações que se estabeleceram entre os diferentes grupos (ALVES-MASSAOTTI E GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 169).

Para Pierre Salmon (1979, p.61), o documento histórico é o intermédio entre o passado e o historiador, sendo o espelho da verdade histórica, porém por vezes pode ser um espelho deformador, isso porque os documentos históricos não estão isentos de erros ou de mentiras. Desta forma, torna-se necessário a crítica histórica, já que esta terá o encargo de pôr em relevo a verdade dos documentos coletados.

As fontes primárias são tidas como os documentos escritos no período estudado e as fontes secundárias ou *literatura crítica*, livros que versam sobre o tema (ECO 2002, p.35-39). Sendo assim, para a realização desta pesquisa foram utilizados como fontes primárias os discursos de médicos brasileiros apresentados no IV Congresso Médico Latino-Americano trazendo em seu conteúdo propostas de sistemas assistenciais que em sua estrutura integravam, entre os agentes utilizados, enfermeiros ou profissionais que desempenhassem essa função.

Levando em conta os critérios acima descritos, selecionamos para a realização do presente estudo quatro trabalhos apresentados, são eles: “Quaes os Melhores Meios de Assistencia aos Alienados?” apresentado pelo Dr. Juliano Moreira, “Da assistencia aos

doentes nos dispensários” apresentado pelo Dr. Azevedo Lima, “A Inspeção medica dos collegiaes” apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira e por último “Bases para regular a assistencia a infancia” apresentado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Porém o relatório completo do último, apresentado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, não foi encontrado nos acervos pesquisados durante esta investigação. Sendo utilizadas para análise as notas encontradas, na Revista Brazil Médico de 1909, sobre esse trabalho. Tal situação constitui-se um limite no *corpus* documental do estudo comprometendo o número de inferências da pesquisa.

Os documentos recolhidos para a realização deste estudo são tidos como *documentos conscientes*, “testemunhos redigidos por homens que declaram ter assistido ou participado nos fatos relatados ou que se julgam capazes de narrá-los com exatidão” (SALMON, 1979, p. 61).

O material utilizado nesse estudo foram os documentos escritos e iconográficos encontrados nos seguintes acervos: Biblioteca Nacional – Rio de Janeiro, Biblioteca da Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro, na Biblioteca de Obras Raras da Casa de Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro.

A busca dos documentos demandou inúmeras horas de procura em várias bibliotecas, visto que o material estava fragmentado, não sendo encontrado os anais completos, ou seja, em tomos. Na Biblioteca Nacional eles estavam divididos por título e não estavam inseridos no catálogo novo, digitalizado, que bastava apenas procurar no computador. Dessa forma foi necessário procurar nas dezenas de caixas de fichas catalográficas manualmente.

Já na Biblioteca da Academia Nacional de Medicina foi necessário folhear as páginas da Revista Brazil-Médico do ano de 1908 até 1911 para encontrar

espaçadamente o Regulamento do IV CMLA, as notícias sobre o Congresso, os trabalhos apresentados e os discursos proferidos.

A obtenção do material foi feita através de fotografias retiradas com máquina fotográfica digital com resolução de 10 Megapixels com a supervisão do bibliotecário responsável e, após o tratamento das imagens em programas específicos para tal finalidade foram impressos para facilitar a leitura.

Cabe ressaltar a dificuldade para a obtenção das imagens fotográficas dos documentos na Biblioteca Nacional, visto que para tal era necessário entregar para cada solicitação de obtenção de imagem, uma declaração do PPGENF de que as imagens seriam utilizadas para fim de pesquisa e que por dia só poderia fotografar 15 páginas do documento. Sendo um total de 93 imagens obtidas no referido acervo.

Além de documentos escritos foram utilizados documentos iconográficos, os quais, após a articulação com os documentos escritos, serviram para revelar outros dados, que não poderiam ser encontrados apenas com a análise dos relatórios do IV Congresso Médico Latino-Americano.

A iconografia segundo Paiva (2002) é considerada uma das mais ricas fontes históricas, devendo, porém, ser explorada com cuidado, pois traz embutidas as escolhas do produtor e o contexto no qual foi produzida. Podendo ser apreendido na imagem mais do que se pode ler ou ver, não se esgotando a imagem em si mesma.

Cabe ressaltar que a imagem através de uma fotografia, aparentemente neutra, representa as relações entre as pessoas em um determinado espaço social, permitindo ao pesquisador deparar com um conteúdo recoberto pelo discurso e pela ideologia (CAMPOS, 1992).

Para Porto (2009), as iconografias são em especial as fotografias, que podem ser utilizadas imagens de um modo geral. E que a terminologia aplicada para as fontes

iconográficas são: foto, figura, fac-símile e imagem fílmica congelada. Adotaremos nesse estudo a terminologia fac-símile, já que todas as imagens já foram impressas em algum meio de comunicação.

O documento iconográfico utilizado no estudo foram imagens veiculadas na Revista Fon-Fon de 14 de agosto de 1909 e nos relatórios do IV CMLA.

Para a análise das imagens, as mesmas foram submetidas a uma matriz de análise (apêndice), que foi aplicada em outros estudos realizados no Lacenf. Entre eles: a Dissertação de Mestrado de Lilian Fernandes Ayres: “As Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no início do século XX” e a Dissertação de mestrado de Amanda Ferreira Coury: Fatos e Fotos da Cruz Vermelha Brasileira na Gripe Espanhola: a imagem pública da Enfermeira (1918).

A matriz de análise para a imagem é composta por quatro itens, sendo o primeiro item composto por dados para a identificação da imagem; o segundo aos dados para o plano de expressão, que conta com o registro de crédito da imagem; o terceiro refere-se aos dados do plano de conteúdo; e o quarto item, aos dados complementares obtidos em outras imagens fotográficas (PORTO, 2009).

Cabe ressaltar a dificuldade de leitura de algumas fotos em particular as imagens retiradas da revista Fon-Fon, as quais apresentam a marca d’água da Biblioteca Nacional. As mesmas encontram-se disponíveis para a visualização e extração pela internet.

Após a busca/coleta dos documentos, foi realizada a análise dos mesmos, e esta, pautou-se na crítica externa e interna dos documentos. A crítica externa dos documentos ou crítica de autenticidade tem por finalidade agrupar os materiais fornecidos pelas fontes esforçando-se por eliminar suas eventuais contradições, como por exemplo: data, origem e autor. Já a crítica interna ou crítica de credibilidade serve para discernir o que

pode ser aceito como verdadeiro num testemunho, analisando o conteúdo do trabalho do autor (SALMON, 1979, p.107-132).

Já como fontes secundárias, utilizamos a literatura pertinente à historiografia do Brasil, referente ao período estudado; às políticas de saúde; à história da medicina, especialmente a consolidação do campo científico-sanitário no Brasil e à história da enfermagem brasileira, norte-americana e inglesa.

Para operacionalizar esta etapa foi elaborada uma matriz de análise, onde ordenamos tematicamente as idéias centrais pautada na análise temática de Bardin (2008) e posteriormente foram interpretados com auxílio da literatura crítica e do referencial teórico, aqui definido pelas noções contidas na Teoria de mundo social de Pierre Bourdieu.

Aspecto Legal da Pesquisa

Quanto ao aspecto legal a pesquisa, no que se refere às fontes primárias, respeitou a Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998 que dispõe sobre a legislação sobre os direitos autorais, visto que os documentos utilizados não estão dentro do prazo de proteção aos direitos patrimoniais, segundo os artigos dispostos na referida Lei:

“Art. 41 - Os direitos patrimoniais do autor perduram por setenta anos contados de 1º de janeiro do ano subsequente ao de seu falecimento, obedecida a ordem sucessória da lei civil.

Art. 43 - Será de setenta anos o prazo de proteção aos direitos patrimoniais sobre as obras anônimas ou pseudônimas, contado de 1º de janeiro do ano imediatamente posterior ao da primeira publicação.

Art. 44 - O prazo de proteção aos direitos patrimoniais sobre obras audiovisuais e fotográficas será de setenta anos, a contar de 1º de janeiro do ano subsequente ao de sua divulgação” (BRASIL, 1998).

Capítulo I

O CAMPO SANITÁRIO BRASILEIRO NOS PRIMÓRDIOS DO SÉCULO XX

Neste capítulo descreveremos o campo sanitário brasileiro, abordando aspectos políticos, econômicos, estratégias utilizadas pelo DGSP no combate às doenças pestilenciais e apresentando as instituições de saúde e ensino localizadas na Capital Federal (RJ) que se constituíam como um campo de prática e/ou ensino para profissionais de enfermagem à época.

Vale ressaltar que esse período foi marcado pela luta contra doenças de caráter epidêmico que acometiam de medo e incertezas a vida dos que moravam e trabalhavam na capital (RJ), sendo necessária a implementação de ações de caráter coercitivo lideradas pelo bacteriologista Oswaldo Cruz. Ações estas, que diante ao sucesso obtido e aos números alcançados, principalmente no que concerne ao combate à febre amarela, culminaram no reconhecimento e prestígio científico de Oswaldo Cruz.

Com os interesses econômicos do Brasil sendo atrapalhados pela recorrência de epidemias violentas na capital federal, tornava-se cada vez mais urgente o saneamento da cidade do Rio de Janeiro.

Em 1902, Rodrigues Alves, grande fazendeiro paulista de café, que se tornou presidente do Brasil assumiu o poder numa conjuntura econômica favorável⁹, o que

⁹ Isso porque, seu antecessor Campos Sales (1898-1902), procurou fortalecer a economia a fim de possibilitar a atração de recursos financeiros para financiar a expansão da lavoura. Através de medidas como: a renegociação da dívida e diminuição do déficit público, cortando financiamento a novas indústrias, abandonando obras públicas e aumentando impostos. Essa situação garantiu a Rodrigues Alves, seu sucessor, um aporte financeiro que possibilitava a realização de seu plano (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008, p.347).

permitiu fazer do saneamento da capital o ponto básico de seu programa de governo (BENCHIMOL, 2000, p.275).

A frente de seu projeto de saneamento colocou o sanitarista Oswaldo Cruz, então diretor do Instituto Soroterápico Federal, que assumiu o cargo de diretor da DGSP¹⁰. Pondo-se a testa dessa organização sanitária, e com o intuito de derrotar a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, Oswaldo Cruz dividiu a cidade em 10 distritos sanitários. Cada qual era chefiado por um médico, o delegado de saúde, servido, em média, por seis inspetores sanitários, também médicos, e vários estudantes de medicina encarregados de fiscalizar os serviços domiciliares. Sendo essa uma ação conjunta das autoridades sanitárias municipais e federais, estabelecida pelo prefeito através do ato de 15 de maio de 1903 (FONTENELLE, 1922, p. 431).

Cabe ressaltar que o governo de Rodrigues Alves, apesar de ter como principal foco o saneamento da capital, também não deixou de atuar em outros campos da saúde, como foi o caso da assistência aos alienados. Em 1902, logo no início de seu governo, após um inquérito levado a cabo em sua gestão, foi revelado que o Hospício Nacional de Alienados era *“simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não havia tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização”* (COSTA, 1981, p. 22).

Diante de tal constatação Rodrigues Alves nomeou Juliano Moreira para a direção do Hospício Nacional de Alienados em março de 1903, ganhando a psiquiatria novo ímpeto. Sob a influência do psiquiatra, em 22 de dezembro de 1903, foi aprovado o

¹⁰ Criada em 1897, a Diretoria Geral de Saúde Pública, respondia pelos os problemas de saúde que escapavam à responsabilidade dos Estados, sendo ela vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ela tinha como atribuições a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, estudos sobre doenças infecto-contagiosas, a organização de estatísticas demográficas e sanitárias, e o auxílio aos estados mediante solicitação dos respectivos governos (HOCHMAN, 1993, p. 49).

Decreto nº 1.132 em que o Presidente Rodrigues Alves sancionou a resolução do Congresso Nacional, aprovando a Lei Federal da Assistência a Alienados. De forma que, em 1º de fevereiro de 1904 é decretado o Regulamento da Assistência a Alienados no Distrito Federal (MOREIRA, 1995, p. 51).

No Rio de Janeiro a principal campanha de saneamento liderada por Oswaldo Cruz, começou com a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela em 15 de abril de 1903 (BENCHIMOL, 2000, p.276). Isso porque Oswaldo Cruz considerava necessário extinguir a febre amarela no Rio de Janeiro. Por entender o sanitaria que o único agente transmissor da doença era o mosquito, começou sem demora a organização do serviço de profilaxia. Sendo este realizado através de medidas como: isolamento dos amareletos, destruição dos focos de mosquitos na residência do doente, nas casas circunvizinhas assim como no interior da cidade (FONTENELE, 1922, p. 431).

Para facilitar a execução das medidas prescritas, Oswaldo Cruz pediu que passasse para a alçada da higiene federal os serviços de polícia sanitária dos domicílios e logradouros públicos, e dessa forma as autoridades federais poderiam pôr em execução as leis municipais que tangiam tal ação.

Destarte, em 5 de janeiro de 1904, o presidente assinou o Decreto que reorganizava os serviços de Higiene Administrativas da União, passando os serviços sanitários a cargo da União a compreender em toda a república: o estudo da natureza, etiologia, tratamento, e profilaxia das doenças transmissíveis; prestação de socorros médicos e higiênicos a população; serviço sanitário dos portos marítimos e fluviais; fiscalização do preparo de vacinas, soros, dos laboratórios; fiscalização do exercício da medicina e farmácia; organização de estatísticas demográficas e sanitárias. E no âmbito do Distrito Federal, a superintendência exclusiva de tudo que diz respeito a higiene

domiciliar, de logradouros públicos e de tudo relacionado com a profilaxia geral e específica das doenças infecciosas (FONTENELLE, 1922, p. 432).

Com esse regulamento sanitário, considerado mais completo e desenvolvido que até então tinha o Brasil, ocorreu uma expansão da DGSP. Isso porque os serviços de higiene defensiva foram incorporados a polícia sanitária, a profilaxia geral e a higiene domiciliária do distrito federal. Dando ao governo federal maior capacidade de normalização e regulação e mais poder na execução de suas ações de higiene¹¹. A polícia sanitária tinha por fim evitar a manifestação e propagação das doenças infecciosas e fazer cumprir as leis federais e municipais relativas a cada caso (FONTENELLE, 1922, p. 432).

A profilaxia das doenças infecciosas era feita através da notificação compulsória¹², o isolamento, a desinfecção e a vigilância sanitária. O isolamento era obrigatório para todas as doenças de notificação compulsória, sendo ele dividido em domiciliar e nosocomial. O primeiro subdividia-se em parcial aplicado na tuberculose e lepra, e o de rigor para febre amarela e malária.

A fim de assegurar os interesses comerciais, que antes sofriam com as medidas de profilaxia adotadas pelos países vizinhos, foi firmado um acordo em 1904 entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. No qual foram suprimidas as quarentenas, autorizando apenas o isolamento dos doentes ou suspeitos, expurgo e desinfecção dos navios, vigilância sanitária e as vacinações preventivas. Não podendo nenhum dos países que

¹¹ Principalmente após a aprovação, em maio de 1904, do Decreto nº 5.524, do Regulamento Processual da Justiça Sanitária, que dava maior rapidez e liberdade de ação às autoridades sanitárias.

¹² Eram consideradas doenças de notificação compulsória, a febre amarela, a peste, a cólera e doenças coleriformes, a varíola, a difteria, a infecção puerperal nas maternidades, a oftalmia em recém nascidos em maternidades, creches, e estabelecimentos análogos, o tifo e a febre tifóide, a tuberculose, a lepra, o impaludismo, o beriberi, a escarlatina, o sarampo (FONTENELLE, 1922, p.432).

assinaram o acordo, fechar seus portos aos navios procedentes de outros portos (FONTENELLE, 1922, p. 433).

Em meados de 1904 devido a um surto de varíola na capital, foi enviado ao governo um projeto que reabilitava a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a doença em todo o território nacional, a qual foi aprovada em outubro do mesmo ano com cláusulas rigorosas. No regulamento prescreviam-se multas aos rebeldes e a exigência do atestado de vacinação para matrícula em escola, empregos públicos, casamentos, etc. O descontentamento da população gerou um grande levante que ficou conhecido como Revolta da Vacina e que paralisou a cidade por mais de uma semana (BENCHIMOL, 2000, p.276).

A organização sanitária de Oswaldo Cruz teve grande mérito em acabar com um inconveniente que era a dualidade da higiene pública do Distrito Federal (ora de responsabilidade do município, ora do governo federal), já que foi através da iniciativa do sanitarista que os aparelhos de proteção sanitária agressiva e defensiva passaram para as mãos da administração federal. Visto a necessidade do serviço de higiene do país estar sob direção do Governo Federal, a qual esbarrava na opinião dos juristas, crescia a cada dia um movimento em prol de uma organização sanitária nacional.

Ao término da primeira gestão de Oswaldo Cruz a frente da DGSP em 1906, a cidade do Rio de Janeiro já não era mais a mesma, muito tinha se transformado no que tange a estrutura urbanística e ao seu perfil epidemiológico. A febre amarela tinha sido controlada e quase desaparecendo do obituário da cidade, da mesma forma que a peste. No entanto, a tuberculose continuava fazendo milhares de vítimas pela cidade, isso porque não havia sido feita uma profilaxia específica para tal.

Após Afonso Pena assumir a presidência do país, Oswaldo Cruz foi reconduzido para chefiar a saúde pública, e dessa vez ele se propôs a combater a tuberculose através de uma grande campanha contra ela.

Para tanto Oswaldo Cruz traçou um programa geral de combate a esse grande flagelo indicando as medidas para sua execução, porém algumas dependiam do poder executivo¹³ e outras do Congresso Nacional¹⁴. Porém as sugestões do sanitarista não foram ouvidas continuando o serviço sanitário a ser feito da mesma maneira que em 1904 (FONTENELLE, 1922, p. 434).

O seu programa não saiu do papel, pois, naquele período, existia um consenso na classe política de que a atuação estatal no combate à tuberculose deveria se restringir à assistência aos doentes necessitados, devendo a iniciativa privada ou filantrópica criar ações educativas e sanatórios para os doentes (BENCHIMOL, 1990, p. 50).

Outro mérito da reforma de Oswaldo Cruz foi o conceito epidemiológico adotado para as doenças transmissíveis, encaradas não mais no modo de ver da higiene antiga que visava apenas a influência do meio, mas tendo como foco os próprios doentes e deles se difundindo de várias maneiras até alcançar indivíduos sãos.

De fato um dos feitos mais notáveis de Oswaldo Cruz a frente da DGSP foi a profilaxia contra a febre amarela, que obteve resultados brilhantes e a partir deles o sanitarista foi reconhecido pela comunidade científica internacional. Já que conseguiu

¹³ Como a modificação do regulamento sanitário, com a finalidade de tornar geral a notificação de todos os casos de tuberculose, estabelecer condições de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de comestíveis, criar a vigilância domiciliar dos tuberculosos e permitir a fiscalização das habitações coletivas, públicas e particulares; e a criação de hospitais e sanatórios, sendo aproveitados o Lazareto da Ilha Grande, o Hospital Paula Candido, O Sanatório do Ministério da Guerra em campos do Jordão (FONTENELLE, 1922, p. 434) .

¹⁴ Votação de verba para a construção de uma seção destinada à profilaxia específica da tuberculose; legislação que permitisse aposentadoria dos funcionários com tuberculose, instituição do seguro obrigatório dos operários contra essa moléstia e criasse um imposto especial destinado a auxiliar a construção de hospitais, sanatórios, desinfectórios etc.; legislação proibindo a entrada de pessoas e animais com tuberculose do exterior (Idem ao anterior).

erradicar na capital a endemia amarelífica, cuja fama terrível chegava ao exterior e desmoralizava todo o país.

Também não poderia deixar de ser citada a campanha contra a peste, que fez com que o número de mortos pela doença caísse consideravelmente. Sendo utilizadas para tal, medidas de combate aos ratos e a exigência de impermeabilização dos solos das casas, de modo que os habitantes ficavam protegidos das fontes de contágio.

O reconhecimento do trabalho realizado por Oswaldo Cruz a frente da DGSP pela comunidade médica científica nacional e internacional, rendeu ao sanitarista prêmios, como a medalha de ouro, pelo trabalho apresentado no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia, reunido em Berlim em 1907. Seu trabalho ficou em primeiro lugar entre os 123 concorrentes. Consagrando seu prestígio internacional e o reconhecimento definitivo de seus méritos (BRASIL, 1969, p. 92).

A notícia da vitória do Brasil em Berlim fez com que um sentimento de orgulho e satisfação percorresse os centros intelectuais brasileiros. Em seu retorno do congresso em fevereiro de 1908, Oswaldo Cruz foi recebido como herói nacional e uma multidão o aguardava no porto da capital ovacionando-o com palmas, flores e música (BRASIL, 1969, p. 92).

O impacto da premiação do Brasil no Congresso de Berlim foi decisivo em vários aspectos, pois após o evento, cientistas renomados¹⁵ manifestaram o interesse em vir pra o Brasil e trabalhar nos laboratórios de manguinhos permanecendo no país por um longo tempo e colaborando no estudo de várias doenças. Sendo também crucial para que o projeto que transformava o Instituto Soroterápico Federal em "Instituto de Patologia Experimental", adormecido por um longo tempo no Congresso, fosse rapidamente

¹⁵ Como, Stanislas von Prowazek, Gustav Giemsa e Max Hartmann.

aprovado e sancionado pelo presidente Affonso Penna, como Decreto nº 1812, em 12 de dezembro de 1907. Ao ser aprovado pelo Governo o respectivo regimento, em 19 de março de 1908, foi oficialmente adotada a denominação "Instituto Oswaldo Cruz"¹⁶. Podemos inferir que essa mudança de nome foi uma estratégia que propendia dar visibilidade à instituição, que carregaria juntamente com o nome, o reconhecimento e o prestígio do seu maior cientista.

Como forma de reconhecimento da comunidade médica brasileira ao trabalho de Oswaldo Cruz, o periódico brasileiro *Brazil-Médico*, revista semanal de medicina e cirurgia cujo diretor era o médico Azevedo Sodré, propôs, em 1909, a oferta de uma medalha de ouro para o bacteriologista como uma homenagem da classe médica brasileira, pelo serviço prestado a pátria extinguindo a febre amarela no Rio de Janeiro. Para isso abriu em suas páginas a subscrição para compra de uma medalha a ser ofertada ao bacteriologista, atingindo um total de 1.052 assinaturas, figurando nessa lista os nomes dos mais ilustres médicos do Brasil e das mais conhecidas corporações médicas da capital e dos estados (*BRAZIL MEDICO*, 1909, p.471).

Na intenção de ampliar a homenagem a Oswaldo Cruz, aproveitando a ocorrência do IV Congresso Médico Latino-Americano no Brasil em 1909, a homenagem foi incluída no programa desse evento, tornando-se uma verdadeira consagração latino-americana. Cabe destacar que o Dr. Azevedo Sodré era o Presidente da Comissão Organizadora do IV CMLA, o que favoreceu a inserção da homenagem no cronograma do evento.

O IV Congresso Médico Latino-Americano reuniu-se no Rio de Janeiro, entre os dias 1 e 8 de agosto de 1909, sendo considerado um dos mais numerosos, em termos de

¹⁶ Disponível em: http://www.ioc.fiocruz.br/pages/historia_right.htm. Acesso em 09 de setembro de 2010.

participação, realizado na América do Sul até aquele momento. O número de congressistas inscritos passou de 1500, sendo 1233 brasileiros, 138 argentinos, 87 uruguaios, 27 chilenos, e o restante do Paraguai, Peru, Bolívia, Venezuela, Haiti, Panamá e México (GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1909, p. 49).

A sessão inaugural realizou-se com grande solenidade no Teatro Municipal e contou com a presença do presidente da República e outras autoridades políticas. A abertura da sessão do congresso foi feita pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. Esmeraldino Bandeira. E a abertura oficial da Exposição de Higiene, realizada anexa ao congresso, foi feita pelo Presidente da República (BRAZIL MEDICO, 1909, p.329-330).

Além das sessões do congresso realizadas no Palácio do Estado, onde foram apresentados os trabalhos, os participantes realizaram visitas a vários estabelecimentos: Hospício Nacional dos Alienados, Hospital da Misericórdia, Maternidade do Rio de Janeiro, Hospital Portuguez, Dispensário Azevedo Lima, Instituto Oswaldo Cruz, Hospital de Crianças e ao Hospital São Sebastião. Além das recepções aos delegados estrangeiros no Pavilhão do Distrito Federal e no Palácio do Catete, Garden Party no Parque da Aclamação na Praça da República, baile no Palácio do Itamaraty e por fim um banquete de despedida no Palácio do Estado (BRAZIL MEDICO, 1909, p.329-330).

Cabe ressaltar que nesse mesmo ano, 1909, por força da Lei que proibia a acumulação de cargos em nível federal Oswaldo Cruz pediu exoneração da DGSP, passando a se dedicar apenas a Direção do Instituto que desde 1908 passou a ter seu nome. Em substituição a ele, na direção da DGSP foi nomeado o Dr. Figueiredo de Vasconcellos do Instituto de Pathologia Experimental de Manguinhos (ARQUIVO OSWALDO CRUZ, 2007, p. 11).

No dia 5 de agosto, data do aniversário de Oswaldo Cruz, durante a visita dos delegados estrangeiros e dos membros do IV CMLA ao Instituto Oswaldo Cruz em Manguinhos, em meio à praça fronteiriça e o Instituto foi realizada a homenagem a Oswaldo Cruz. Estavam presentes mais de 500 pessoas, que formaram um círculo em torno do bacteriologista. Então Dr. Azevedo Sodré, presidente do congresso e comissionado a ofertar a medalha comemorativa de um dos maiores feitos da ciência nacional, discursou de forma calorosa e emocionada relatando alguns pontos do trabalho do bacteriologista a frente dos serviços de saúde pública do Rio de Janeiro. E terminou sua oração dizendo:

“Pois bem, Senhores, é para comemorar esta victoria brilhante e promissora que a classe medica brasileira resolveu fazer cunhar uma moeda com a effigie do nosso distincto collega e me incumbiu de lh’a offerecer hoje, dia do seu anniversario natalício, com os votos de grande estima e apreço que lhe consagra. E para festeja-la que nós médicos latino-americanos, nos reunimos hoje neste Instituto, planejado, creado, mantido e dirigido pelo gênio de Oswaldo Cruz; deste Instituto já famoso pelos seus trabalhos e ensino e que nós hoje convertemos em Capitolio para a sua glorificação; deste Instituto que, mais do que aquella medalha, mais do que um bronze erguido na praça publica, há de perpetuar a memória do grande cientista brasileiro, reflectindo em todos os seus recantos a grandiosa obra da sciencia e humanidade por elle realizada”(BRAZIL MEDICO, 1909 p. 472).

Sob muitos aplausos e aclamações Dr. Azevedo Sodré colocou a medalha no peito de Dr. Oswaldo Cruz, sobre cuja cabeça caiu uma chuva de pétalas de rosas. Após o restabelecimento do silêncio outros delegados do Congresso tiveram a palavra¹⁷ para elogiar os feitos de Oswaldo Cruz. Por fim Oswaldo Cruz, lembrando dos momentos difíceis a frente da Diretoria Geral de Saúde Pública e também dos seus companheiros de trabalho, agradeceu a homenagem feita.

¹⁷Os delegados que discursaram foram: O delegado da Argentina o Dr. Nicolas Lozano, o delegado do Chile o Dr. Maximo Cienfuegos, o delegado do México o Professor Juan Peón Del Valle, o delegado do Paraguai o Dr. Fernando Gorriti e o delegado da Venezuela o Dr. Aguerrevere Pacanins.



Fac-símile 1: Medalha oferecida a Oswaldo Cruz durante homenagem feita pela classe médica em ocasião do IV Congresso Médico Latino-Americano – 1909. Fonte: Revista Brazil Médico de 15 de dezembro de 1909, Anno XXIII, num. 47.

A medalha foi encomendada a Ch. Pillet, um artista de mérito, que havia ganhado o prêmio de Roma no Salão de Pintura dos artistas franceses em 1908. Conforme pode ser visto na fotografia, a medalha traz em relevo em uma das faces a efígie do saneador Oswaldo Cruz com a seguinte inscrição “Homenagem da Classe Medica ao Dr. Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro - 1909”. E na outra face a figura em alto relevo é o que seria no futuro o Instituto Oswaldo Cruz¹⁸, e completam a decoração do reverso da medalha duas inscrições em latim. Uma do médico e escritor romano Celso: “*causæ æstimatio sæpe morbum solvit*” e outra do poeta latino Virgílio Eneida: “*Quique sui memores alios fecere merendo Omnibus his nivea cinguntur tempora vitta*” Segundo o texto relativo à homenagem feita a Oswaldo Cruz (BRASIL MEDICO, 1909, p. 474) a inscrição do médico significa que “o conhecimento da causa da moléstia basta muitas

¹⁸ O Instituto Soroterápico Federal foi transformado em Instituto Oswaldo Cruz (IOC) em 1908 pelo presidente Afonso Penna. As obras do pavilhão central do Instituto - o Castelo Mourisco, o qual aparece em uma das imagens da medalha, foi iniciada em 1904 e projetada pelo arquiteto português Luiz de Moraes Júnior com base em croquis de Oswaldo Cruz e teve sua obra terminada em 1918, sem que seu idealizador pudesse vê-la completa (Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/instsorofed.htm#historico>. Acesso em 27 de maio de 2010).

vezes para extingui-la e a do poeta latim celebra a glória dos que em vida praticam ações dignas de memória.

Além da medalha de ouro entregue a Oswaldo Cruz foram cunhadas mais 25 em prata, destinadas a alguns Institutos científicos estrangeiros como o Institut Pasteur de Paris, John Hopkins University de Baltimore e Rockefeller Institute for Medical Research de Nova York, etc. E, outras 50 medalhas em cobre destinadas a museus e instituições nacionais como a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Biblioteca Nacional, Academia Nacional de Medicina, entre outras instituições de ciência.

Esse ritual de entrega da medalha à Oswaldo Cruz pode ser entendido como um rito de consagração, rito de legitimação, ou simplesmente rito de instituição, que para Bourdieu (1998, p. 98-99) tende a consagrar ou a legitimar, ou seja, santificar um estado de coisas, uma ordem estabelecida, tendo o efeito simbólico de agir sobre o real ao agir sobre a representação do real.

A investidura consiste em sancionar e em santificar uma diferença, fazendo-a conhecer e reconhecer, existindo enquanto diferença social, sendo conhecida e reconhecida pelo agente investido e pelos demais (BOURDIEU, 1998, p. 99).

A investidura de Oswaldo Cruz exerce uma eficácia simbólica real, pois segundo Bourdieu (1998, p. 99), de início, ela transforma efetivamente a pessoa consagrada, ao transformar a representação que os demais agentes tem sobre ela e ao modificar os comportamentos que adotam em relação a ela.

Para Bourdieu (1998, p.106), o grande feito produzido pelos atos de instituição reside no fato de que eles conseguem fazer crer aos indivíduos consagrados que eles possuem uma justificação para existir, ou melhor, que sua existência serve para alguma coisa.

Em 1909, foi a primeira vez que a medalha com a efígie de Oswaldo Cruz foi oferecida para homenagear um grande feito de um cientista no Brasil. Em 1970 foi instituída, permanecendo até os dias atuais, a entrega da Medalha de Mérito a Oswaldo Cruz, criada pelo Decreto nº 66.988, de 31 de julho de 1970, a qual destina-se a galardoar pessoas nacionais e estrangeiras que, no campo das atividades científicas, educacionais, culturais e administrativas, relacionadas com a higiene e a saúde pública em geral, se hajam distinguido de forma notável ou relevante e tenham contribuído, direta ou indiretamente, para o bem-estar físico e mental da coletividade brasileira.

Em semelhança com a medalha entregue a Oswaldo Cruz, ela traz em seu anverso a efígie de Oswaldo Cruz, gravada em relevo, rodeada da inscrição do nome e dos anos de seu nascimento e falecimento: 1872 – 1917, e no reverso - a fachada do Instituto Oswaldo Cruz, com a inscrição da República Federativa do Brasil o *Benemerentium Premium*. Tendo as seguintes categorias: Ouro, Prata e Bronze. A concessão da Medalha é feita por decreto do Presidente da República, mediante proposta do Ministro da Saúde e entregue pelo Presidente da República ou, em seu nome, pelo Ministro da Saúde.

Outro aspecto relevante acerca da importância do evento foi o prestígio social, político e científico conferido ao congresso. Durante o evento, foram veiculados pela imprensa escrita, mais especificamente na Revista Fon-Fon, revista de circulação semanal, imagens de confraternização com os delegados sul-americanos no Parque da Aclamação e dos participantes do congresso após cerimônia de encerramento.



Fac-símile nº 2 – Legenda: Garden Party, no Parque da Aclamação¹⁹, oferecido aos delegados Sul-Americanos, pelo Prefeito, Dr. Serzedello Corrêa. Nesta photographia vê-se ao centro Mme. Nilo Peçanha (segurando um leque) tendo à sua direita Mmes. Esmeraldino Bandeira e Serzedello Corrêa e à esquerda Mme. Graça Couto. Fonte: Revista Fon-Fon 14/08/1909.

O fac-símile nº 2 reproduz uma fotografia do tipo posado com os olhares voltados para a lente fotográfica, tamanho regular, na forma retangular, em ambiente externo, enquadra aproximadamente um grupo composto por 5 homens (4 no plano esquerdo da fotografia e 1 ao fundo), 11 mulheres e 6 crianças, entre elas 3 meninas e 3 meninos. As mulheres utilizam os cabelos presos e trajando vestidos longos de cor clara, com exceção de uma, chapéu e leque. Os homens possuem bigodes e estão trajando fraque de cor escura, chapéu e bengala. Quanto à postura, os retratados encontram-se de pé, as mulheres com as mãos para frente, na altura da cintura e próximas uma das outras, e as dos homens estendidas ao longo do corpo.

¹⁹ Atualmente conhecido como Campo de Santana, na Praça da República, na cidade do Rio de Janeiro.



Fac-símile nº 3- Legenda: Lunch oferecido ao Sr. Presidente da República nesse Garden Party. À mesa acham-se o Dr. Nilo Peçanha, tendo a sua direita a sua Exma, esposa e o Dr. Esmeraldino Bandeira e à sua esquerda Mme. Esmeraldino Bandeira e o Coronel Bento Carneiro. Na sua frente Mme. Serzedello Corrêa e o Dr. Leoni Ramos. Fonte: Revista Fon-Fon 14/08/1909.

A fac-símile de número três apresenta uma imagem fotográfica do tipo flagrante durante o almoço, em ambiente externo, tamanho regular, na forma retangular, enquadra em primeiro plano um grupo composto de 7 pessoas entre elas 3 mulheres e 4 homens, que encontram-se conversando, sentados à mesa. As mulheres estão trajando vestido e chapéu, 3 homens trajando fraque, estando dois deles com a cartola sobre as pernas e um utilizando uniforme militar. E ao fundo da imagem podemos identificar mais pessoas que participaram do almoço, sentadas à mesa e de pé.

A época, o Brasil não era enquadrado nos padrões europeus, podendo a estratégia do almoço ser entendida como uma forma de demonstração de civilidade. Pois nessa ocasião, é necessário mostrar refinamento na maneira de se comportar à mesa, sendo essa uma forma do grupo reforçar o “senso de honra”, que segundo Bourdieu (2009, p.174), é uma “disposição inculcada por toda a primeira educação, constantemente exigida e reforçada pelo grupo, inscrita, tanto nas posturas e nas dobras do corpo (na maneira de manter o corpo, de falar, de comer ou andar)”.

A recepção pode ser entendida como uma estratégia de distinção da classe médica, “mostrando o valor simbólico do grupo, tornando visíveis diferenças e manifestando as posições, isto é, signos distintivos da riqueza simbólica” (BOURDIEU, 2009, p. 232).



Fac-símile 4: Legenda: Photographia tirada logo depois da sessão de encerramento desse Congresso no Palácio Monroe. No centro do grupo, na primeira fila vêm-se o Dr. Esmeraldino Bandeira e o Dr. Azevedo Sodré. Fonte: Revista Fon-Fon 14/08/1909.

A fac-símile de número quatro, apresenta uma imagem fotográfica do tipo posada, em ambiente externo, de tamanho regular e forma retangular, as pessoas estão enfileiradas na escadaria do Palácio Monroe²⁰ que à época era uma espécie de “salão de festas”, revela um grupo majoritariamente de homens sendo um total aproximado de 127 homens e 1 mulher localizada na penúltima fileira mais a direita do centro da imagem, trajando vestimenta clara e chapéu. Os homens estão trajando fraque na cor

²⁰ Construído em 1904 para representar o Brasil na Exposição Internacional de Saint Louis, nos EUA, remontado na Avenida Central (atual Rio Branco) para a 3a Conferência Pan-Americana, foi finalmente demolido em 1975. De 1907 a 1914, o Palácio serviu como uma espécie de “salão de festas” oficial da Capital, entre congressos, formaturas e bailes. Em 1914, a Câmara dos Deputados e em 1925 abrigou o Senado (PARAIZO, 2003, p. 87-90).

escura, chapéu e bengala. Percebesse também que os homens, em sua maioria utilizam bigode. Estando no centro da foto Dr. Azevedo Sodré presidente do IV CMLA e o Dr. Esmeraldino Bandeira à época Ministro da Justiça do Governo de Nilo Peçanha.

A presença de apenas uma mulher entre os 128 representados na imagem fotográfica registrando um dos momentos de consagração e visibilidade do IV CMLA na imprensa, expressa o simbólico da dominação masculina na ciência médica à época, prática esta exercida majoritariamente por homens.

Sobre esta representante feminina acreditamos tratar da Dra Julieta Lanteri²¹, chegando a essa conclusão após a comparação do fac-símile 4 e o fac-símile 5. A médica apresentou o trabalho intitulado *Syndroma de Little* (syntomatologia, pathogenia e anatomia pathologica) na 1ª Secção de anatomia, histologia e phsiologia normaes e pathologias, bacteriologia e veterinária. Apesar de ser identificada, na imagem anterior apenas uma mulher, nos relatórios do IV Congresso Médico Latino-Americano constatamos a presença de outra médica, nesse caso de nacionalidade brasileira, a Dra Antonieta Morpurgo²², que apresentou o trabalho intitulado: *Assistência Obstétrica Domiciliar* (GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1909, p 58).

²¹ Julieta Lanteri nasceu em Cuneo, na Itália, em 22 de março de 1873. Ela chegou à Argentina com seus pais aos seis anos. Ela viveu em Buenos Aires e em La Plata. Médica feminista fervorosa e lutadora pelos direitos das mulheres. Estudou no Colégio Nacional, tornando-se a primeira Mulher na instituição, que foi a única escola que permitiu seu ingresso na universidade. Em 1896, com uma autorização especial do decano, conseguiu entrar na Faculdade de Medicina em Buenos Aires, graduando-se em 1907. Desenvolveu uma intensa carreira, especializado em doenças mentais das mulheres e crianças. Fundou em 1904, juntamente com a primeira médica formada na Argentina, Cecília Grierson, a Associação Universitária Argentina, com o objetivo de que mais mulheres tivessem o acesso à educação universitária. Em 1906, integrou o Centro Feminista do Congresso do Livre Pensamento, realizado em Buenos Aires, juntamente com outras feministas como Elvira Rawson, Sara Justo, Eyle Petrona e Cecilia Grierson, para reivindicar os direitos civis das mulheres. Disponível em: <http://www.estilosalta.com/perfiles/42-perfiles/11851-julieta-lanteri.html>. Acesso em 01 de fevereiro de 2011.

²² Natural de Pelotas, filha de Cesária Marques Dias e do português Antonio Joaquim Dias, proprietário e redator do jornal *Correio Mercantil*, Antonieta Cesar Dias iniciou seus estudos na cidade natal, cursou os preparatórios em Porto Alegre e no ano de 1884 matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Defendeu sua tese, na área de obstetrícia, em 30 de agosto de 1889, consagrando-se a terceira mulher a se formar em medicina no Brasil. No ano seguinte à formatura, começou a atuar profissionalmente em Pelotas, transferindo-se pouco depois para Rio de Janeiro, onde foi secretária na diretoria provisória da Cruz Vermelha em 1908 (SOUZA, 2010. p. 9-44)

Fac-símile 5- Médicas presentes no IV Congresso Médico Latino-Americano, 1909.



Julieta Lanteri



Antonieta Morpurgo

No Brasil as mulheres eram proibidas de freqüentar as faculdades de medicina até 1879, quando graças à Reforma Leôncio de Carvalho, através do Decreto nº 7.247 de 19 de abril de 1879, conferiu a liberdade e o direito de a mulher freqüentar os cursos das Faculdades e obter título acadêmico. O Decreto foi rubricado pelo próprio imperador, D. Pedro II (ALVES E TUBINO, 2009, p. 6). Formando-se na Faculdade de Medicina da UFRJ no período de 1900 até 1938, 76 mulheres, com uma média de duas por ano (FRANCO E SANTOS, 2010, p. 73).

Ao analisarmos as imagens do IV Congresso Médico Latino-Americano, veiculadas na imprensa escrita nos chama atenção a questão de gênero, pois podemos perceber a dominação masculina objetivada. Para entendermos tal situação basta analisarmos os momentos em que tem o interesse de dar visibilidade para homens e quando querem chamar atenção para a imagem feminina. Podemos entender essas imagens veiculadas como um jogo de estratégias na composição do capital social do médico.

No momento em que retratam o Gardem Pary e o jantar, a imagem é majoritariamente composta por mulheres, esposas dos médicos participantes do IV

CMLA, já quando retratam o evento científico, no Palácio Monroe, a imagem é composta majoritariamente por homens.

Apesar da dominação masculina na ciência, os homens eram bem vistos pela sociedade quando casados, pois o capital simbólico da família é capaz de conceder prestígio ao homem, sendo o casamento uma exibição do capital de honra, que para Bourdieu (2009, p. 311) é a expressão transfigurada da lógica econômica, é a moral do interesse das formações sociais dos grupos ou das classes cujo patrimônio ocupa um lugar no capital simbólico.

No que diz respeito aos lugares escolhidos para a abertura e realização das sessões do IV Congresso Médico Latino-Americano, bem como as recepções, banquetes e bailes serviam para mostrar o espaço físico da Cidade do Rio de Janeiro através das suas mais belas construções arquitetônicas e jardins, como demonstração do que Bourdieu chama de “efeito de lugar”.

Destarte esses locais foram elementos simbólicos utilizados para garantir o poder e prestígio social e intelectual dos médicos e da ciência sendo, nesse sentido, o efeito de lugar uma “*técnica de objetivação bastante poderosa com a condição de que se saiba ler (...) [no espaço físico] a relação construída entre a estrutura do sistema das posições constitutivas do espaço de um campo e a estrutura social*” (BOURDIEU, 2004, p.38). Fazendo com que produzisse o sentido da crença de país civilizado e um “palácio da ciência”.

Diagnóstico do setor saúde e a enfermagem no Brasil

Durante a ocorrência do IV Congresso Médico Latino Americano, foi distribuído aos participantes do evento um impresso²³ organizado especialmente para ocasião intitulado “A Medicina no Brasil”.

Nesse impresso que contém 127 páginas, foi realizado uma descrição minuciosa da situação em que se encontrava o campo médico no país. Ele traz em seu início um relato dos recursos naturais, da demografia, do clima e das doenças prevalentes do país. Faz um esboço sobre a evolução da medicina no Brasil, falando sobre a fundação do ensino médico no país, sobre as associações médicas e farmacêuticas e os congressos organizados.

Apresenta uma biografia dos vultos de maior notoriedade da ciência médica do Brasil no século XIX, figurando nesta lista o nome de médicos, cirurgiões e expoentes da medicina pública. E por fim faz uma descrição dos Institutos de ensino²⁴, da organização sanitária, do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e dos laboratórios, hospitais, policlínicas e outras instituições de assistência.

Nessa descrição contém informações como uma breve história das instituições, o campo de atuação, sua localização e o quadro de pessoal de cada instituição onde quantifica o número de médicos, enfermeiros, assistentes, serventes, guardas, e outros.

A partir das informações contidas nesse impresso e outras coletadas buscadas no Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, referente ao ano de, foram realizados dois quadros com as instituições de assistência hospitalar que tinha em seu quadro de pessoal, enfermeiros(as) ou pessoas que realizavam esta função, e o outro com o quantitativo de pessoal utilizado nesses hospitais.

²³ Quarto Congresso Médico Latino-Americano. A Medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909, 127 p.

²⁴ Entre as instituições de ensino estão: a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina da Bahia, Instituto Clínico e Maternidade da Bahia.

Cabe destacar que esses quadros sevem para facilitar a compreensão de uma parte do campo de atuação da enfermagem na capital federal, num período em que a formação desses agentes dava os primeiros passos, considerando a formação profissional como oriunda de escola autônoma, entidade de classe e lei que regulasse o exercício profissional.

Quadro 1: Localização e especialidades médicas da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (DF), ano de 1909.

Instituições assistenciais	Especialidade
Hospital Central de Misericórdia - Situado a praia Santa Luzia, nº 74, em frente ao mar. Nele é lecionado as Clínicas da Faculdade de Medicina.	Diversas clínicas e isolamento de moléstias “infectuosas”.
Hospital Central do Exército – Tem suas origens no século XVIII, era o antigo Hospital Militar. Transferido em 20 de junho de 1902 para a rua Joquey Club, nº126. Destinado ao tratamento de oficiais e praças do exército e demais corporações militares e dos funcionários civis do Ministério da Guerra, atendendo também à familiares.	Clínicas médica, cirúrgica, moléstia dos olhos e de pele.
Hospital São João de Deus - Sito à Rua Santo Amaro, nº 80. Fundado em 16 de setembro de 1858 pela Sociedade Portuguesa de Beneficência. Destinado ao atendimento de sócios da Sociedade Portuguesa de Beneficência.	Clínicas médica, cirúrgica e diversas especialidades
Hospital dos Estrangeiros - Fundado em 1892, situado em Botafogo na encosta de pequena colina. Para a assistência hospitalar aos estrangeiros, porém recebem também nacionais	Medicina e cirurgia
Serviço de Assistência Pública de Urgência no Distrito Federal - Fundado em 1893. Para a sua execução dividiu a cidade em 4 zonas tendo cada uma delas um posto. O “Posto Central de Assistência” na rua Camerindo e o segundo posto, em construção, junto ao Campo da Aclamação	Prestar socorro imediato tanto aos doentes na via pública como aos doentes em domicílio
Clinica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Sem outras informações.	Assistência a Alienados
Hospício Nacional de Alienados - Sito à Praia da Saudade foi fundado em 1852. Mantido pelo Governo Federal.	Assistência a Alienados
Hospital São Sebastião - Sito a Praia do Retiro Saudoso nº 27, ponta do caju. Foi fundado em 9 de novembro de 1889. Vinculado a DGSP. Destinado ao atendimento de doentes contribuintes e gratuitos, de ambos os sexos e nacionalidades.	Destinado ao isolamento nosocomial de enfermos de febre amarela, porém servindo também para o isolamento para doentes de varíola e peste bubônica.
Hospital Paula Candido – Fundado em 3 de janeiro de 1853, inicialmente denominado Hospital Santa Izabel e em 1898 passou a se chamar Hospital Paula Candido, situado na enseada de Jurujuba. Vinculado a DGSP. Inicialmente destinado ao atendimento dos homens do mar nacionais e estrangeiros, passando a receber doentes contribuintes e gratuitos de ambos os sexos.	Hospital de isolamento de enfermos com doenças infecciosas

Fonte: Quarto Congresso Médico Latino Americano. A Medicina no Brazil, 1909, p. 104-127; Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores referente ao ano de 1909, p. 17. Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro, 1922.

No que tange a data de fundação das instituições, podemos observar que a maioria delas foram fundadas no século XIX no período do governo imperial, e que já indicava um predomínio da instituição hospitalar mantida pelo Estado, sobre as instituições mantidas pela igreja. Traço característico do período republicano, em que houve o avanço do poder médico nas práticas assistenciais nas instituições hospitalares.

Tendência que influenciou o tipo, a posição e a formação dos recursos humanos nesses espaços.

Quadro 2 - Recursos humanos de enfermagem utilizado na assistência hospitalar no Rio de Janeiro (DF), em 1909.

Instituições assistenciais	Recursos humanos de enfermagem
Hospital Central de Misericórdia	58 irmãs de S. Vicente de Paula, auxiliadas por 30 (trinta) enfermeiros ²⁵ e 175 (cento e setenta e cinco) serventes
Hospital Central do Exército	11 (onze) enfermeiros, 12 (doze) irmãs de caridade da comunidade São Vicente de Paulo e muitos serventes
Hospital São João de Deus	10 (dez) enfermeiros
Hospital dos Estrangeiros	“tem instalações para operações e para medicina e cirurgia, assim como um bom corpo de enfermeiras ”
Serviço de Assistência Pública de Urgência no Distrito Federal	O serviço é distribuído por turmas que se revezam de quatro em quatro horas. Cada turma compõe-se de dois médicos, um auxiliar, enfermeiros , serventes e o pessoal indispensável para o serviço das ambulâncias. Recebido o aviso com indicação do local onde se deu o acidente, é imediatamente dado sinal de partida, saindo a ambulância em poucos segundos, levando o médico, o auxiliar e o enfermeiro
Clinica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	“Pessoal: Professor de clínica psiquiátrica, substituto, assistente de clínica, assistente de gabinete de psicologia experimental, assistente do laboratório anatomo-patológico, 2 (dois) internos, enfermeiros”
Hospício Nacional de Alienados	11 (onze) enfermeiros chefes ; 07 (sete) 1 ^{os} enfermeiros ; 62 (sessenta e dois) 2 ^{os} enfermeiros ; 220 (duzentos e vinte) guardas
Hospital São Sebastião	Em ocasiões de epidemia o corpo clínico poderia ser alterado. Nas épocas normais é constituído por um diretor, um vice-diretor, três médicos e três internos. No quadro de pessoal sem nomeação constam 1 (um) enfermeiro-mor e 5 (cinco) enfermeiros.
Hospital Paula Candido	Pessoal: 1 (um) diretor, 1 (um) vice-diretor, 2 (dois) médicos assistentes. No quadro do pessoal sem nomeação consta 1 (um) enfermeiro-mor.

Fonte: Quarto Congresso Médico Latino Americano. A Medicina no Brasil, 1909, p. 104-127; Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores referente ao ano de 1909, p. 17. Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro, 1922.

Ao observarmos as informações contidas no quadro nº. 2, logo entendemos a relação do mesmo para a enfermagem, visto que podemos identificar instituições de diversos fins, especialidades e com diferentes órgãos financiadores, que apresentam em

²⁵ Além de enfermeiros e enfermeiras, também utilizavam os serviços de praticantes, para cujo educação o Diretor do serviço sanitário Dr. Artur Rocha, criou em 1906, uma aula prática de frequência obrigatória realizada duas vezes por semana. Tendo o Dr. Artur Rocha dois auxiliares, o Dr. Benjamin Baptista, professor da faculdade e o Dr. Raul Baptista, médico interno e livre docente da mesma faculdade (ASSISTENCIA PUBLICA E PRIVADA NO RIO DE JANEIRO, 1922, p. 531).

seu corpo de profissionais, enfermeiros(as). O que nos leva a inferir que a necessidade desse tipo de profissional para atuar nesse campo junto com os demais agentes já existentes era grande, o que possibilitava assim a utilização de mão de obra não qualificada, já que a formação desse tipo de profissional, tanto no Rio de Janeiro como em todo o país estava dando ainda seus primeiros passos.

A Maternidade do Rio de Janeiro, situada na Rua das Laranjeiras, 180, não foi citada no quadro, por não ter sido encontrado informações, no impresso “A Medicina no Brazil”, sobre a utilização do trabalho de profissionais de enfermagem nessa Instituição. A mesma foi fundada pelo Decreto nº 5.117 de 18 de janeiro de 1904, e entre suas finalidades consta que, anexa a Maternidade, funcionaria uma Escola Profissional de Enfermeiras. Sendo este curso constituído de uma parte geral de assistência aos enfermos e outra especial de assistência às senhoras e recém-nascidos²⁶.

Na busca de informações do funcionamento da Escola Profissional de Enfermeiras, anexa a Maternidade do Rio de Janeiro, e da formação dessas agentes para atuar nessa área, encontramos um fragmento do discurso do Dr. Rodrigues Lima²⁷, diretor da Maternidade, proferido a Câmara dos Deputados, que traz indícios do funcionamento da Escola Profissional de Enfermeiras, como pode ser visto abaixo:

“Muitas enfermeiras têm também achado no ensino ministrado pela Maternidade a instrução technica indispensavel á sua útil profissão. A enfermeira exerce um mister de grande necessidade social, cuja acção benefica se faz sentir não só no serviço hospitalar como na clinica particular, sendo um auxiliar indispensável ao médico. Com o progresso da medicina moderna, para que os doentes sejam beneficiados com todas as vantagens dos methodos actuaes de tratamento, faz-se preciso que os auxiliares de serviço tenham uma cultura technica conveniente” (ASSISTENCIA PÚBLICA E PRIVADA, 1922, p. 374).

Cabe destacar que no período referido desse estudo, havia no Brasil, mais precisamente no Rio de Janeiro, de acordo com as pesquisas até então realizadas, apenas

²⁶ RELATÓRIO DO MINISTERIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES, 1904, P. 339.

²⁷ Fundador da Maternidade do Rio de Janeiro e diretor da instituição de 1904 a 1914.

uma instituição que formava enfermeiros e enfermeiras, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados fundada em 1890. E talvez por isso que algumas instituições preferiam buscar pessoas para realizar esta função em outros países, como é o caso do Hospital dos Estrangeiros também conhecido como Stranger's Hospital, que tinha seu corpo de enfermeiras formado por *nurses* inglesas e norte-americanas.

Para maior compreensão dessa situação é necessário traçar os antecedentes a esse quadro no que diz respeito à formação e atuação da enfermagem no Brasil.

O processo de profissionalização da enfermagem no Brasil foi lento e conturbado. Tendo seu início em 1890 com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras²⁸ que ficava anexa ao Hospício Nacional de Alienados. O estopim da criação dessa escola foi demarcado pela laicização do hospício, já que o serviço de enfermagem nesse nosocômio era realizado por irmãs de caridade, onde o então diretor Dr. João Carlos Teixeira Brandão dispensou-as. E em substituição a elas, foram contratadas enfermeiras francesas trazidas da Europa pelo Sr. Ministro do Brasil (MOREIRA, 1995, p. 57).

No tocante ao funcionamento dessa escola, torna-se necessário destacar que a escola enfrentou dificuldades que impediram que a formação de enfermeiros (as) fosse regular. Sendo constatados indícios que a primeira turma só veio a se formar em 1906. Como destaca o estudo de Espírito Santo (2005, p. 11), ao informar que após a reinauguração do Hospício Nacional de Alienados em 1905, foi aberto, no mesmo ano,

²⁸ Ficou criada em 27 de setembro de 1890 pelo Decreto nº791. A justificativa para sua criação foi suprir a carência de mão de obra agravada com a saída das irmãs de caridade do hospício e resolver o problema da dificuldade de profissionalização das pessoas do sexo feminino. A Escola destinava a preparar enfermeiros e enfermeiras não só para o hospício, como também para hospitais civis e militares (MOREIRA, 1995, p. 58).

inscrições para a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE)²⁹, e em 1906 foram formados os primeiros alunos dessa escola³⁰.

Ainda nesse tocante, o trabalho de Moraes e Amorim (2009, p. 61-62) corrobora com essa informação, ao apresentar a resposta dos redatores da Revista Médica de São Paulo em 1906, afirmando que, foi publicado pela revista o trabalho do médico chileno Moisés do Amaral intitulado “A Profissão de Enfermeiras - Necessidade de Difundir-se o seu Ensino” apresentado ao II Congresso Médico Latino Americano em 1904, no qual o autor afirma não ter achado dados que comprovassem que na América Latina, até o período do referido trabalho, efetivamente existisse formação e a profissão de enfermeiras.

No intuito de mostrar que havia no Brasil um movimento para a criação de escolas de enfermagem, a revista respondeu em uma nota de rodapé que tentativas de formação de enfermeiras foram feitas em São Paulo e no Rio de Janeiro. Informando que, em São Paulo, a partir da iniciativa do Dr. Cezario Motta foram contratados para o Hospital de Isolamento *nurses* inglesas para trabalhar e ensinar a profissão para as outras enfermeiras que nele trabalhavam, que no Hospital Samaritano o serviço de enfermagem era feito por enfermeiras diplomadas na Inglaterra e que o Dr. Dino Bueno, Secretário de Negócios do Interior e Instrução Pública, a partir da reforma realizada no serviço sanitário aprovou pelo Decreto no. 412 de 2 de dezembro de 1896, o Regulamento dos Hospitais de Isolamento, o qual estabelecia que nesse o serviço de

²⁹ Os critérios de matrícula para o curso eram: ser maior de 14 anos, saber ler e escrever corretamente, conhecer aritmética elementar, apresentar atestado de sanidade, vacinação recente e bons costumes juntamente com outros documentos. Quanto à ocupação desses candidatos eram todos eles funcionários do Hospício Nacional de Alienados (ESPÍRITO SANTO, 2005, p.10-11).

³⁰ Os alunos são José Joaquim Dias Paredes, Aureliano Francisco de Carvalho, Albertino Gomes Barreto, Conceição da Silva Carvalho e Henriqueta Rosas (ESPÍRITO SANTO, 2005, p.10-11). Conforme referido anteriormente.

enfermagem fosse feito por enfermeiras(os) ou enfermeiras praticantes, bem como um curso rudimentar para elas.

Já no Rio de Janeiro, consta na nota, que no Stranger's Hospital o serviço de enfermagem era feito por enfermeiras diplomadas na Inglaterra. Cita, também, a iniciativa do Governo Federal em fundar, no Rio de Janeiro, no Hospício Nacional dos Alienados, uma escola de enfermeiros que no mesmo ano da publicação da nota (1906), formaram os primeiros candidatos. Confirmando dessa forma o que traz o trabalho de Espírito Santo (2005) quanto a formação da primeira turma da EPEE.

Porém mesmo com o funcionamento comprovado da EPEE culminando na formação de enfermeiros em 1906, os passos dessa instituição foram dados com dificuldades sendo ainda comprovado que anos seguintes, o funcionamento da escola ainda enfrentava muitos obstáculos gerados principalmente pela superlotação no Hospício. Tal afirmativa pode ser comprovada no Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores de 1909 na parte de “Assistência a Alienados”³¹.

No relatório, o então diretor Dr. Juliano Moreira, apontava a necessidade de serem tomadas providências quanto à superlotação do hospício, visto que o número de doentes aumentava sem o correlativo aumento de pessoal médico e de enfermeiros. E dessa forma, a escola de enfermeiros, fundada no estabelecimento, não pôde funcionar. Uma vez que o pessoal, sobrecarregado de trabalho, eram obrigados a vigília permanente de um grande número de pacientes, e não tinham tempo suficiente para freqüentar as aulas³².

Outro documento importante que ajuda-nos a clarificar a situação da enfermagem no início do século XX é o relatório apresentado por Miss Jane A. Jackson, enfermeira

³¹ Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores ano de 1909 – Seção Assistência a Alienados, 1909, p.119.

³² Ibidem

matrona do Stranger's Hospital, publicado na *The American Journal of Nursing* em 1901. O mesmo relatório também foi enviado ao Conselho Internacional de Enfermagem e apresentado no Congresso de Buffalo, realizado em 1901 nos Estados Unidos.

Nele a enfermeira afirma que não existia nenhuma escola de formação para enfermeiras em todo o Brasil, sendo o assunto algumas vezes suscitado, porém não indo a diante. E que o trabalho das alas era realizado pelas irmãs da Misericórdia e da Ordem de São Vicente de Paulo e nas enfermarias masculinas feito por homens os quais eram chamados de serventes. Estes apresentavam uma péssima apresentação, isso porque segundo a enfermeira Miss Jackson, trajavam roupa sem gola ou laço, chinelos sem meia e fumavam cigarros.

Merece destaque a indignação da enfermeira frente ao fato de que por vezes era dado a eles o título de enfermeiros e da mesma forma os médicos brasileiros referiam a ela como enfermeira. E diante de tal situação ela se recusava a chamá-los de enfermeiros. Como podemos identificar no seguinte trecho: *“I believe at times they give them the title of enfermeiros, but a the doctor here gave us the same name with an ‘a’ at the end, I object to calling these dirty men by it”*³³ (JACKSON, 1901, p. 56).

Já no Hospício Nacional de Alienados a enfermeira afirma que o trabalho na parte feminina estava sob os cuidado de francesas que tiveram algum treinamento, mas que não eram certificadas. Isso porque naquele momento ele era um hospital do Estado e as irmãs não estavam mais empregadas nele (JACKSON, 1901, p. 56).

Jane A. Jackson informa que, à época no Hospital São Sebastião, destinado ao isolamento de doentes com febre amarela, havia um treinamento de homens, que ficava

³³ “Acredito que às vezes dão-lhes o título de enfermeiros, mas como o médico aqui nos deu o mesmo nome com ‘a’ no final, oponho-me a chamar esses homens sujos por ele” Tradução e grifos do autor.

a cargo do Dr. Carlos Seidl³⁴, para a realização dos trabalhos no hospital. E ela teve a oportunidade de ter um desses homens trabalhando ao seu lado no Stranger's Hospital. Segundo Jackson, o enfermeiro era limpo, porém teve que ensiná-lo a realizar a higiene do paciente e a trocar a roupa de cama. De maneira que esse enfermeiro após receber treinamento específico se transformou no melhor funcionário, como pode ser visto no trecho abaixo.

“No hospital S. Sebastião para a febre amarela tem rapazes que foram treinados pelo superintendente, Dr. Carlos Seidl, e há dois anos eu tive um deles, que ainda está comigo. Ele é muito limpo, mas eu tive que ensiná-lo a ensaboar pacientes, lavá-los, fazer camas, etc. Agora é o mais valioso, como ele sabe muita coisa sobre a febre amarela e todas as suas seqüelas, posso deixá-lo sozinho à noite com os pacientes. Ele pode verificar temperatura, pulso, respiração, e também, se o paciente tiver insuficiência do coração, que é muito comum na febre amarela, ele sabe exatamente quando dar cafeína, e eu considero isso uma grande coisa em um brasileiro”³⁵ (JACKSON, 1901, p. 56).

À época o treinamento dispensado a esses funcionários ficava a cargo de médicos, de maneira que eles não recebiam treinamento adequado, de acordo com os preceitos da enfermagem moderna, sendo passados a eles apenas algumas noções dos trabalhos realizados nas enfermarias, deixando de lado os ensinamentos básicos como, por exemplo, os cuidados com a higiene dos pacientes. Apesar do modelo de enfermagem defendido por Florence ser idealizado para mulheres e não para homens, Miss Jackson constatou que homens também poderiam desempenhar a função de enfermeiro desde que recebessem ensino apropriado. Como foi o caso do rapaz que ao receber o treinamento específico de enfermagem dispensado por ela tornou-se seu melhor funcionário.

³⁴ Diretor do Hospital São Sebastião de 1892 até 1911, quando o médico foi convidado para ser diretor da DGSP.

³⁵ Texto original: “In the S. Sebastião Hospital for Yellow-fever they have boys who have been trained there under the superintendent, Dr. Seidl, and two years ago I had one from him, and he is still with me. He is very clean, but I had to teach him how to sponge patients, wash them, make beds, etc. Now he is most valuable, as he knows a great deal about yellow-fever with all its sequel, and I can leave him alone at night with patients. He can take temperature, pulse, and respiration, and also, if the patient should have failure of the heart, which is a very common thing in yellow-fever, he knows just when to give caffeine, and I consider that great deal in Brazilian” (JACKSON, 1901, p.56).

Ratificando a informação contida no relatório de Miss Jane A. Jackson, no que diz respeito ao treinamento de homens realizado pelo Dr. Carlos Seidl, encontramos indícios do funcionamento de um curso de enfermeiros no Hospital São Sebastião. No livro intitulado “A Assistência Pública e Privada do Rio de Janeiro”, publicado em 1922, ao falar sobre o Hospital São Sebastião traz o seguinte dado: “Funciona no hospital um curso de enfermeiros, criado, porém só em 1º de março de 1913”. Aliando essa informação com a de Jane A. Jackson, podemos inferir que o treinamento de enfermeiros já existia, porém o curso foi oficializado apenas em 1913.

Ainda referindo-se a assistência de enfermagem nos hospitais da cidade do Rio de Janeiro, a enfermeira relata que neles os pacientes muito raramente tomam banho e não são trocadas suas roupas de cama (JACKSON, 1901, p. 56). Esse fato pode ser atribuído a ausência ou precariedade de escolas de enfermagem para a formação desses profissionais no período, e que quando tinham algum treinamento este era dado por médicos, como no caso do Hospital S. Sebastião.

Quanto ao trabalho das enfermeiras em São Paulo, Miss Jane A. Jackson solicitou ao superintendente médico do Hospital Samaritano que enviasse a ela informações sobre esse assunto, já que ela não tinha esse conhecimento. Dessa forma, ele respondeu dizendo que no estado não havia sido feito nada para a organização da formação de enfermeiras, e que no Hospital Samaritano era feito o treinamento de suas enfermeiras, sendo exigido a elas três anos de serviço incluindo o trabalho médico e cirúrgico. No término desse período, como prova que o trabalho delas foi satisfatório era conferido a elas um certificado (JACKSON, 1901, p.57).

Como dito anteriormente o Hospital Samaritano foi fundado em 1894 e para realizar o atendimento aos pacientes foram contratadas enfermeiras formadas na Inglaterra. Dessa forma em 1896, Miss Lílian Lees, enfermeira vinda da Inglaterra em

1895, iniciou o curso de enfermeiras, mais prático que teórico, com duração de três anos que conferia as alunas diploma de habilitação expedido pela própria instituição. (CARRIJO, 2007, p. 63).

Para a seleção das candidatas era necessário que elas escrevessem para o hospital solicitando a admissão e falassem inglês, visto que a Matron era inglesa, sendo submetidas a um período probatório. Sendo admitidas apenas aquelas que possuíssem grau suficiente de instrução, de educação e “robustez física”. O curso era realizado no próprio hospital em regime de internato – não havendo, separação entre o local da escola e o hospital. O curso constava de aulas teóricas e de demonstração, três vezes por semana, dada pelos médicos, sendo que grande parte do aprendizado era feito no cotidiano de trabalho, pois aprendia-se acompanhando e ajudando nos diversos serviços das enfermarias (MOTT, 1999, p.340).

Ao término desse capítulo podemos inferir que o Brasil durante esse período começou a se destacar no campo científico principalmente a partir da figura de Oswaldo Cruz, através do sucesso na implementação de suas estratégias no combate a febre amarela e nos resultados obtidos, que a partir de então foi mundialmente reconhecido por seus pares e pela própria sociedade, visto que através do seu trabalho foi solucionado um problema que afetava social e economicamente o cotidiano da população de um país, podendo dessa forma sua estratégia ser replicada por sanitarista de países que se encontravam em situação parecida.

Quanto as possibilidade de atuação de profissionais de enfermagem no campo da assistência médica à época podemos concluir que existia uma demanda para esse tipo de profissional visto que em diversas instituições públicas, privadas e filantrópicas na capital federal (RJ) se utilizavam dos serviços desse profissional.

Porém, em contrapartida a formação desses profissionais na maioria dos casos era precária visto que à época existia uma escassez de escolas próprias para esse fim a exemplo da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros. Dessa forma, a instrução muitas das vezes rudimentar desses profissionais ficava em algumas instituições, a cargo de médicos, como ocorria no Hospital São Sebastião com Carlos Seidl ou por enfermeiras contratadas no exterior como acontecia no Stranger's Hospital, segundo relatado por Miss Jane A. Jackson ao Conselho Internacional de Enfermagem em 1901.

De forma que, ao final desse capítulo podemos inferir que os primórdios da profissionalização da enfermagem brasileira esteve majoritariamente vinculada a assistência hospitalar. Visto que, os médicos, diante da necessidade de ter profissionais atuando ao seu lado na assistência ao doente, tomavam a responsabilidade de instruir esses agentes de acordo com os conhecimentos que julgavam ser importantes para desempenhar a função designada por eles aos enfermeiros, como foi o caso do Dr. Carlos Seidl no Hospital São Sebastião, que treinou enfermeiros para cuidar dos doentes com febre amarela e do Hospício Nacional de Alienados que fundou, anexa a essa instituição, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, na qual os psiquiatras se encarregavam da função de treiná-las.

Outro fato relevante diz respeito ao gênero desses profissionais, que ao contrário do que preconizava Florence, que entendia ser a mulher a pessoa adequada a desempenhar tal função, eram também utilizados homens nos hospitais do Rio de Janeiro. Sendo constatado por Miss Jane A. Jackson, enfermeira norte-americana formada nos moldes da enfermagem moderna que, se os homens fossem adequadamente treinados poderiam também exercer com êxito a profissão.

Capítulo II

AS PROPOSIÇÕES ASSISTENCIAIS DOS REPRESENTANTES DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO IV CONGRESSO MÉDICO LATINO-AMERICANO (1909)

Nesse capítulo, abordaremos as propostas de sistemas assistenciais apresentadas por médicos brasileiros no IV Congresso Médico Latino-Americano que se entre os agentes utilizados em sua estrutura existissem enfermeiros ou profissionais que desempenhassem essa função, pode os mesmos ter outra denominação.

Após análise dos anais do referido congresso foram identificados quatro trabalhos que contemplavam os critérios apontados no parágrafo anterior. Sendo eles: “Quaes os Melhores Meios de Assistencia aos Alienados?” apresentado pelo Dr. Juliano Moreira, “Da assistencia aos doentes nos dispensários” apresentado pelo Dr. Azevedo Lima, “A Inspeção medica dos collegiaes” apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira e por último “Bases para regular a assistencia a infancia” apresentado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Foram escolhidos para representar as diferentes especialidades, médicos, que devido a posição que ocupavam no campo da medicina, seu capital científico constituído pelo “poder institucional e institucionalizado”³⁶ e “seu prestígio”, foram legitimados por seus pares. E como porta-vozes autorizados apresentaram trabalhos onde descreviam e prescreviam sistemas assistenciais aplicados em outros países para que fossem replicados no Brasil e nos países da América-Latina, pois como afirma Juliano Moreira em seu trabalho intitulado Quaes os Melhores Meios de Assistencia aos

³⁶ Está ligado à ocupação de posições importantes em instituições científicas, direção de laboratórios ou departamentos etc., e ao poder sobre os meios de produção e reprodução (BOURDIEU, 2002, p. 35).

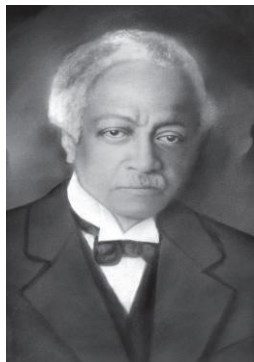
Alienados?, “*aquillo que nos convém não desconvirá aos outros países latino-americanos*” (MOREIRA, 1909, p.2). Deixando claro que o Brasil no que diz respeito à questão da ciência médica estava em pé de igualdade com os demais países da América Latina.

Para desvelar o sentido das propriedades formais dos discursos contidos nos trabalhos apresentados no IV CMLA é necessário referir às “condições sociais de sua produção - ou seja, às posições ocupadas por seus autores”, os médicos, em seu campo de atuação (BOURDIEU, 1998, p. 129).

O capital científico é uma espécie de capital simbólico, o qual é fundado no conhecimento e no reconhecimento, que consiste no crédito atribuído pelo conjunto de seus pares no interior do campo científico. Esse capital proporciona autoridade e contribui para definir não somente as regras do jogo mas também suas regularidades (BOURDIEU, 2003, p.26).

De forma que, escolhidos esses médicos como porta-vozes de suas especialidades médicas no IV CMLA, e imbuídos de capital científico e político, devido as posições que ocupadas por eles no campo médico e científico brasileiro, pretendiam através do discurso herético, romper com a adesão ao mundo do senso comum, vigente à época, produzir um senso e alertar para práticas e experiências até então tácitas ou recalçadas de suas especialidades já utilizadas em outros países e prescrever a seus pares sistemas assistencias para que pudessem ser aplicados no Brasil e na América Latina.

Realizamos a seguir um resumo detalhando os traços bibliográficos inerentes ao capital cultural dos porta-vozes, listados anteriormente, e suas principais posições ocupadas no campo médico e sanitário, para que possamos entender a inserção desses agentes no campo sanitário e desvelar o motivo/circunstâncias pelo qual foram eleitos para representar suas especialidades.



Juliano Moreira

Juliano Moreira nasceu em 06 de janeiro de 1872 na Freguesia da Sé, hoje o espaço do Pelourinho, centro histórico da cidade de Salvador, na Bahia. Em 1886 ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1890, foi interno da Clínica Dermatológica e Sifiliográfica. Em 15 de setembro de 1894, foi nomeado preparador de anatomia médico-cirúrgica, e no mesmo período tornou-se assistente da cátedra de Clínica Psiquiátrica e de Doenças Nervosas iniciando-se a partir daí o seu aprendizado sobre as doenças mentais. Como bolsista e limitados recursos financeiros em curta viagem a Europa frequentou cursos de doenças mentais dos professores Hitzig, Jolly, Flechsig, Krafft-Ebing. Os de clínicas médicas de Leyden e Nothnagel; os de anatomia patológica de Virchow. Visitou os manicômios e clínicas psiquiátricas pelos países onde passava. Neste mesmo ano foi o primeiro cientista a descrever a *Hidroa Vaciniforme*, publicado posteriormente no *British Journal of Dermatology*. Na clínica do professor Pacheco Mendes, em Salvador, realizou o primeiro exame microscópico no Brasil dos casos de Micetoma, *assim como os casos de Goundum*³⁷.

Em 1896, com apenas vinte e três anos ele se tornou o mais novo professor da Faculdade de Medicina da Bahia. Em 1900 participou do Congresso Médico

³⁷ Disponível em: <http://www.memorialjulianomoreira.ba.gov.br/biografia.asp>. Acesso em 5 de junho de 2010).

Internacional em Paris. No ano seguinte, mesmo ausente, foi eleito Presidente de Honra do IV Congresso Internacional de Assistência aos Alienados em Berlim e representou a medicina brasileira no Congresso Médico de Lisboa. Ao final de 1902, precisamente, em 10 de novembro, licenciou-se na Faculdade e viajou para ao Rio de Janeiro juntamente com o amigo Afrânio Peixoto que pensava em fazer concurso para Professor substituto da seção de Higiene e Medicina Legal na Faculdade local. No mesmo ano Rodrigues Alves tomou posse como Presidente da República e nomeou o baiano José Joaquim Seabra como Ministro do Interior e Justiça com quem Afrânio Peixoto gozava de intimidade³⁸.

Em 25 de março de 1903 Juliano Moreira, pouco depois de comemorar seus trinta anos de idade, tomou posse no cargo de Diretor do Hospital Nacional de Alienados na capital federal. Determinado e com tenacidade foi buscando recursos do governo, mobilizou muitos profissionais capacitados, começou a promover reformas materiais e éticas. Retirou as grades das janelas das enfermarias e aboliu os coletes e camisas de força. Recuperou e construiu pavilhões. Criou o Pavilhão Seabra um amplo prédio com equipamentos trazidos da Europa para fazer funcionar oficinas de ferreiro, bombeiro, mecânica elétrica, carpintaria, marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria, vassouraria e pintura.

Após desencadear as ações de transformação interna tomou a iniciativa de enviar ao Ministro J. J. Seabra uma exposição de motivos solicitando as necessárias reformas, não somente dentro da Instituição, mas que se estendia a assistência aos alienados no país. Em 22 de dezembro de 1903 com o Decreto nº. 1132, o Presidente Rodrigues Alves sancionou a resolução do Congresso Nacional e aprovou a Lei Federal da

³⁸ Ibidem

Assistência a Alienados. Logo depois em 1º de fevereiro de 1904 é decretado o Regulamento da Assistência a Alienados no Distrito Federal³⁹.

Junto com Afrânio Peixoto e outros colegas fundou os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins (1905). Instalou a seção de laboratório, dando início as primeiras *punções lombares* e os primeiros exames *citológicos de líquido cefalo-raquiano* (1906). Representou o Brasil no Congresso de Medicina de Portugal criando uma amizade com o Professor Júlio Xavier de Matos fundador do ensino oficial de Psiquiatria em Portugal. Presidiu os Congressos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal de 1906 a 1922. Em 1907 na cidade de Milão no Congresso de Assistência a Alienados foi eleito Presidente Honorário e indicado pela maioria dos congressistas para ser o orador na sessão de encerramento. Passou a fazer parte do Instituto Internacional para o Estudo da Etiologia e Profilaxia das Doenças Mentais.

No mesmo ano participou em Amsterdã de outro Congresso Internacional. Mesmo ausente ao Congresso Neuropsiquiátrico de Viena (1908) foi lembrado para compor o Comitê organizador do futuro Congresso. Representou no ano seguinte o Brasil no Comitê Internacional contra a Epilepsia naquela cidade. Logo depois na Inglaterra participou da Assembléia Geral da Royal-Medical Psychological Association de Londres, presidida por Bevar Lewis onde foi eleito um dos quinze membros correspondentes no mundo. Segue logo depois para Budapeste e como membro organizador, realizou o Congresso Internacional de Medicina para tratar da influência da arteriosclerose na produção de doenças nervosas e mentais. Em Amsterdã tornou-se

³⁹ Disponível em: <http://www.memorialjulianomoreira.ba.gov.br/biografia.asp>. Acesso em 5 de junho de 2010).

membro do Comitê Internacional de redação da *Folia Neurológica*, órgão para estudos de biologia do sistema nervoso com textos publicados na Alemanha.⁴⁰



Azevedo Lima

José Jerônimo de Azevedo Lima nasceu em Campos dos Goytacazes em 30 de setembro de 1850 foi um médico fisiologista brasileiro. Filho de Alexandre José da Silva Lima e de Maria Rita de Azevedo, casou-se com Alzina Clara dos Santos Lima, filha do Visconde de Ibituruna. Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1875, defendendo a tese *Traqueotomia; Cainca considerada farmacologia e terapeuticamente*. De 1879 a 1900 dirigiu Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, introduziu em 1894 o 1º Laboratório de Leprologia da América Latina. Azevedo Lima juntamente com outros médicos engançados na luta contra a tuberculose no Brasil, fundaram no Rio de Janeiro em 1899, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose (hoje Fundação Aaulpho de Paiva), sendo presidente da liga de 1901 a 1912⁴¹.

Inaugurou-se o primeiro dispensário de tuberculose do Brasil de acordo com o esquema de Robert Philips. Em 1905, representou o Brasil no Congresso Internacional de Tuberculose, realizado em Paris. Durante sua presidência na Liga Brasileira Contra a Tuberculose projetou grandes obras como o Dispensário Central da Liga Contra a

⁴⁰ Disponível em: <http://www.memorialjulianomoreira.ba.gov.br/biografia.asp>. Acesso em 5 de junho de 2010).

⁴¹BECKER, Johann; PAZTMANN, Löre; GROSS, Talita. Correspondência de Adolpho Lutz: cartas selecionadas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Apr. 2003 .

Tuberculose “Instituto Azevedo Lima”, Dispensário Viscondessa de Moraes e Sanatório Rainha D. Amélia. Foi Intendente Municipal do antigo Distrito Federal de 1899 a 1902, dedicado especialmente na Luta Contra a Tuberculose e da Lepra no Brasil. Membro da Academia Nacional de Medicina, recebeu do Governo Português a condecoração da Ordem da Rosa⁴².



Clemente Ferreira

Clemente da Cunha Ferreira nasceu em Resende, uma cidade da Província do Rio de Janeiro em 1857. Em 28 de dezembro de 1880, com 23 anos, recebeu o grau de doutor em medicina. Em Resende iniciou sua carreira profissional como médico da Santa Casa de Misericórdia, sem remuneração, e, para sua subsistência atirou-se à vida fatigante de clínico da roça. Em 1883, publicou um ensaio pioneiro sobre o clima de Campos do Jordão no tratamento da tuberculose. Em 1887 partiu para o Rio de Janeiro, dirigiu o Serviço de Pediatria na Policlínica do Rio, durante seis anos. Em 1889, participou da Comissão da Imprensa Fluminense, através de seus serviços gratuitos, para prestar cooperação na pavorosa epidemia de febre amarela que devastou Campinas. A tarefa foi árdua e ao se encerrar a campanha, o povo campineiro mandou cunhar uma medalha de ouro para homenageá-lo e o Imperador D. Pedro II galardoou-o com a comenda da Ordem da Rosa.

⁴² Ibidem

Em 1890, a Academiã Nacional de Medicina lhe conferiu o título de membro titular e dois anos depois discursava Clemente Ferreira, na sessão magna, como orador oficial, denunciando os erros dos governantes em relação aos problemas médicos. Em 1893, publicou no "*Bulletin de Therapeutique*", o seu primeiro estudo sobre a tuberculose infantil. Este foi um dos mais de 200 trabalhos científicos publicados em revistas médicas nacionais e estrangeiras⁴³.

Após ter sido nomeado Inspetor Sanitário, em 1896, fixou residência em São Paulo e combateu, durante quatro anos, a febre amarela que ainda remanesca em diversas cidades do interior. Em 17 de julho de 1899 fundou a Associação Paulista de Sanatórios Populares para tuberculosos (depois chamada de Liga Paulista contra a Tuberculose) tornando-se seu presidente perpétuo. A partir de então, encabeçou uma ferrenha luta contra a peste branca que sorrateira, devastadora e insidiosa dizimava a população paulistana. Em 1902 criou a revista "Defesa contra a Tísica". Através dela, conscientizou a população e as autoridades sanitárias sobre a magnitude da tuberculose e a necessidade imperiosa do governo assumir a luta⁴⁴.

Em 10 de julho de 1904, com um grupo de colaboradores e auxiliado por uma subvenção municipal conseguiu abrir em São Paulo o primeiro dispensário para o tratamento e profilaxia da tuberculose. Foi convidado pelo Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, Dr. Emilio Ribas, em 1905, para dirigir o Serviço de Proteção a Primeira Infância, cargo que desempenhou por largos anos. Viajou, juntamente com Adolpho Lutz, à Paris a fim de participar do Congresso Internacional de Tuberculose, em outubro de 1905, representando o Estado de São Paulo. Permaneceu na Europa estudando as organizações de luta contra a peste branca na França, Bélgica, Alemanha e Portugal. Ao

⁴³ Disponível em: <http://www.sociedadeclementeferreira.org.br/index.php?codconteudo=3>. Acesso em 5 de junho de 2010).

⁴⁴ Ibidem

retornar, publicou relatório completo dos estudos feitos. Em 1908 sensibilizou um grupo de damas paulistas para fundarem a “Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos Pobres”⁴⁵.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro foi fundada em 14 de fevereiro de 1886, no prédio nº 77 da rua do Ouvidor, com a pretensão de ter o maior número possível de médicos associados. Ela foi criada pelos médicos Lucas Antônio de Oliveira Catta Preta, Hilário Soares de Gouvêa, Henrique Alexandre Monat e Marcos Bezerra Cavalcante, com o intuito de democratizar a comunidade médica. Tinha como objetivo promover debates científicos e sua divulgação, buscando defender os interesses da classe médica. A sua atuação voltou-se para a organização de congressos a nível nacional, realizando estudos distribuídos pelas comissões de medicina, cirurgia, farmácia e polícia. Como condições para ingressar no quadro de associados era exigido de seus membros uma referência institucional importante e uma atuação pública reconhecida.

As discussões surgidas nas sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro eram publicadas em periódicos da área médica, como *Brazil Médico*, revista semanal de Medicina e Cirurgia e, mais tarde, organizadas pela própria associação na forma de atas, boletins e revistas.

As primeiras publicações tinham como objetivo divulgar o conteúdo das sessões realizadas mensalmente entre seus sócios. Já os Boletins da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro foram editados anualmente entre 1889 e 1896, contendo informações das atas daquelas reuniões, expressando o prestígio da Sociedade na vida pública.

⁴⁵ Disponível em: <http://www.sociedadeclementeferreira.org.br/index.php?codconteudo=3>. Acesso em 5 de junho de 2010.

Os Boletins apresentavam os programas de higiene e saúde pública, a divulgação realizada na imprensa médica estrangeira e, em geral, temas relacionados às epidemias da época. Em 1890, sob a direção de Manoel Cardoso Fontes, os Boletins passaram a denominar-se Boletins e Memórias da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, mantendo o formato inicial e incluindo as memórias de membros da Sociedade. A segunda publicação, Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro a partir de 1896, tendo-se notícia de que ela circulou até o seu 14º ano (1910). O conteúdo da Revista reproduzia também as atas das sessões e acrescentava os trabalhos científicos de seus membros⁴⁶.

As proposições apresentados no IV Congresso Médico Latino-Americano

Quaes os melhores meios de assistencia aos alienados?

Durante a 5ª Secção de Neurologia, Pysiquiatria Crimeirologia e Medicina Legal, na qual foram apresentados um total de 28 trabalhos, o Professor Dr. Juliano Moreira apresentou o trabalho intitulado “Quaes os melhores meios de assistencia aos alienados? à convite da comissão organizadora do IV CMLA.

O professor inicia seu relatório expressando o desejo particular de que a psiquiatria estivesse numa fase social em que a assistência aos alienados tivesse atingido tal perfeição que eles devessem apenas cuidar da profilaxia das doenças mentais. Porém, enquanto esse dia não chegasse era necessário tratar desses doentes procurando dessa forma melhorar a sorte deles (MOREIRA, 1909, p.1).

⁴⁶ **Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.** Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em 28 Jan. 2011. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

Juliano Moreira se deteve, em seu trabalho, em falar apenas sobre os modelos que mais se assentavam à época em matéria de assistência a alienados insistindo, sobretudo, no que mais convinha ou de que não poderia prescindir no Brasil em sua opinião. Não tratando na ocasião do congresso sobre a história da evolução da assistência aos insanos e dos deveres do Estado para com os doentes (MOREIRA, 1909, p. 1-2).

Segundo Juliano Moreira, com a elevação do alienado a categoria de doente do cérebro a “casa de orates” humanizou-se paralelamente, transformando-se de prisão em depósito e depois em hospital, surgindo quase que ao mesmo tempo a idéia de tratar os loucos em colônias e chegando a perfeição de assisti-los em domicílio (MOREIRA, 1909, p.2).

E segundo consta no relatório a assistência aos alienados no período do congresso se dava da seguinte forma:

- I – Em asylo fechado, quando possível modernizado.
 - II- Em asylos de portas abertas.
 - III – Em colonia agricola anexa aos anteriores.
 - IV – Em colonias familiares anexa ao asylo
 - V – Em colonias familiares perto do asylo.
 - VI – Em colonias familiares independentes.
 - VII – Em aldeias de alienados
 - VIII – Por meio de tratamento em domicilio, desde o inicio da loucura
 - IX – Por meio de tratamento em domicilio em seguida à internação”
- (MOREIRA, 1909, p. 2)

Segundo o autor a prática asilar fechada desapareceria transformando-se em hospital urbano para tratamento dos casos agudos de alienação mental, “*não sendo mais permitida a antiga feição de carcereiro com suas pesadas e correlatos horrores*” (MOREIRA, 1909, p.2). Afirmando que deve ser urbano, pois segundo ele, “*o individuo que enlouquece tem tanto direito a soccorros urgentes quanto o que fractura a perna, ou recebe uma bala*” e que quanto maior e mais densa for a população das grandes cidades maior a necessidade de uma hospitalização imediata (MOREIRA, 1909, p.3).

Embasando-se no que era posto em prática na Alemanha, no que diz respeito a assistência aos alienados, Juliano Moreira tomando posse de seu capital científico, procura pulverizar através de publicações o sistema que julga ser adequado para se implantar no Brasil. Como pode ser comprovado no seguinte trecho:

“Em outros escriptos tenho feito esforços para vulgarizar no Brasil a benéfica influencia exercida pelas 20 clinicas psychiatricas allemães sobre o estudo das doenças mentaes” (MOREIRA, 1909, p. 3).

Dessa forma, toda cidade com mais de 50.000 habitantes teria o dever de ter o seu hospital urbano, com número proporcional de leitos, para atendimento dos casos agudos de alienação mental. E quando isso não for possível deverá pelo menos montar no hospital geral uma enfermaria convenientemente arejada para o tratamento desses doentes (MOREIRA, 1909, p. 3).

Note que o autor refere-se ao ambiente de tratamento dos doentes como enfermarias arejadas e não ao encarceramento como era feito nos hospitais gerais ou guardados nos porões insalubres das Santas Casas de Misericórdia no século XIX. Segundo Loyola (1994, p.58) o louco não era admitido no hospital geral para ser tratado, mas sim porque o mesmo não poderia ou deveria fazer parte da sociedade.

À época do presente estudo, o Hospício Pedro II, como era chamado, já tinha sido desvinculado da Santa Casa. Fato esse que ocorreu em 1890 com a proclamação da República quando passou a denominar Hospício Nacional de Alienados.

O motivo que levou a essa separação foi que com a constituição da psiquiatria como uma especialidade no campo médico, após a reforma do ensino da medicina através da promulgação do Decreto nº 7.247 de abril de 1879, onde criava a Cátedra de Clínica Psiquiátrica nos cursos ordinários das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e mais tarde em 1880, a Cátedra de Moléstias Mentais. Nuno de Andrade, primeiro professor desta Cátedra e diretor do Serviço Sanitário do Hospício de

Pedro II, em 1882, com o argumento de que sua autoridade era tolhida pelas atribuições conferidas às irmãs de caridade, propôs a separação do Hospício de Pedro II da Santa Casa de Misericórdia e que a direção do mesmo passasse às mãos do Estado (LIMA, 2009, p. 4)

As críticas médicas à administração ao Hospício, reivindicavam a *medicalização* do estabelecimento, ou seja, deveria estar na sua direção o poder médico. E, assim contar com uma organização embasada por princípios técnicos, além de fazer com que o hospício se tornasse um lugar de produção e conhecimento próprio da psiquiatria (AMARANTE, 1994, p.75). Assim, a loucura é extraída do discurso religioso passando ao médico a responsabilidade da definição do estatuto de louco, como doente e como incapaz, ou seja, como alguém a ser tratado e protegido (MACHADO, 1978).

Para Portocarrero (2002, p.96), a medicalização significava não apenas reconhecer o louco como doente e transformar o hospício em instituição médica, mas também a definição de um novo estatuto jurídico, social e civil para o alienado: “*o estado de menoridade social*”.

O hospital urbano, quando tenha que comportar um número maior do que trinta doentes, deve ser feito em pavilhões separados. Devendo possuir um pavilhão de observação para os doentes recém admitidos e um pavilhão para os casos agudos com vigilância contínua aos agitados e propensos ao suicídio (MOREIRA, 1909, p. 3).

Ao relatar a importância da vigilância contínua nesse tipo de assistência, Juliano Moreira toca em um ponto de grande valor e que está diretamente ligado a enfermagem. Isso porque o hospício se estrutura a partir do poder disciplinar, baseando-se no tripé do isolamento com vigilância constante, organização do espaço e alocação dos indivíduos nesses espaços classificatórios, com a produção de um registro contínuo. Sendo a

vigilância propriedade essencial do hospício e tarefa fundamental do enfermeiro (LOYOLA, 1994, p.88).

De forma que a presença da figura do enfermeiro nesse ambiente de cuidado se torna indispensável na assistência ao alienado. Admitindo o exposto, sobre a atuação desse profissional o Juliano Moreira afirma que “*Se dermos aos casos novos, tratamento contínuo ministrado por enfermeiro educado em seu mister, diminuiremos até de 50% o número dos que se tornam crônicos*” (1909, p. 2).

Podemos perceber que o médico divide a importância no tratamento desse doente entre o médico e o enfermeiro. A partir do momento que ele atribui ao trabalho desse profissional na assistência aos alienados à responsabilidade em diminuir pela metade o número de doentes que se tornariam crônicos, ele coloca em destaque a função desempenhada pelo enfermeiro. Cabendo ressaltar que esse resultado não seria possível sem a instrução adequada desses profissionais.

Após falar sobre o asilo de portas fechadas Juliano Moreira iniciou sua exposição sobre o segundo tipo de assistência, o asilo de portas abertas:

“Assim como o asylo de portas fechadas vae sendo substituído pelo Hospital Urbano para doenças do cérebro, o Asylo chamado de portas abertas tende a ser absorvido pelo chamado Asylo-colônia, cujo modelo é Alt-Scherbitz⁴⁷” (MOREIRA, 1909, p.4).

O asilo de portas abertas deveria se fundir com o asilo-colônia dando assim um excelente tipo de manicômio moderno. Pois além das vantagens econômicas provenientes dessa prática asilar, pode constituir um excelente centro para todos os outros meios de assistência relatados pelo autor no início do trabalho. Dessa forma o

⁴⁷ O asilo colônia de Alt-Scherbitz ficava perto de Leipzig, na Alemanha.

asilo-colônia foi surgindo aos poucos, ocorrendo na medida em que os alienistas foram se convencendo de que o asilo fechado precisava desaparecer⁴⁸ (MOREIRA, 1909, p.4).

A razão pela qual o autor escolhe o asilo de Alt-Scherbitz como sistema a ser seguido no Brasil, está atribuída às seguintes características descritas por ele:

“ainda é hoje o que reúne maior numero de qualidades, sobretudo porque permite conservar uma boa apparencia de novo, com fácil substituição dos pavilhões, para cujo typo fôr achada modificação valiosa, como ainda porque, na periphéria do estabelecimento, é possível instituir uma excellente colônia familiar” (MOREIRA, 1909, p.4).

A criação desse tipo de estabelecimento para Juliano Moreira foi um progresso considerável na assistência aos alienados na Alemanha e seria também para todos os outros países do mundo. À época outros grandes hospícios anexaram pequenas colônias agrícolas como é o caso do Bicêtre e do Sainte Anne na França e do Hildesheim na Alemanha.

O asilo-colônia deveria ser separado em pavilhões para que houvesse um agrupamento cuidadoso dos doentes de acordo ao tratamento. Dessa forma haveria na colônia um completo “*open-door*” para o doente que, após um período de observação, mostrou ser capaz de gozar de uma certa liberdade.

Esse sistema após ser implantado em países como Escócia, Alemanha, Suíça, Bélgica e Holanda demonstrou que mais da metade dos alienados poderiam gozar de certa liberdade. Porém muitos alienistas ainda encontravam-se receosos com liberdade dada aos doentes, fazendo com que não fosse implantado o sistema *open-door*. Porém Juliano Moreira afirma que o poder de decisão sobre a liberdade do doente é do alienista, pois: “*o alienista existe também para distinguir, entre os alienados, quem*

⁴⁸ A adoção do non restraint e a vulgarização da existência da colônia de Ghell, deram nascimento aos Asilos chamados portas abertas - *open-door* sistema escocês – e as colônias de alienados. (MOREIRA, 1909, p. 4).

póde e quem deve gozar de liberdade” (MOREIRA, 1909, p.5-6). As falhas também eram creditadas ao alienista:

“Com o open-door não aumenta o numero de evasões nem o de suicídios senão nos manicômios em que os alienistas não dedicam aos seus pacientes a atenção que lhes é devida, nem procuram educar o pessoal de enfermeiros” (MOREIRA, 1909, p.6).

Mais uma vez a questão da formação dos enfermeiros(as) aparece como um ponto chave para o funcionamento do sistema de assistência proposto, visto que era esse profissional que estava incumbido de realizar a vigilância constante. Cabendo ressaltar que a educação de acordo com o autor deveria ser realizada pelo médico, deixando de lado os preceitos da enfermagem moderna proposto por Florence.

Sendo o hospital-colônia ao mesmo tempo um hospital, um hospício e uma colônia, foi necessário fazer uma diferenciação das divisões, sendo elas de acordo com as suas funções. Variando essas divisões de acordo com o número de doentes internados em cada um deles e de pessoal de enfermeiros (MOREIRA, 1909, p.7).

Dessa forma é apresentado no quadro abaixo de forma sucinta alguns informes sobre a organização dos diferentes pavilhões em que se deve subdividir um hospital-colônia.

Quadro 3: Organização dos pavilhões do hospital-colônia segundo J. Moreira, 1909.

Divisão dos pavilhões	Características	Informações relativas aos profissionais enfermeiros
<p>Pavilhões de tratamento e de vigilância contínua</p>	<p>Destinam-se aos pacientes de doenças mentais agudas, e que necessitam de intervenção médica ativa, cuidados continuados, vigilância ininterrupta diurna e noturna. Devem possuir um arsenal moderno para o tratamento racional de doenças mentais agudas: banheiras em número proporcional aos doentes e em salas vizinhas das utilizadas para clinoterapia⁴⁹. Não devendo esses pavilhões ter mais do que 25 doentes. Aumenta dia-a-dia a tendência em fazer de acordo com o prof. Kraepelin⁵⁰ duas divisões nesse departamento: uma para calmos e outra para os agitados e insociáveis.</p>	<p>Os enfermeiros nesse pavilhão devem ser no mínimo, na proporção de um para cinco doentes. Sendo a vigília noturna feita por dois enfermeiros – um de nove a uma hora e o outro de uma às cinco da manhã⁵¹. Dessa forma cada enfermeiro permanece de guarda à sala apenas quatro horas, passada as horas ele cuidará de outros serviços do pavilhão, tais como: limpeza do local, banhos, etc. Ocorrendo da mesma forma que Alt-Scherbitz, de maneira que o rigor da vigilância é mantido sem a estafa do pessoal enfermeiro.</p>
<p>Pavilhão de Transição</p>	<p>Destinados a doentes que não tem necessidade de vigilância contínua, todavia ainda não estão aptos a gozarem de liberdade. Nele os doentes estão sujeitos a vigilância menos rigorosa, ficando em observação até que possam ser remetidos a parte colonial do manicômio. Nesses pavilhões ficam pacientes epiléticos excitáveis ou de acessos freqüentes, alienados com tendências eróticas e débeis mentais. Não há neles quarto de isolamento, e deve haver pavilhões para tranqüilos e para agitados.</p>	<p>Não informado</p>
<p>Vilas para os doentes sociáveis</p>	<p>Verificado no pavilhão de transição que o doente é habitualmente tranqüilo, o doente sociável será transmitido para uma das vilas destinadas para tal. Elas tem aspecto exterior de chalés, com varandas portas e janelas abertas. O arquiteto especialista deve variar o arranjo das construções para aumentar para os doentes a ilusão de casa particular.</p>	<p>Não informado</p>
<p>Pavilhão de isolamento para doenças contagiosas</p>	<p>São construídos de acordo com seu destino especial, é o lazareto dos asylos-colônias alemães. O solo é asfaltado, móveis metálicos, desinfetáveis, paredes pintadas a óleo. E em muitos deles com estufa de desinfecção. Os norte-americanos tem adotado barracas para phymatosos⁵². O Hospício Nacional está prestando excelente serviço na enfermaria-varanda a qual foi dada o nome de <i>Simoni</i>.</p>	<p>Não informado</p>

Fonte: Moreira, J. Quaes os melhores meios de assistência aos alienados. Rio de Janeiro. Imprensa Nacional, 1909, p. 7-10).

⁴⁹ A clinoterapia consistia no repouso na cama sendo a primeira medida terapêutica a ser tomada. O doente deveria permanecer no leito para reduzir a excitação cerebral e renovar o sistema nervoso. No caso dos doentes mais agitados, a clinoterapia pode ser garantida com a utilização de amarras (PEREIRA, 2002, p. 37).

⁵⁰ Emil Kraepelin foi um psiquiatra alemão e é comumente citado como o criador da moderna psiquiatria, psicofarmacologia e genética psiquiátrica. Kraepelin referia que as doenças psiquiátricas são principalmente causadas por desordens genéticas e biológicas. Suas teorias psiquiátricas dominaram o campo da psiquiatria no início do século XX e na sua essência, até os dias de hoje. Kraepelin contrariava a abordagem de Sigmund Freud que tratava e considerava as doenças psiquiátricas como causadas por fatores psicológicos.

⁵¹ Para ser perfeita a vigilância permanente diurna deve-se dividir, como Paetz em Alt-Scherbitz, o dia em quatro períodos de quatro horas cada um: de cinco da manhã às nove, de nove até uma, de uma hora da tarde às cinco e de cinco da tarde até nove da noite (MOREIRA, 1909, p.8).

⁵² O mesmo que tuberculosos.

Ao analisarmos as informações contidas no quadro acima, a respeito do trabalho de enfermagem, podemos perceber mais uma vez preocupação dos alienistas com a vigilância dos doentes, porém dessa vez relacionando a qualidade do trabalho com a carga de laboral dos enfermeiros(as).

Como forma de evitar a estafa desses profissionais, realizaram um dimensionamento dos profissionais de enfermagem levando em consideração as necessidades assistenciais dos doentes internados no pavilhão de tratamento e de vigilância contínua, os quais necessitavam de cuidados contínuos e vigilância ininterrupta durante o dia e noite, chegando a proporção de um enfermeiro(a) para cada cinco doentes.

Aliado a esse dimensionamento foi feito também uma divisão na carga horária do trabalho de vigília durante o dia e da noite. Fazendo com que o enfermeiro(a) não realizasse essa função por mais de quatro horas, sendo dessa forma o período da noite dividido em dois horários e o dia dividido em quatro horários. Devendo os mesmos após o término do período de vigilância se ocupar de outros serviços no pavilhão.

Apesar de todos os predicados concernentes ao hospital-colônia, com a superlotação dos manicômios e pensando em diminuir as despesas de instalação de novos hospitais colônias, os mentalistas começaram a imaginar estratégias para utilizar a experiência de Gheel⁵³.

Em Gheel, alienados moravam em casas de famílias de camponeses e se dedicavam juntamente com os camponeses, ao trabalho do campo. A colônia de Gheel, reunia apenas alienados crônicos e incuráveis, que ali encontravam, sendo essa uma situação mais amena que a do manicômio fechado (PESSOTTI, 1996, p.187).

⁵³ Gheel é uma cidade em um município da Bélgica onde localizava-se a colônia de Gheel.

Como estratégia para que a população aos poucos acolhesse os alienados e tratassem como doentes Gheel procedia da seguinte forma:

“Chegados áquella localidade, os doentes eram alojados em uma dependencia da igreja – *Ziekenkamer* – camara dos doentes, assistiam ás cerimônias religiosas, etc. Se passava a novena sem a cura do paciente, lá o deixavam muitas vezes em casa de algum habitante do lugarejo para esperar a próxima festa da padroeira” (MOREIRA, 1909, p.11)

A cidade era visitada por emissários de vários países para observar a organização e estudar a possibilidade de adotar o sistema de assistência familiar em seus países. Porém diante das dificuldades de implantação desse sistema, visto que era indispensável ter uma população morigerada e com hábitos de asseio, procuraram outras alternativas.

Sendo assim, viram que era necessário fazer a aldeia, transportar campônios capazes de guardar doentes. Surgindo então o sistema chamado alemão⁵⁴, isto é, assistência familiar nos arredores do hospital colônia, exercida por empregados da mesma colônia ou por sua família (MOREIRA, 1909, p. 11).

Este que Juliano Moreira, em posse de seu capital científico, defende perante seus pares e procura implantar no Brasil. Tendo como facilitador o seu poder institucional ligado a posição que ocupava como Diretor do Hospício Nacional de Alienados e pelo seu prestígio pessoal, que repousa sobre o reconhecimento de seus pares.

Entre as vantagens do sistema de assistência familiar está a fixação de profissionais enfermeiros(as) ao hospital colônia e a redução de custos:

“Construindo o Estado casinhas e dando-as aos seu melhores enfermeiros casados, fixa-os ao estabelecimento, melhora-lhes a vida dando-lhes habitação mais confortável, fiscalisa convenientemente o trato dispensado” (MOREIRA, 1909,p.11).

“Mesmo fazendo as casas para alojar enfermeiros e doentes sahe muito mais barata a assistencia em taes condições do que na colônia comum” (MOREIRA, 1909, p. 12).

⁵⁴ Juliano Moreira tinha como modelo de assistência hetero-familiar o utilizado o Hospital-Colônia de Uctspringe na Alemanha, em que em sua periferia foram construídas pelo Prof. Alt. Pequenas casas para alojar as famílias de seu melhor pessoal de enfermeiro (MOREIRA, 1909, p.12).

O empregado escolhido para ser responsável pela guarda dos doentes foi o enfermeiro(a). Cabendo ressaltar que essa responsabilidade era atribuída por merecimento, estando ele relacionado com a qualidade dos serviços prestados por esses profissionais no hospital colônia, visto que seriam dadas casas apenas para os bons enfermeiros.

Ademais, essa forma de assistência funcionava também como uma estratégia para fixar os “bons” enfermeiros casados ao estabelecimento, os quais poderiam ter a chance de melhorar a qualidade de vida, dele e da família, mediante a oferta de habitações. Sendo outra vantagem o custo, pois mesmo tendo que construir casas para enfermeiros ainda sim sairia mais barato que assistência no hospital colônia.

Os resultados obtidos por esse sistema na Alemanha fizeram com que a assistência hetero-familiar fosse difundida em todo o território alemão e, segundo Juliano Moreira, esse tipo de assistência é a mais compatível com os princípios de liberdade a que estão habituados os homens e que ao lado da assistência hetero-familiar está a homo-familiar. Daí então surgiu a assistência a alienados no próprio domicílio, a qual originou-se na Escócia e que até o momento do estudo do autor vinha dando bons resultados. Ocorrendo da seguinte forma:

“Sabendo que há em qualquer casa um alienado, a repartição de assistência manda-lhe um alienista. Este examina o doente e decide se convém transportal-o. No caso negativo, propõe o medico á administração manter o paciente em domicílio, dando aquella uma certa quantia á família como auxilio para occupar-se daquelle” (MOREIRA, 1909,p.13).

Juliano Moreira até esse ponto apresentou em linhas gerais todos os modos de assistência a alienados, sendo utilizado no Brasil quase todos os tipos. Cabendo destacar os excelentes resultados obtidos no Hospício Juquery, em São Paulo, no qual Franco da Rocha, Diretor do Serviço de Alienados de São Paulo, implementou nas suas

proximidades a assistência familiar. Mostra ainda sua expectativa em implantar o sistema hetero-familiar em larga escala na capital federal (RJ).

“Tenho esperanças de que o Governo Federal, no correr deste anno, removerá para o continente a colonia de alienados, que entretém na Ilha do Governador. Então, nas redondezas da nova colonia far-se-há em mais larga escala a assistência hetero-familiar” (MOREIRA, 1909, p.13).

Porém, para que seja perfeita a assistência aos alienados havia a necessidade de instrução especializada do pessoal médico dotando eles o conhecimento de tudo quanto a psiquiatria moderna aconselhava. Na luta científica para delimitar o campo de atuação dos psiquiatras como um espaço de aplicação de um saber próprio da área, Juliano Moreira afirma que,

“O desenvolvimento crescente do ensino da clynica psyquiatica fará melhorar cada vez mais a assistencia aos alienados. E’ indispensavel ainda, que depois de tornado obrigatório o ensino psyquiatico, ninguem possa ascender aos cargos médicos da assistência, sem o devido tirocinio na especialidade. Nestas condições, os poderes públicos nunca deverão nomear directores de manicomios a medicos que não tenham especializado no estudo das molestias nervosas e mentaes. Preenchidas essas preliminares, melhora o profissional de enfermeiros, porque nisso se deve empenhar o pessoal medico” (MOREIRA, 1909, p.14).

Depreendemos que, o desenvolvimento da especialização da profissão médica no campo de psiquiatria deveria estar aliado ao desenvolvimento do profissional de enfermagem. Deixando claro que o desenvolvimento da assistência aos alienados está relacionada com a melhoria do pessoal de enfermagem. E para tal era necessário a formação desse profissional, estando essa função de ensino a cargo dos médicos.

Para tanto era necessário garantir, junto aos poderes públicos, o monopólio das ocupações nas instituições de assistência psiquiátrica aos especialistas. Agentes detentores de um capital científico ligado à especialidade e mais comprometidos corporativamente com o grupo na conquista de melhores posições no campo sanitário. E, conseqüentemente, melhorar (adaptar) o profissional enfermeiro as novas demandas

dos sistemas assistenciais da psiquiatria e garantir o monopólio da formação de enfermeiros(as) para os agentes médicos.

Quadro 4: Conclusões do trabalho apresentado por Juliano Moreira no IV CMLA em 1909.

Quanto ao ensino médico	<ul style="list-style-type: none"> - Clínica psiquiátrica dotada de tudo quanto a psiquiatria moderna aconselha para estudar e tratar as doenças do cérebro e de todo o sistema nervoso. - dar a todo candidato ao diploma médico, instrução mais ou menos completa nessas doenças, para o que deve ser obrigatória a freqüência nessa clinica. - entre o 5º e 6º ano o aluno médico deve ser obrigado a ficar, pelo menos durante uma semana, de serviço na clinica ou no hospital urbano dedicado às doenças do cérebro.
Quanto aos meios de assistência aos alienados	<ul style="list-style-type: none"> - Um hospital urbano para os casos agudos de doenças⁵⁵ do cérebro. - Um Hospital-colônia em terreno vasto e fértil, num subúrbio salubre da capital, com elementos para continuação do tratamento aos doentes. - Anexo ao Hospital-colônia, em seus limites, o governo deverá construir casas higiênicas para alugar às famílias de bons empregados, que poderão receber pacientes suscetíveis de serem tratados em domicílio. Fazendo dessa forma a assistência familiar. - Se nos arredores da colônia houver gente idônea, a quem se possa confiar alguns doentes, poderá ser estendida a assistência hetero-familiar e até tentará a homo-familiar.
Quantitativo de pessoal médico	<ul style="list-style-type: none"> - O pessoal médico deve ser, no mínimo, de um alienista para 100 doentes. Na clínica e no hospital para os casos agudos deve haver maior número de médicos para aquela cifra.
Quanto ao pessoal de enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> - Não basta tudo isso para que seja perfeita a assistência aos alienados da cidade: é indispensável que haja pessoal médico e de enfermeiros idôneo e suficiente para o serviço especial de tratar alienados. - A proporção de enfermeiros deve ser, na média, de um para sete ou oito doentes. - A educação profissional dos enfermeiros deve ser motivo de especial cuidado por parte dos médicos de cada manicômio.

Moreira, J. Quaes os melhores meios de assistência aos alienados? Rio de janeiro. Imprensa Nacional, 1909, p.15-16

Juliano Moreira chama atenção em seu trabalho para três pontos importantes na assistência aos alienados. A especialização por parte dos psiquiatras, pois dessa forma poderiam lutar para assegurar, no mercado de trabalho, sua posição nas instituições psiquiátricas do campo sanitário. E os outros dois pontos relacionados a enfermagem, sendo o primeiro quanto a instrução desse profissional, que deveria ser de responsabilidade dos médicos, talvez afim de assegurar a dominação desses agentes

⁵⁵ Nesse ponto Juliano Moreira afirma que se desengorgitassem o HNA de tantos doentes crônicos ele daria um excelente hospital urbano para o tratamento de doenças mentaes.

sobre os enfermeiros(as). Devendo eles serem educados para o que devem fazer e sobretudo para o que não devem fazer.

O outro ponto importante é a carga horária, pois preocupado com a vigilância dos doentes, que era fundamental para a concretização do sistema assistencial, propôs um dimensionamento desse pessoal. Não devendo passar de um enfermeiro(a) para sete ou oito doentes.

Porém não era isso que ocorria no HNA no período do IV CMLA, pois no Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores de 1909, o próprio Juliano Moreira relata que devido a superlotação do hospício e a conseqüente sobrecarga de trabalho dos enfermeiros(as), eles não conseguiam freqüentar a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e por isso a mesma naquele ano não funcionou⁵⁶.

Da assistência aos doentes nos dispensários

Durante a 4ª seção de Higiene, Climatologia, Demografia e Assistência Pública do IV Congresso Médico Latino-Americano, na qual foram apresentados 49 trabalhos o Dr. Azevedo Lima apresentou o trabalho intitulado “Da assistência aos doentes nos dispensários”.

A idéia de prestar a assistência através de dispensários surgiu em 1875, na cidade de Havre, na França, quando o Dr. Gilbert fundou um dispensário, o qual dedicava-se ao tratamento de crianças indigentes da cidade. A intenção não era apenas substituir a assistência em domicílio pelo socorro público, mas sim resolver a questão da insuficiência de hospitais para a admissão e tratamento, conveniente, das crianças

⁵⁶ (RELATÓRIO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES, 1909, p. 119).

doentes. Além de ter a vantagem de reduzir a assistência nos hospitais, reservando-o para o atendimento de doenças mais graves.

Nos dispensários seria combinando a assistência médica, em um instituto, com a assistência alimentar no dispensário. O Dr. Gilbert visava conjugar a ciência do profissional com o preparo educativo de seus clientes e de suas famílias em matéria de higiene e de solidariedade no lar doméstico, tendo a participação de auxiliares para a educação. Acreditando Azevedo Lima que:

(...) “desse modo, achou elle um meio hábil para efficaz applicação dos recursos therapeuticos, para a vigilancia frequente da evolução da molestia, como para a educação e participação activa das familias na assistencia ás pessoas do mesmo lar, tudo realizado sob as vistas de auxiliares incumbidos de acompanha os detalhes” (LIMA, 1909 p.355).

Esta forma de assistência iniciada em Havre para tratamento de crianças se estendeu e passou a ser aplicado também a adultos servindo de modelo a outros institutos. Assumindo em suas variadas modalidades uma feição de ordem social em sua aplicação às chamadas moléstias populares. À exemplo, podemos citar os dispensários anti-alcóolicos, contra a avirose etc. Porém Azevedo Lima tratou, em seu trabalho, apenas sobre os dispensários que se destinam contra a tuberculose.

Depois da concepção sobre o contagiosidade e a curabilidade da tuberculose passou todo o mundo civilizado por um momento de propaganda dos meios de profilaxia. Isso porque mesmo sendo à época a mais conhecida das moléstias, bem como seus fatores etiológicos e patológicos a doença era, apesar de evitável, a mais freqüente na população (LIMA, 1909, p.355).

No Brasil, a configuração do espaço urbano deteriorado e o baixo nível das condições de vida da população, constituída pelo proletariado que morava em estalagens e cortiços, na maioria das vezes em péssimas condições, facilitavam a disseminação da

tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, em fins do século XIX e início do XX. Na cidade do Rio de Janeiro, capital federal, à semelhança de outros países, a tuberculose era a maior responsável pela mortalidade (NASCIMENTO, 2008, p. 145).

A figura abaixo, representa graficamente o alto número de mortes caudadas pela tuberculose, ficando o problema mais evidente a partir da comparação com os índices de mortalidade de outras doenças transmissíveis como a gripe, a varíola, o paludismo e o sarampo conforme apresenta a figura.



Figura 1: Legenda: Representação gráfica do impacto da tuberculose em relação a outras doenças infecciosas no Rio de Janeiro no período de 1903 a 1930. Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Nessas condições o dispensário de tuberculose, segundo Azevedo Lima, agiria:

“por todos os modos como um instrumento educador, impondo, aconselhando, doutrinando, representa um factor na campanha contra a tuberculose, como arma forjada pela dificuldade, sinão impossibilidade econômica de construção de sanatórios em número suficientes para combatê-la e caracteriza, por outro lado a evolução da propaganda – principalmente para a prophylaxia”(1909, p. 355).

Segundo o médico, frente a adaptabilidade dos dispensários a necessidade de cada cidade o dispensário alia assistência à profilaxia. Nesse caso, ele representa para as classes mais pobres “um centro para qual são attrahidas como alvo, não para o tratamento meramente individual, sinão especialmente para educação e assistência simultaneas dos doentes e de suas famílias” (LIMA, 1909, p.355).

Quanto ao modelo de dispensário, Azevedo Lima tem como referência o “Victoria Dispensary for Consumption”, fundado pelo Dr. Robert Philip em Edimburgo na Escócia, em 1887⁵⁷. O dispensário de “Emile Roux”⁵⁸, fundado em 1901 na França pelo Dr. Albert Calmette, que foi considerado o primeiro dispensário do país.

⁵⁷ O estabelecimento era simples e de baixo custo, tinha por função o tratamento de tuberculosos, a descoberta de focos de contágio da doença, a vigilância e educação sanitárias. A idéia de uma instituição dessa natureza não se difundiu imediatamente, só vindo a ser acolhida na Bélgica em 1899, e, mais tarde, na França e Portugal (NASCIMENTO, 2008, p.154).

⁵⁸ Dispensário que realizava a tarefa permanente de educação higiênica, vigilância sanitária e de inquérito social. Calmette considerava que era mais importante frear a propagação da doença, ficando o cuidado para depois. (ALVAREZ, 2009, p.26)

Quadro 5: Características do Victoria Dispensary e do dispensário e Emile Roux.

	Victoria Dispensary	Emile Roux
Localização e fundação	Fundado em 1887, em Edimburgo na Escócia.	Fundado em 1901, em Lille na França.
Função Principal	Representa o papel de agente intermediário de assistência entre o hospital especial, para onde são mandados os tísicos com doença avançada, e o sanatório, destinados aos que ainda estão no início da doença	Tem como função essencial, a profilaxia anti-tuberculosa na família. É um instrumento exclusivo de preservação. Não incluindo assistência profilática.
Funcionamento	Representa o papel de agente intermediário de assistência entre o hospital especial, para onde são mandados os tísicos com doença avançada, e o sanatório, destinados aos que ainda estão no período inicial da doença ⁵⁹ . Procura atrair os doentes, examina-os e procede o exame bacteriológico dos escarros; instrui não só os doentes como as suas famílias sobre os perigos da infecção e meios de prevenir, fornece medicamentos necessários, escarradeiras, desinfetantes e o alimento aos mais necessitados e desamparados.	Tem como função essencial, a profilaxia anti-tuberculosa na família. É um instrumento exclusivo de preservação ⁶⁰ .
Agentes	O trabalho é realizado por médicos e irmãs leigas competentemente instruídas para o duplo encargo do tratamento, da observação das condições de vida do doente e de sua família, bem como a vulgarização de providências no tocante ao perigo da infecção a que estão sujeitas as pessoas que moram na mesma casa.	A vigilância constante é feita por um monitor de higiene ou agente social ⁶¹ . Função dos agentes sociais: Procura os doentes e suas famílias, educa-os, determina-lhes a forma e o modo de assistência que mais convêm a cada caso particular, faz sanear os aposentos e despejar as casas insalubres indica as obras de beneficência e os infortúnios a socorrer.

Fonte:Lima, A. Da assistência aos doentes nos dispensários. 1909, p. 355 - 356).

Ao observarmos as informações contidas no quadro acima podemos perceber a presença de dois agentes (irmãs leigas e o agente social) que poderiam ter suas funções desempenhadas por enfermeiras como ocorria em países como os EUA e Inglaterra, locais onde o ensino da profissão era mais avançado.

⁵⁹ Ficarà a cargo dos dispensários os doentes que por algum motivo não quiserem ou não puderem ser admitidos nesses estabelecimentos, bem como os doentes que receberam alta dos sanatórios. A função dele nesse último caso é de acompanhar o surgimento de qualquer manifestação importante de reincidência da doença.

⁶⁰ Fazem mais, prodigalizam no domicilio dos doentes, conselhos de higiene, cuja observância exigem em troca das vantagens materiais que podem proporcionar.

⁶¹ O agente social é um homem que o Dr. Calmette vai buscar no povo.

Com o advento da microbiologia e parasitologia novos modos de ação foram se desenhando para o combate das doenças consideradas epidêmicas, o que foi bem caracterizado pelas ações de Oswaldo Cruz principalmente no combate a febre amarela.

Dessa forma as autoridades sanitárias se voltaram cada vez mais para o estudo dos problemas de interesse sanitário, ou seja, na luta contra as doenças transmissíveis. Porém, para tal fim era necessária a colaboração do grande público e já que estão intimamente ligados à mudança dos hábitos individuais de vida.

Chegando as autoridades a conclusão de que “somente a educação pode fazer mudar os hábitos individuais” pautando-se no que dizia o médico americano Dr. Winslow⁶² “A educação é o problema central da moderna saúde pública” (FONTENELLE, 1922, p. 447).

Ainda sobre a educação sanitária Fontenelle (1922, p.453) afirma que:

“O ensino da hygiene individual é a base da garantia e aperfeiçoamento de cada pessoa, como imprescindível necessidade para a organização pública, porque basta, muitas vezes, que alguns indivíduos se furtem ao cumprimento de obrigações para com a saúde coletiva, para que não logre êxito a execução de medidas, que custam quase sempre grande sommas á comunidade. Do contrário haverá a necessidade do emprego dos meios coercitivos, para compellir os infractores das leis e regulamentos sanitários ao cumprimento de suas obrigações, porque as autoridades só dispõem de duas modalidades de ação para obter que os indivíduos se sujeitem ás imperiosas leis da hygiene: a educação e a coerção”.

Em linhas gerais, as ações de combate a tuberculose diretrizes no final do século XIX estiveram centradas em dois estabelecimentos: o dispensário e o sanatório. O primeiro se dedicava à procura dos focos de contágio, à difusão de noções de higiene e à prestação de assistência médica e social aos doentes inscritos, e o segundo estava voltado ao isolamento nosocomial e tratamento continuado (ANTUNES et al., 2000, p. 369). Pretendendo através desse binômio dificultar a disseminação da doença.

⁶² Trata-se de Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957), um dos mais notáveis líderes na área da saúde pública nos Estados Unidos e no mundo (CANDEIAS, 1988, p. 354).

No Brasil, até o final do século XIX e início do século XX, o atendimento aos tuberculosos ficava concentrado nas Santas Casas, onde não havia áreas reservadas para o isolamento de doentes infectantes. As primeiras iniciativas voltadas à organização de serviços diferenciados de atenção aos tuberculosos foram movidas no campo da filantropia, em especial por intermédio da Liga Brasileira contra a Tuberculose, no Rio de Janeiro e, em São Paulo, da Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos, associações criadas pelas elites médica e intelectual (ANTUNES et al., 2000, p. 370).

Tomando a responsabilidade da questão da tuberculose, as elites médicas e intelectuais do Rio de Janeiro criaram, em 4 de agosto de 1900, a Liga Brasileira contra a Tuberculose (LBCT), como instituição de caráter filantrópico. Tendo como propósito a propaganda maciça na imprensa e em conferências públicas para esclarecer a população sobre o caráter curável da doença e a forma de evitá-la. Pretendeu construir sanatórios onde o tuberculoso pudesse buscar a cura pela alimentação, o bom ar e repouso, objetivo este que não chegou a se concretizar pelo seu alto custo, mas criou dispensários onde prestava educação higiênica e assistência médico-social (NASCIMENTO, 2008, p. 144).

Os dispensários, por serem menos dispendiosos que o sanatório, foram incluídos no segundo estatuto da LBCT, de 26 de dezembro de 1901, propondo-se a prestar gratuitamente conselhos e consultas aos enfermos de tuberculose e, quando os recursos da Liga o permitissem, medicamentos gratuitos (NASCIMENTO, 2008, p. 154) .

Dessa forma, A LBCT criou seu primeiro dispensário em 26 de janeiro de 1902, que tomou o nome de Dispensário Azevedo Lima⁶³. O serviço prestado era basicamente de educação higiênica e assistência médica, inclusive com atendimento domiciliar, caso o doente não pudesse se locomover até ele. O diagnóstico bacteriológico para identificação do bacilo no escarro era também realizado ali. Sendo o segundo dispensário criado apenas em 1911 e denominado Viscondessa de Moraes, tinha como objetivo prestar atendimento à população do bairro de São Cristóvão, refletindo sua preocupação com a instalação de unidades dispensariais em bairros operários (NASCIMENTO, 2008, p. 154-155).

Então a partir da experiência adquirida por Azevedo Lima no dispensário da LBCT, que recebia seu nome, e preocupado com a maneira de atrair os doentes, o médico chega a conclusão que para que essa aproximação do doente ao dispensário ocorra além dos conselhos higiênicos e dietéticos era necessário fazer um tratamento através da medicalização.

Dessa forma o dispensário destinado a luta contra a tuberculose, deveria aliar a assistência profilática e educadora dos doentes e de suas famílias, sem esquecer que essa é sua principal função, a assistência alimentar para os mais necessitados bem como a terapêutica. Tendo todos esses esforços a finalidade de atrair os doentes.

“o que mais atrai o doente não é a esperança de conselhos hygienico-dietéticos: o que ele procura antes de tudo é um remédico. Perante seu infortúnio, que lhe importa, a elle que só pensa em se ver alliviado, ouvir esses conselhos com o intuito de evitar o perigo aos sãos? Si o quizermos reter para fins profiláticos, é preciso medicá-lo”(LIMA, 1909, p. 356).

“os socorros de medicamentos e de alimentos constituem um meio excelente para attrahir os doentes e para os reter, tornando-os obedientes aos

⁶³ Instalado no 2º andar do prédio nº37 da Rua Gonçalves Dias, sendo inaugurado no dia 26 de janeiro de 1902. Seu horário de funcionamento era de 10 às 17h. (ASSISTENCIA PÚBLICA E PRIVADA DO RIO DE JANEIRO, 1922).

preceitos e às noções que elle já ouviu do “agente social” em sua casa e que o medico lhe repetirá mais detidamente no dispensario com a auctoridade profissional”(LIMA, 1909, p. 356).

A medicalização é uma estratégia utilizada para se “fazer ver” e “fazer crer”. A partir do momento que esse indivíduo tem suas necessidades atendidas, ou seja, é aliviado de seus sintomas através da medicalização, ele passa a atribuir a instituição um prestígio e, dessa forma, passa a ser atraído a escutar os conselhos higiênicos dispensados nesse estabelecimento. Já a assistência alimentar seria uma estratégia social, visto que a população atendida nos dispensários era pobre e necessitada, sendo outra forma de atraí-los.

Outro ponto que vale ressaltar em sua fala é a questão da dominação do médico nesse campo em relação ao “agente social”. Visto que atribui a figura do médico a autoridade profissional.

Azevedo Lima lembra ainda que:

“O que, porém, mais contribue para dar aos dispensários um caráter prático e popular é sua adaptabilidade orgânica e funcional ás condições do meio em que ele tem que agir, bem como o papel daquelle agente, seja ele representado pelo próprio agente médico ou irmãs leigas, ou melhor por um homem do povo, que para esse mister, tenha adquirido fino trato e experiência” (LIMA, 1909, p. 357).

É fácil entender porque Azevedo Lima acredita ser o melhor agente social, um homem do povo. Esse agente faz parte do cotidiano daquela comunidade, e conhece as condições do meio em que ele vai agir. Mas chamamos atenção para um ponto fundamental, que é o treinamento desse agente. Partindo do entendimento de que este não tem conhecimento sobre o assunto, fazia necessária uma instrução prévia da função a desempenhar.

Sobre a instrução dos agentes que iriam realizar a educação higiênica Fontenelle afirma que:

“Se a necessidade de educação hygienica vai imperiosamente se impondo para todos os indivíduos... o desempenho das actividades correspondentes aos multiplos trabalhos incluídos no programmas das cidades e dos campos exige, para seu completo exito, a existencia de pessoal especializado, convenientemente instruído e continuamente aperfeiçoado”

“não se póde conceber um grande serviço sanitário sem instrução de pessoal inferior conveniente mente instruído, para diferentes misteres, e de cijos esforços, limitados e parceaes, provirá a grande obra, pela articulação, orientação e fiscalização devidas aos funcionarios superiores” (1922, p. 454).

Tomando como exemplo a postura de Oswaldo Cruz na campanha contra a febre amarela, Fontenelle afirma que o sanitarista instruiu seus serventes e chefes de turma nos pequenos segredos sobre a profilaxia anti-culicidica de febre amarela para levar a cabo sua tarefa de combater a doença.

Construímos a tabela abaixo com base nas informações contidas no trabalho de Azevedo Lima sobre as atividades realizadas pelos agentes sociais durante a visita.

Quadro 6 - Atribuições do Agente Social descritas por Azevedo Lima no IV CMLA, em 1909.

Atribuições do Agente Social
É o agente quem em suas visitas freqüentes aos doentes inscritos, vela pela sua saúde e das respectivas famílias.
Ministra-lhes instruções úteis, aconselha-os em linguagem terra-a-terra e em palestras de camaradagem, apanha a pista de um tuberculoso em fase germinativa e providencia para o diagnóstico e tratamento oportuno.
Distribui folhetos e inscritos avulsos contendo noções elementares de higiene.
Escuta as queixas e obtém informações úteis sobre o modo de vida e as condições do doente e de suas famílias, e recursos ⁶⁴ .
Explica o uso das escarradeiras e dos antisépticos , como os do álcool, os perigos da varredura a seco, o do contágio pelo escarro e pelo leite suspeito.
Pelas informações que coleta, habilita o dispensário aos seus fins sociais e filantrópicos , quando não é o próprio doente que consciente dos benefícios que pode obter vai espontaneamente declarar sua moléstia ou pedir que se faça o diagnóstico.

Fonte: LIMA, A. Da assistência aos doentes nos dispensários. 1909, p. 357.

As vantagens de se ter o agente social fazendo visitas em domicílio e levando aos doentes e sua família informações sobre a profilaxia das doenças são pautadas na empatia e na confiança que as pessoas depositam nesses agentes, visto que eles são pessoas do povo, chamados até mesmo de camarada, pois estão inseridos no cotidiano da comunidade e vivenciam a realidade em questão. De forma que os doentes poderiam se sentir mais a vontade em confidenciar informações sobre a realidade cotidiana da família, se comparados com os profissionais médicos que pela posição de autoridade poderia acabar coagindo a população.

Assim, através dos elementos colhidos durante uma conversa aparentemente sem pretensões, aliado a um conhecimento elementar sobre a doença obtido após um

⁶⁴ As informações deveriam ficar consignadas em papeleta individual para as providências que estiverem ao alcance dos dispensários, tais como desinfecção do prédio ou cômodo habitado pelo enfermo ou condenação do mesmo nos casos cabíveis em lei.

treinamento específico, os agentes sociais são capazes de identificar novos casos e elementos que podem favorecer a disseminação da doença.

Ainda sobre a importância desse agente na profilaxia junto às classes populares e reafirmando o que foi dito anteriormente, Azevedo Lima conclui sua apresentação afirmando que:

“As classes populares, não raro pouco atentas aos conselhos que no dispensário lhes dá o profissional, retêm e seguem com summa confiança os que lhes são ministrados em sua casa pelo camarada da mesma categoria que mais de perto lhes conhece os hábitos e as dificuldades da vida. Dahi resulta que devem ser frequentes as suas visitas domiciliares, não só para refrear as phantasias dos doentes e de suas famílias, como manter entre elles esse estado de sugestão que os leva á prática continuada dos conselhos e das prescripções dados para confortal-os em seus transes de tristeza” (LIMA, 1909, p.357).

Cabe destacar que essa função de agente social em países mais adiantados, citando o exemplo dos Estados Unidos em particular, era realizado por enfermeiras visitadoras. Segundo Fontenelle (1922, p. 456) em 1903 foi iniciado esse serviço de enfermeiras visitadoras de tuberculose na cidade de Nova York, especialização que depois foi adotada para a Higiene infantil, maternidade, higiene mental entre outras.

O desenvolvimento dessas profissionais foi seguido de uma rápida extensão de empregos pois em 1916 já existiam mais de 5.000 empregos (FONTENELLE, 1922, p. 456). Podemos atribuir esse número expressivo de empregos aos resultados obtidos do trabalho realizado por essas enfermeiras nas visitas domiciliares.

Convém citar que a primeira organização de enfermeiras visitadoras, denominadas *District Nurses*, ocorreu em Liverpool na Inglaterra em 1859 através de William Rathbone, comerciante e filantropo inglês, o qual se associou a Florence Nightingale e

devido a falta de profissionais treinados fundou em Liverpool em 1863 uma Escola de Enfermagem⁶⁵.

Cabe ressaltar, no dispensário da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, o trabalho de visitação ao domicílio era feita por médicos ou através dos “agentes visitantes” dos dispensários. Em 1907, o diretor do Dispensário Azevedo Lima, Dr. Plácido Barbosa, adotando o modelo de organização semelhante ao Victoria Dispensary em Edimburgo, contratou para auxiliar no serviço sanitário do dispensário dois “agentes visitantes”⁶⁶.

Acreditamos que a contratação desses dois agentes visitantes, pelo Dr. Plácido Barbosa, esteja relacionado com o Art. 40 do Estatuto da Liga Brasileira Contra Tuberculose aprovado em 9 de maio de 1907. Nele, fica estabelecido que cada dispensário deveria ter um ou mais “agentes inspetores”, que inferimos ser os “agentes visitantes”, conforme apresentado no fragmento abaixo:

“Art 40 - Cada Dispensário terá um ou mais *agentes de inspeção*, nomeados pelo Presidente, aos quaes incumbirá a vulgarização dos preceitos de hygiene e prophylaxia ás famílias dos doentes, e nos pontos onde possa existir o mal, apresentando ao Director do Dispensário todas as informações relativas as condições de vida de cada doente e da casa ou commodo em que este habita” (ASSISTENCIA PÚBLICA E PRIVADA, 1922, p. 309).

A Inspeção médica dos collegiaes

Durante a 4ª seção de Higiene, Climatologia, Demografia e Assistência Pública do IV congresso Médico Latino-Americano, na qual foram apresentados 49 trabalhos, o Dr. Clemente Ferreira apresentou o trabalho intitulado “A Inspeção Médica dos Collegiaes”.

⁶⁵ Conteúdo disponível em: http://www.districtnursing150.org.uk/history_william_rathbone.htm. acessado em 15 de dezembro de 2010.

⁶⁶ ASSISTENCIA PÚBLICA E PRIVADA, 1922, p. 309-314.

Nele o médico defende o dever do Estado em adotar precauções para assegurar a instrução das crianças, para que esta não seja feita de modo a favorecer a disseminação das moléstias infecciosas e conseqüentemente produzir o depreciação corporal e a decadência física. Sendo a ocorrência de epidemias de sarampo, coqueluche, escarlatina e difteria, entre os colegiais, causas freqüentes de interrupção dos trabalhos escolares. As conseqüências dessas doenças muitas das vezes eram desastrosas para as crianças, e quando não acarretam incômodos permanentes para as crianças, interrompem por muitos anos o ensino do aluno.

Nesse período, os higienistas imbuídos do ideário do saneamento moral, lançaram seus olhares e cuidados principalmente sobre os pobres, as prostitutas, os loucos, as crianças e todos os locais e grupos que, segundo eles, de alguma maneira, precisariam ser tutelados para que melhorassem suas condições de higiene e não oferecessem danos ao restante da população. E, em meio a esse movimento a figura da criança se destacou e passou a aparecer nos discursos médicos. Proteger a criança passou a ser prioridade, pois seria a partir do cuidado com os pequenos que estaria evitando o desenvolvimento de futuras degenerescências, fardos e perigos sociais. Sendo esses discursos sobre a infância especificamente sobre prevenção e profilaxia (SILVA E GARCIA, 2010, p. 614- 615). Dessa forma os olhares dos higienistas voltaram-se para instituições como a escola, sob o argumento de proteção à infância.

Cabe destacar que a história da proteção à infância no Brasil foi marcada pela emergência do modelo de família baseado nos moldes burgueses e normatizado pelo saber científico que logo ganhou espaço no meio jurídico e produziu “legalidade”, legitimando a ação do Estado junto àqueles que se constituíssem enquanto desviantes de determinadas normas sociais vigentes (SILVA E GARCIA, 2010, p.616).

Segundo o médico, “o reconhecimento precoce do mal pelo exame competente e a evicção do aluno enfermo constituem uma medida preservadora e que remove os perigos da estadia escolar” (FERREIRA, 1909, p. 375). Assim, a identificação precoce de uma doença transmissível é uma das justificativas para a inspeção médica dos escolares, evitando dessa forma a disseminação da doença nas salas de aula entre os alunos. De maneira que:

‘Do ponto de vista educativo, bem como da saúde pública, cumpre pôr em ação os meios necessários para que as escolas primarias e os jardins da infância não se convertam em factores de disseminação das moléstias específicas, diz Watt Smyth. Corre-nos a obrigação de proteger a criança, uma vez que compelimos a freqüentar a escola, pois cerca de 20% da população de todo o paiz verdadeiramente civilizado são estudantes ou collegiaes. Enorme proporção que nos impõe o dever de providenciarmos”(FERREIRA, 1909, p. 375).

O discurso oficial sobre a higiene e a educação infantil, especialmente quando voltado às crianças das classes subalternas, tinha como motivo não só o desejo de parecer europeu: médicos, juristas e educadores ocupados com as questões da infância também estavam assombrados pelo fantasma da sina do atraso que supunham inscrita na constituição orgânica da maioria não-branca, e participavam do empenho em regenerar a raça e colaborar na construção do futuro do país através de medidas corretivas e profiláticas que, ao mesmo tempo em que davam alento à esperança de pôr o país no rumo das nações civilizadas, conjuravam o medo do domínio da multidão, do "caos urbano" e da revolução social (PATTO, 2004, p.208).

Após uma breve introdução ressaltando a importância da inspeção escolar o médico faz um resumo histórico sobre essa atividade no mundo. Segundo ele desde 1869 as questão da inspeção médica dos colegiais constituem um importante tema de debate em vários congressos científicos e um valioso assunto de memórias, comunicações em congressos internacionais de higiene.

Quadro 7: Inspeção escolar e a atuação profissional no âmbito internacional em 1909.

País	Situação em que se encontra a inspeção escolar no país	Tipo e número de profissionais atuando nesse campo no período do estudo
França	- Em 1833, 1837 e 1842, foram votadas disposições legislativas concernentes à inspeção escolar e aos médicos das escolas. - Desde o ano de 1892 que os médicos da Assistência Pública tem por obrigação inspecionar as escolas e examinar sistematicamente os alunos.	- Atualmente (no período referente ao estudo), todas as instituições de ensino da França tem inspetores médicos. Sendo que em Paris possui 100 médicos escolares.
Bélgica	- Em 1874 foi criado em Bruxelas a inspeção médica semanal das escolas.	- A capital Belga conta com 52 médicos escolares estando sob jurisdição da repartição de higiene
Egyto	- Desde 1882 o país dispõe do serviço de inspeção médica escolar.	- A cidade de Cairo dispõe de um médico escolar e de dois assistentes para a inspeção médica de 5.000 alunos.
Chile	- Desde 1888 foi exigido que médicos escolares visitassem as escolas, ao menos uma vez por mês, para inspecionar as condições sanitárias dos estabelecimentos de ensino e das circunvizinhanças e se inteirarem do estado de saúde dos colegiais.	Não informado
Argentina	- Em 1884, graças ao esforço do Higienista Emilio Coni, foi promulgada uma lei tornando obrigatória a inspeção higiênica e médica das escolas. - Em 1885, o Conselho Nacional de Educação, nomeou os dois primeiros médicos escolares. - Outras cidades do país também possuem um bom serviço de inspeção médica escolar.	- O corpo médico escolar de Buenos Aires é composto de um diretor ⁶⁷ e 10 médicos escolares para uma população escolar de 100.000 alunos.
Japão	- Em 1903, foi organizado o serviço de inspeção médica. - Todas as cidades com mais de 5.000 habitantes são obrigadas a nomear médicos escolares, cujos deveres são definidos por lei, figurando entre eles uma visita mensal a cada escola.	- Existem no país 8.424 médicos escolares.
Alemanha	- O serviço de inspeção escolar é perfeito, sobretudo na capital.	- Existem 676 médicos escolares.
Rússia	- A inspeção médica foi instituída em 1871	- Moscou possui seis médicos que fiscalizam 72 escolas primárias.
Inglaterra	Não informado	Para cada escola tem um médico escolar e duas nurses.

Ferreira, C. A Inspeção Médica dos Collegiaes, 1909, p. 376-377.

Sobre as informações contidas no quadro acima podemos depreender que esse tipo de estratégia utilizada para debelar a proliferação das doenças transmissíveis no ambiente escolar foi amplamente empregada em diversos países da Europa e em dois da América latina.

O médico Clemente Ferreira destacou que a Bélgica é um dos países mais adiantados nesse particular. Em Bruxelas, Antuerpia, Louvain, Liege e outras cidades,

⁶⁷ Ao diretor do corpo médico incumbe a obrigação de publicar, com regularidade, os dados e observações colhidas no serviço e de fazer conferências sobre os preceitos de higiene pessoal e escolar.

médicos são nomeados para manterem constante vigilância sobre as condições sanitárias das escolas, examinarem as plantas dos edifícios para as instalações escolares, fiscalizarem execução das regras relativas à disposição da luz, ventilação e ao aquecimento, inspecionarem as condições físicas e mentais dos alunos, providenciarem para que os casos de moléstias contagiosas sejam isoladas no domicílio dos alunos, instruírem os professores sobre os primeiros sintomas de tais moléstias e que para os regulamentos sobre desinfecção sejam observados, determinam quando os alunos afetados por moléstias transmissíveis se acham de todo restabelecidos, fixando o momento do seu regresso a escola (FERREIRA, 1909, p.376-377).

A exposição do médico sobre implantação de estratégia em países civilizados datando-as e quantificando os profissionais forneceu subsídios para convencer aos demais médicos de países que ainda não possuem tal estratégia sobre o atraso em que se encontram.

Além dos países citados no quadro Clemente Ferreira também falou sobre a utilização desse serviço nos Estados Unidos. Devido a importância que deu ao sistema aplicado nesse país que segundo ele em Nova York “ dispõe do mais amplo e desenvolvido systema do mundo” (FERREIRA, 1909, p. 377) o qual se utilizou de nurses diplomadas, decidimos analisá-lo separadamente.

Nos Estados Unidos a inspeção médica dos escolares obteve rápidos progressos. Desde 1893, Chicago adotou o sistema de inspeção médica nas escolas, sendo para tal a cidade dividida em distritos e cada um com um médico escolar. Semelhantemente em 1894 foi implantado em Boston o mesmo sistema.

Em Nova York, que dispõe o mais amplo e desenvolvido sistema, conforme foi dito anteriormente, depois de um cuidadoso inquérito realizado em 1896 para apurar até que ponto os alunos eram agentes de disseminação de moléstias, o Departamento de

Instrução (*Board of Education*) nomeou 150 médicos escolares para fazer a inspeção nas escolas da cidade⁶⁸.

Porém, logo perceberam que os médicos sozinhos, não estavam dando conta dos problemas e muitas eram as crianças que não freqüentavam regularmente a escola por sofrerem de moléstias variadas. Diante da situação perceberam a necessidade de se ter outro agente participando da inspeção escolar. Para desempenhar tal função designaram enfermeiras diplomadas. Segundo Fontenelle (1922, p.456), foi no ano de 1902 que o departamento sanitário da cidade de Nova York, estabeleceu o serviço de enfermeiras escolares

“Bem depressa se observou que, ou por ignorância ou por negligencia dos paes, muitas dessas ligeiras affecções contagiosas não recebiam os cuidados e tratamentos necessarios, dando lugar a que avultasse assombrosamente o numero de evicções e ao conseqüente despovoamento das escolas. Para remover este inconveniente, foi feita a nomeação de um corpo de enfermeiras diplomadas” (FERREIRA, 1909, p. 377).

Foi confiada as enfermeiras diplomadas a incumbência de cuidar das crianças que necessitavam de tratamento por apresentarem pequenos incômodos, que não as impediam de freqüentar as aulas. Sendo realizado o cuidado dessas crianças após o horário das aulas pelas enfermeiras. Segundo Clemente Ferreira esse trabalho era realizado da seguinte forma:

“Estas *nurses* visitam nos respectivos domicílios dos alumnos, que não compareceram por motivo da exclusão e, quando se torna preciso, instruem os paes dos ditos alumnos quanto aos melhores methodos de tratamento desses insignificantes soffrimentos” (FERREIRA, 1909, p. 377).

O que chama a atenção é o médico chamar essas profissionais de *nurses* e não de enfermeiras como eram chamadas no Brasil à época, pode se atribuir que essa diferenciação de denominação por necessidade de distinção entre as profissionais formadas nos EUA e as que desempenhavam essa função no Brasil. Visto que nos

⁶⁸ Até então a cidade só possuía um médico escolar, o qual foi investido da função em 1892.

Estados Unidos elas eram formadas segundo os preceitos da enfermagem moderna, já no Brasil, quando esses agentes eram submetidos a algum treinamento, este não seguia os preceitos da enfermagem moderna. Fato já sinalizado pelos estudos do Dr. Moises do Amaral e da Dra. Cecília Grierson, quando analisaram os modelos de ensino aplicados para a formação de enfermeiras e enfermeiros na América Latina.

O corpo de agentes da inspeção médica escolar de Nova York compreendia: um médico inspetor chefe, um corpo de médicos inspetores, um vigilante chefe e um corpo de enfermeiras diplomadas (FERREIRA, 1909, p. 377).

A presença de enfermeiras no corpo de agentes do serviço de Inspeção médica escolar nos Estados Unidos e na Inglaterra, não se deu por acaso, podendo esse fato ser entendido devido ao ensino profissional de enfermeiras nesses países serem mais avançados e também serem países onde essas profissionais já atuavam como enfermeiras visitadoras. Ao contrário do cenário encontrado no Brasil no que diz respeito a formação profissional de enfermeiras, onde na capital federal (RJ) à época como referido anteriormente, existia apenas a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros.

No Brasil, segundo o médico, já era mais que tempo de se fazer algo no tocante a inspeção escolar. No ano de 1908 foi enviada uma comunicação ao Congresso Legislativo de São Paulo pelo Dr. Francisco Sodré a fim de preencher essa lacuna. E, por conseguinte foi disponibilizado um modesto pessoal para realizar tal serviço (FERREIRA, 1909, p. 386).

Cabe ressaltar que em 1886, dispendo o Art. 26 nº XIV do regulamento sanitário sobre as inspeções e estabelecimentos de educação, baixou o conselheiro Ferreira Vianna, Ministro do Império, uma portaria organizando a inspeção higiênica dos estabelecimentos, públicos e privados, de instrução e educação, devendo esse serviço

ser executado por uma comissão permanente, composta de seis comissários médicos. Porém não foi posto em prática tal serviço (FONTENELLE, 1909, p.452). Não sendo feito, até o período em que foi apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, nada de prático sobre o assunto, apesar dos esforços de vários médicos⁶⁹.

Bases para regular a assistência a Infancia

Foi apresentado no IV Congresso Médico Latino-Americano o trabalho sobre a assistência à infância intitulado “Bases para regular a assistência a infância” cujo tema foi sugerido e apresentado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia nesse evento.

Porém diante às dificuldades de localização dos documentos em bibliotecas públicas do Rio de Janeiro, não encontramos o conteúdo completo, apenas duas notas publicadas na revista *Brazil Medico* de 1909 contendo informações que validam a existência do trabalho.

Nesse sentido para que tal informação não permaneça na invisibilidade e acreditando servir como pista para outros pesquisadores, de forma a despertar o interesse dos mesmos em dar continuidade a pesquisa sobre esse trabalho, resolvemos trazer as informações encontradas, ainda que insuficientes para compreender o verdadeiro sentido do relatório apresentado.

Durante a sessão da Sociedade de Medicina e Cirurgia no dia 27 de Julho de 1909, na qual foi feita uma homenagem aos delegados estrangeiros junto ao IV Congresso Médico Latino-Americano, Dr. Souza Britto leu o relatório que iria ser apresentado no congresso pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, no início do mês seguinte. O trabalho

⁶⁹ O interesse pelas questões referentes a medicina e higiene da infância começou a incrementar-se pelo empenho do Dr. Moncorvo Filho no Rio de Janeiro e Pelo Dr. Clemente Ferreira em São Paulo (Fontenelle, 1922, p. 452).

trata de um projeto de lei sobre assistência à infância escrito por Nascimento Gurgel, Jaime Silvado e Urbano Figueira (BRAZIL MEDICO, 1909, p. 336-337). Sendo essa a primeira pista sobre a existência do trabalho.

A outra foi encontrada no mesmo periódico, na parte de “Chronicas e Noticias”.

Ela traz a seguinte nota sobre o IV Congresso Médico Latino-Americano:

“A Sociedade de Medicina e Cirurgia, do Rio de Janeiro, apresentou ao congresso, por intermédio dos Drs. Souza Britto, Nascimento Gurgel, e Urbano Figueira, as seguintes Bases para regular a assistência á infancia:

- I- Consultas de lactantes em todos os distritos da cidade.
- II- Consultas de lactantes em todos os estabelecimentos de protecção á infancia.
- III- Asylos ou sanatorios para gestantes
- IV- Creches geraes nos asylos, creches particulares nas fabricas.
- V- Asylos maternas para crianças de 2 a 16 annos. (Typo de Montevidéo).
- VI - Ensino de puericultura ou escolas de puericultura
- VII – Ligas de aleitamento materno
- VIII- Inspeção médica destes institutos e das escolas
- IX- Escola de enfermeiras de crianças
- X- Mutualidades maternas
- XI- Seguro obrigatório (Typo da Allemanha)” (BRAZIL MEDICO, 1909, p.380)

Entre as propostas apresentadas pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que tinham como finalidade melhorar a assistência à infância, é reforçada a questão sobre a inspeção médica nas escolas pelo médico, referida por Clemente Ferreira em seu trabalho. O que nos permite assinalar para uma congruência no discurso médico da especialidade.

Todavia, o que nos salta aos olhos na proposta apresentada é figurar entre as bases entendidas como necessárias para regular a assistência à infância, a indicação de se criar uma Escola de Enfermeiras para Crianças. Ou seja, uma escola própria da área que formaria enfermeiras, as quais seriam educadas profissionalmente a fim de atender, a provável, carência dessas agentes no campo, e, por conseguinte seriam destinadas a atuar ao lado dos médicos da especialidade, os quais provavelmente, tomando o

exemplo da psiquiatria, tomariam para si a responsabilidade de formação dessas agentes.

Por fim, o que podemos depreender a partir da interpretação dos quatro trabalhos apresentados é que os médicos perceberam que para o sucesso dos sistemas assistenciais propostos e dos trabalhos realizados pelos demais colegas médicos de suas especialidades, seja dentro do hospício, dos dispensários de tuberculose, nas escolas, no domicílio junto à comunidade ou até mesmo em hospitais, era imprescindível ter ao seu lado outros agentes, os quais receberam nesse momento o nome de enfermeiro (a) ou de agente social.

Sendo que para tal, os médicos sinalizavam para a necessidade de formação desses profissionais, mas ficando essa incumbência de formação desses agentes a cargo dos médicos e de acordo com as especificidades de cada especialidade, ou seja, um ensino próprio, específico para a atuação proposta.

Deste modo, a estratégia de formação dando ênfase aos preceitos de cada área de atuação pode ser entendida como sendo uma forma de cada especialidade demarcar sua área de ação e ocupação, gerando até mesmo, para esses agentes escolhidos para trabalharem ao seu lado, um conhecimento próprio numa provável busca de legitimação de sua especialidade no campo da ciência médica.

Sendo entendido esse fato como um verdadeiro jogo de forças dentro do campo sanitário, em que nessa disputa por uma posição de destaque no campo sanitário e científico estão as especialidades médicas.

Capítulo III

OS EFEITOS SIMBÓLICOS PARA A ENFERMAGEM A PARTIR DOS SISTEMAS ASSISTENCIAIS PROPOSTOS NO IV CONGRESSO MÉDICO LATINO-AMERICANO

Nesse capítulo apresentaremos os efeitos das propostas de sistemas assistenciais proferidas pelos médicos brasileiros, representantes de suas respectivas especialidades médicas que puderam ser percebidos alguns anos após o congresso. Mostraremos na mesma ordem de análise utilizada no capítulo anterior.

Quanto às propostas da psiquiatria, proferidas por Juliano Moreira, que tinha a educação do pessoal de enfermagem, realizada pelos psiquiatras, como um dos pilares para o sucesso do sistema alemão de assistência hetero-familiar, podemos dizer que o primeiro grande passo para implantação e implementação desse sistema de assistência foi a aprovação do Regulamento da Assistência a Alienados pelo Decreto nº 8.834 de 11 de Julho de 1911.

O qual estabelece no Art. 2º a criação das Colônias de Alienados para homens e mulheres. E à medida que essas colônias fossem instaladas, poderiam os seus respectivos diretores criar, na periferia das colônias, os serviços de assistência hetero-familiar (BRASIL, 1911).

Nele podemos perceber o interesse em manter a autoridade médica e, pode ser vista no Artigo 43º:

“Art. 43º.- Os inspectores, enfermeiros e guardas são auxiliares do serviço médico e devem cumprir á risca as ordens do director geral e dos médicos e cirurgiões, e as do administrador no que disser respeito aos serviços administrativos” (BRASIL, 1911).

Mesmo percebendo no texto apresentado por Juliano Moreira a importância dada ao trabalho realizado pelo enfermeiro no hospício, fica claro através do Art. 43 desse decreto, o cuidado que os médicos da psiquiatria tinham em defender a autoridade médica dentro do hospício e da colônia. Deixando claro, que esses profissionais, os enfermeiros(as), são auxiliares dos médicos, devendo, apenas, cumprir à risca as ordens dadas pelo agentes médicos. Sendo essa uma forma de tirar a autonomia dos enfermeiros e manter a hierarquia e a dominação do médico dentro do campo.

Em face da superlotação de mulheres no Hospício Nacional, a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro foi criada pelo decreto supracitado (1911) em um terreno cedido pela Marinha⁷⁰. O primeiro diretor da Colônia foi o alienista Dr. Simplício de Lemos Braule Pinto (JORGE, 1997, p. 38).

A Colônia tinha como objetivo inicial receber exclusivamente pacientes indigentes do sexo feminino que seriam transferidas do Hospício Nacional de Alienados. Foram feitas pequenas modificações no estabelecimento para receber primeiramente 200 pacientes, mas no ano seguinte, em 1912, foram ampliados seus serviços, construindo-se um pavilhão para outros 200 pacientes (JORGE, 1997, p. 38).

Em 1913, em documento datado de 8 de julho daquele ano, foi encaminhado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores por Juliano Moreira a comunicação de reabertura da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Porém, não foram encontrados, em outros documentos, indícios do seu funcionamento (MOREIRA e OGUISSO, 2005, p. 106).

Apesar da criação da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro em 1911, o sistema de Assistência hetero-familiar, preconizado pelo Dr. Juliano Moreira, foi apenas

⁷⁰ Local onde existiam pavilhões para tratamento de beribéricos, em troca de um terreno no Andaraí, onde atualmente se encontra o Hospital do Andaraí, unidade própria do Ministério da Saúde.

implantado, nesse espaço, após a posse do Dr. Gustavo Riedel. O médico assumiu o cargo de Diretor da Colônia em virtude do passamento do Dr. Braule Pinto em 18 de setembro de 1918, imprimindo uma série de transformações na instituição e influenciando bastante na ideologia da assistência psiquiátrica do país da época (JORGE, 1997, p.38).

Após a posse de Gustavo Riedel, a instituição reformou um dos seus pavilhões e o intitulou Ambulatório Rivadávia Corrêa, em homenagem ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores de 1911. Ele tinha por finalidade atender à população adjacente. Ao término das obras a inauguração do pavilhão repercutiu na imprensa médica e foi tratado como o primeiro Instituto de profilaxia de Doenças Nervosas e Mentais do Brasil (PORTO, 2007, p. 80).

O serviço de assistência hetero-familiar defendido por Juliano Moreira foi implantado por Gustavo Riedel, em 1921, na Colônia de Alienadas. Sendo esse serviço concretizado através da construção de onze pequenas casas, no modelo de “*bungalows*”, que eram arrendadas às famílias das enfermeiras com a condição de tomarem conta de duas ou mais pacientes como pensionistas, que passariam a conviver com os familiares das enfermeiras fazendo serviços domésticos (JORGE, 1997, p. 36). Cabe ressaltar que a assistência familiar foi inaugurada no Brasil em 14 de abril de 1908, em São Paulo, pelo Dr. Franco da Rocha, sendo considerada a primeira assistência familiar da América do Sul (RESENDE, 1932, p. 135).

A iniciativa de Riedel em instituir a assistência hetero-familiar pode ser entendida pelo fato de que ao longo de sua trajetória profissional, ele manteve laços acadêmicos e profissionais com o Dr. Juliano Moreira, de forma que sofreu influência das bases teóricas da psiquiatria alemã. Concluindo Porto (2007, p. 55), que como seguidor de Juliano Moreira, Riedel tenha aplicado às bases teóricas da psiquiatria alemã no sistema assistencial da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro.

O pensamento de Gustavo Riedel era seguir o sistema implantado na cidade de *Uchtspringe*, transformando a Assistência-familiar em uma verdadeira vila de alienados. E para tal seria levantada uma grande vila na colônia onde seriam, convenientemente dispostos, os diversos ‘*bungallows*’ e instalada uma escola para a educação das alienadas enviadas pelo Juiz de Menores (CARDOSO, 1929, p. 56). Segundo consta no Relatório enviado por Juliano Moreira ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores de 1921, na sessão de assistência aos alienados, foi adotado o sistema de *Uchtspringe*, por ser o que permite melhor vigilância e por ser o que melhor se adaptava no país.

A assistência hetero-familiar tinha por finalidade o tratamento das alienadas da Colônia do Engenho de Dentro, que puderam ser confiadas às famílias de empregados do estabelecimento (RESENDE, 1932, p. 135).

Segundo Resende (1932, p. 133), para morar nessas casas deveria ser dada preferência as enfermeiras do estabelecimento onde se achavam internados tais doentes. Pois, pelos ensinamentos que receberam e pelo trato freqüente com os insanos elas acabavam adquirindo a prática de tratá-los, além de paciência, da abnegação, do carinho, que se habituaram a dispensar-lhes.

As enfermeiras habitariam gratuitamente essas casas, não teriam despesas com as doentes confinadas e teriam por obrigação cuidar de duas doentes escolhidas pelo psiquiatra encarregado pelo serviço. Sendo exigidos às enfermeiras que tivessem doentes sob a sua guarda, os seguintes requisitos: uma moral rigorosa, disciplina, asseio e interesse pelos doentes. Haveria também uma enfermeira, à serviço do alienista, responsável de ficar em constante comunicação com as encarregadas dos doentes e informar ao médico qualquer ocorrência que necessitasse intervenção (RESENDE, 1932, p. 135).

Para Cardoso (1929, p. 55), Gustavo Riedel, preocupado com a formação de enfermeiras, assunto que Juliano Moreira chamou atenção várias vezes em seu trabalho, lançou mão do Decreto 791/1890⁷¹, e fundou em 1º de setembro de 1921⁷², anexa a colônia uma escola de enfermeiras, a que deu o nome de Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto”, em homenagem ao ministro que apoiou a criação da escola.

No entanto, de acordo com o relatório das atividades da Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto” referente ao ano letivo de 1942, comemora no dia 11 de julho de 1942 os vinte e dois anos de existência da escola por meio de uma sessão Littero-musical, em que participaram as estudantes da escola. Esta informação evidencia que a data de criação da Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto” é 11 de julho de 1920⁷³.

A proposta de Riedel em criar a escola de enfermeiras, foi devido a carência dos serviços de enfermagem, acarretados pela falta de enfermeiras capacitadas para cuidar das alienadas. Precisando os serviços serem confiados a enfermeiras diplomadas, situação que acabava gerando prejuízos a assistência aos alienados (PORTO; LESSA; MOREIRA, 2010, p. 909).

Diante da situação apresentada no parágrafo acima, o trabalho de Porto, Lessa e Moreira (2010, p. 910) sinaliza para a possibilidade do serviço de enfermagem ter sido

⁷¹ Decreto de criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospício Nacional de Alienados.

⁷² Portaria de 1º de setembro de 1921, do Ministro da Justiça e Negócios Interiores Alfredo Pinto Vieira de Melo. Aprova o regimento interno da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros da Assistência a Alienados. Diário Oficial da República dos Estados Unidos do Brasil, Atos do Poder Executivo. Rio de Janeiro. DF, 01 de setembro de 1921.

⁷³ Relatório da Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto” (1942, p.5-6). Origem Arquivo Setorial do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – UNIRIO. Os relatórios descrevem as principais atividades executadas na Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto”

confiado às enfermeiras diplomadas, inferindo no seu estudo que, as enfermeiras diplomadas citadas, poderiam ser enfermeiras formadas pela Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira.

Para Porto (2007, p. 152-153), com a articulação da carência de capital escolar das enfermeiras na psiquiatria associado com o objetivo da instituição, o argumento de Gustavo Riedel se fortalecia no sentido de se criar uma escola de enfermagem que formassem enfermeiras para àquela assistência às alienadas, e dessa maneira fossem suas seguidoras.

O interesse que estava em jogo na criação da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, pelo diretor da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, era a implantação de fato do sistema germânico de assistência hetero-familiar. Pois a criação dessa escola, seria uma forma de suprir a carência de mão-de-obra da instituição, a qual era necessária ao sistema familiar, visto que, seriam essas profissionais que morariam na periferia da colônia e acolheriam, no seio de suas famílias, as alienadas .

De maneira que a formação dessas enfermeiras na escola pode ser entendida como uma estratégia de consolidação da assistência hetero-familiar, embasada no sistema alemão, defendida legitimamente por Juliano Moreira em 1909 em um evento internacional, legalmente instituída em 1911, através do Decreto nº 8.834 e efetivamente concretizada em 1921, por seu seguidor, Gustavo Riedel.

O curso na Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto” tinha a duração de vinte e quatro meses e era composta de duas séries. A primeira, comportava: Noções Gerais de Anatomia; Noções Gerais de Psicologia e Noções Gerais de Higiene (moral, individual e hospitalar). A Segunda: Noções Práticas de Propedêuticas; Noções de Pequenas Cirurgias, Curativos e Aparelhos; Tratamento Especializado, Balneoterapia e Administração Interna (escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias).

Todas as matérias eram ministradas por médicos psiquiatras e cirurgiões da Colônia, exceto a disciplina de Administração Interna, que era regida pelo Administrador ou pelo Chefe de Secretaria ou outro funcionário, indicado pelo diretor da Colônia (PORTO, 2007, p.58).

A Escola Profissional de Enfermeiras “Alfredo Pinto”, que era uma sessão feminina da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, criada em 1890 no Hospício Nacional, funcionou com regularidade durante o ano de 1921 e no dia 15 de dezembro do mesmo ano formou sua primeira turma. Sendo, por ordem de merecimento, as alunas: Carolina Chaves e Costa, Cybele Soares Leite, Maria do Carmo Silva Macedo, Carlota da Costa Tavares, Adelina Barbeitos, Ermelinda Garcia Cortez, Arminda Barreto, Antonietta Rocha e Maria Paula Pinto (RELATÓRIO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES, 1921, p. 74).

A implantação do sistema alemão de assistência hetero-familiar na Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro modifica o sistema de assistência aos alienados utilizado pelos psiquiatras brasileiros, visto que era adotado, até aquele momento, o sistema francês, fundamentados em especialistas com Pinel e Esquirol (ESPIRITO SANTO, 2007, p.16).

Ficando claro a partir do presente trabalho, que tal modificação não seria possível sem a influência direta de Juliano Moreira. Que em posse do seu capital político, científico e institucional, utilizou a sua linguagem autorizada e autorizante de porta-voz de seu campo para disseminar suas propostas nos meios científicos (congressos e publicações em revistas especializadas) e as cercou com um arcabouço legal, através das Leis e Decretos, permitindo dessa forma que Gustavo Riedel, seu seguidor, contaminado por seus ideais, pudesse concretizá-las na Colônia de Alienadas.

A importância da formação dessas enfermeiras pelos próprios psiquiatras pode ser entendido como uma estratégia de dominação e atendimento específico da área de assistência.

Quanto a dominação dos psiquiatras sobre as enfermeiras, seria muito mais fácil obter o controle dessas agentes se as mesmas fossem educadas sob as rédeas deles e em seu campo hegemônico de domínio – hospício e colônia. De forma que, ficariam estabelecidas, durante o período de formação, as suas atribuições, ou seja, aquilo que devem e o que não devem fazer. Sem contar que durante o curso seria um momento de observação das alunas pelos psiquiatras, sendo essa uma forma de escolha dessas profissionais, já que seria um momento em que eles poderiam perceber através do comportamento delas, a submissão às suas ordens.

E, na tentativa de atender as necessidades próprias da assistência aos alienados, os psiquiatras dariam ênfase durante o curso, para as atividades que atendiam a seus interesses e julgavam ser prioritária a assistência aos alienados, além de ensiná-las como lidar com esse tipo de doente.

Um fato que marca a importância da formação de enfermeiras pelos próprios psiquiatras, foi o registro nos relatórios da assistência aos alienados de 1912, da falta sentida depois da morte de uma enfermeira do serviço de cirurgia do Hospício Nacional de Alienados, formada na turma de 1906.

“O serviço de cirurgia perdeu a melhor enfermeira do Hospital Nacional com o falecimento de D. Conceição de Carvalho, diplomada em 1906 pela Escola de Enfermeiros.

Sua falta se tem feito notar de modo sensível” (RELATÓRIO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES, 1912, p. 66).

O excerto acima mostra que as enfermeiro (as), quando qualificados de acordo com as necessidades de serviço da instituição, tem através dos bons resultados obtidos, o reconhecimento de seus préstimos pelos psiquiatras. E me arrisco a inferir que, através

da comparação dos serviços prestados por essa profissional qualificada pela EPEE, com o de outras, que sem qualificação, atuavam no mesmo espaço, é o que fazia ver e crer aos psiquiatras a importância do empenho deles na formação de enfermeiros(as).

No que tange as propostas apresentadas por Clemente Ferreira, para a inspeção médica dos colegiais, podemos destacar a iniciativa do então prefeito do Distrito Federal, General Serzedello Corrêa⁷⁴, que enviou em 1 de setembro de 1909 uma mensagem ao Conselho Municipal, para que fosse organizado o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar, o qual foi iniciado no mesmo ano. Sendo nomeados como chefes desse serviço o Dr. José Chardinal e o Dr. Moncorvo Filho, além de mais 24 médicos. Porém esse serviço por dificuldades financeiras não durou muito, sendo suspenso em 30 de novembro de 1910, no início de uma nova administração municipal (FONTENELLE, 1922, p. 453).

Somente mais tarde, em 1916, foi criado na capital federal (RJ) um serviço de inspeção médica escolar, graças ao empenho de Azevedo Sodré (presidente do IV CMLA), então diretor da Diretoria Geral de Instrução Pública Municipal (FONTENELLE, 1922, p. 453).

Cabe ressaltar, que não foi encontrado nos documentos pesquisados para a realização do presente trabalho qualquer informação sobre a participação de enfermeiras no serviço de inspeção médica escolar, apesar de constar na proposta do Dr. Clemente Ferreira a informação de que na Inglaterra e em Nova York, onde segundo o próprio autor o serviço era perfeito, enfermeiras diplomadas faziam parte do corpo de agentes desse serviço.

⁷⁴ Ofereceu uma festa no jardim para os delegados sul-americanos do congresso como foi visto no fac-símile n.º 2.

Quanto à utilização de enfermeira para a realização de serviços de visitação, no Brasil, entretanto, somente em 1911, salvo tentativas sem êxito, de utilizar enfermeiras visitadoras nos serviços de assistência às gestantes pobres, foi empregada oficialmente a primeira enfermeira de higiene, pela Seção de Proteção à Primeira Infância, do Serviço Sanitário de São Paulo, sob a direção do Dr. Clemente Ferreira (FONTENELLE, 1922, p. 456).

Podemos depreender que Clemente Ferreira após os estudos realizados acerca da assistência à infância em países que se utilizavam de enfermeiras diplomadas, locais onde segundo ele o serviço desempenhado era bom, acabou convencido da importância de ter essas profissionais atuando também no Brasil em prol da higiene na infância. Dessa forma foi o médico quem deu o primeiro passo para empregar oficialmente uma enfermeira de higiene pela seção de Proteção a Primeira Infância do Serviço Sanitário de São Paulo. Cabendo ressaltar que o médico foi favorecido por ocupar desde 1905 a posição de diretor do serviço.

Define ainda Clemente Ferreira os serviços de tal funcionária como preenchendo:

“ o valioso papel de visitar em domicilio as mães e os lactantes, auxiliando e aconselhando aquellas, fiscalizando a hygiene e o regime destes, ensinando ás progenitoras o preparo de alimentos dietéticos e fazendo um ensino puerícola de alto preço, como elemento preventivo em prol da infância e como factor prophylatico na obra de assistencia e protecção á primeira infância” (FONTENELLE, 1922, p. 456).

Porém o emprego de outras enfermeiras(os) só veio acontecer com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública⁷⁵ (DNSP), quando foi introduzido no quadro da Inspeção de Profilaxias a tuberculose o cargo de enfermeira chefe e autorizada a contratação de enfermeiras visitadoras. Cabendo ressaltar que segundo Fontenelle (1922, p. 456), o primeiro esforço para o ensino técnico de enfermeiras visitadoras cabe

⁷⁵ Criado pelo Decreto no. 3.987 de 2 de janeiro de 1920.

a Cruz Vermelha, que criou em 1916 a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira.

Cabe ressaltar que em outubro de 1914, para atender os feridos e doentes em tempos de guerra ou em calamidades públicas, a Cruz Vermelha Brasileira criou um curso de enfermeiras voluntárias, que funcionou até 1918. E devido ao sucesso da iniciativa, o curso foi ampliado e fundado a Escola Prática de Enfermeiras em 20 de março de 1916, sob a direção do Dr. Getúlio dos Santos (PORTO, 2007, p. 41-42).

Para o ingresso nesse curso, as candidatas deveriam encaminhar um requerimento ao Diretor da Escola; ser sócia da Instituição, saber ler, escrever e fazer as quatro operações aritméticas, além de apresentar Atestado de boa conduta, certidão de idade provando ser maior de 18 e menor de 30 anos; e atestado médico, declarando não sofrer de nenhuma moléstia crônica nem contagiosa, assim como não ter defeito físico incompatível com a profissão (PORTO, 2007, p. 42).

O curso tinha a previsão de duração de vinte e quatro meses. No entanto, para essa primeira turma, em caráter excepcional, o curso teve a duração de doze meses, em virtude de algumas alunas serem egressas do Curso de Enfermeiras Voluntárias. Ao final do curso, em 1917, a escola formou oito enfermeiras profissionais (PORTO, 2007, p. 42).

No tocante aos desdobramentos das propostas de Azevedo Lima, na qual indicava a utilização de um agente, pelo médico denominado agente social, para realizar visitas domiciliares aos tuberculosos, podemos identificá-los apenas no início da década de 1920 através do empenho de duas instituições: Cruz Vermelha Brasileira (instituição filantrópica) e, sobretudo, o Departamento Nacional de Saúde Pública (instituição

pública), através das enfermeiras visitadoras⁷⁶ de tuberculose, possibilitado pelo empenho dos sanitaristas Amaury de Medeiros e JP Fontenelle. Os quais tinham como estratégia formar agentes, nesse caso enfermeiras visitadoras sanitárias, para a realização de visitas domiciliares.

Em relação a primeira instituição, a Cruz Vermelha Brasileira, se inseriu na luta contra a tuberculose em 10 de julho de 1920, quando foi criada, nessa instituição o Departamento de Profilaxia contra a Tuberculose, o qual tinha como secretário geral o sanitarista Amaury de Medeiros. Nesse momento floresceu a necessidade de se preparar enfermeiras visitadoras e assim sendo, o sanitarista inaugurou o Curso de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (DF)⁷⁷. Curso este que, por meio de conferências públicas abordou a temática⁷⁸ da tuberculose. Sendo ele freqüentado exclusivamente por mulheres sendo um total de 16 alunas.

No mesmo período Fontenelle, assumia a direção temporária da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose em novembro de 1920, no lugar de Plácido Barbosa que havia partido para os Estados Unidos a serviço do DNSP, que de acordo com um plano previamente assentado, começou em dezembro de 1920 a instrução de oito moças pretendentes ao cargo de enfermeiras visitadoras as quais freqüentaram o curso por um período de dois meses (FONTENELLE, 1922, p. 456).

No curso teórico e prático foi dado um ensino elementar e intensivo sobre anatomia, psicologia, patologia, microbiologia, higiene e tuberculose. Ao término desse

⁷⁶ Na historiografia da enfermagem de saúde pública, sobre as enfermeiras visitadoras, foram utilizadas várias denominações para denominá-las. Entre os nomes temos: enfermeira visitadora, visitador, visitadora de saúde, visitadora de higiene, etc. De forma que, utilizaremos a denominação enfermeiras visitadoras.

⁷⁷ Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, p. 182 – 219. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

⁷⁸ Entre as temáticas estão: tratamento da tuberculose óssea, educação profilática, os primeiros sinais da tuberculose, doenças venéreas e o casamento, como se vê o micróbio da tuberculose, sinais alarmantes da tuberculose, regime alimentar na tuberculose e pesquisas complementares para o diagnóstico da tuberculose (AYRES, 2010, p.71).

curso, seis moças, que acompanhadas de Fontenelle, fizeram inspeções a casas, e cômodos e visita aos doentes de tuberculose, foram contratadas com a condição de iniciar o serviço, porém sem interromper a instrução do curso (FONTENELLE, 1922, p. 456). Quanto a escolha das candidatas Fontenelle afirma que:

“O cuidado com que foram escolhidas, em atenção a suas qualidades físicas, moraes e intellectuaes; a instrucção básica que lhes foi dada, no inicio; o aperfeiçoamento da instrucção, por lições subseqüentes; e o tirocínio que já tiveram nos trabalhos práticos, - tudo isso dá no núcleo inicial das enfermeiras de Higyene da Inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose um relativo préstimo, que não póde ser desprezado” (1922, p. 456).

Através da análise do fragmento acima podemos perceber que a escolha das candidatas, de acordo com as qualidades físicas, morais e intelectuais, seguiam as diretrizes da enfermagem moderna. E, após a instrução dessas alunas, elas desempenhavam suas funções e diante aos resultados obtidos, houve, por parte do sanitarista, o reconhecimento dessa profissional.

Quanto à presença de homens nesse curso, apesar de constar no seu regulamento a presença do sexo masculino na execução da função de monitor de higiene⁷⁹, ficando ele responsável pelos trabalhos de educação higiênica popular. Segundo Ayres (2010, p. 92), não foram encontrados registros de que Fontenelle tenha capacitado homens no Curso de Enfermeiras Visitadoras, concretizando mudanças de papéis e disputas já que o território domiciliar era exclusivamente monopólio dos homens.

Essa preferência pela mulher na visitação de tuberculose difere também da proposta de Azevedo Lima, que em seu discurso traz como “agente social” um homem que é buscado no povo, da mesma forma que era feito pelo Dr. Calmette na França. O que nos leva inferir que no decorrer do tempo, de 1909 até 1920, as autoridades sanitárias em contato com outros modelos, por exemplo, os EUA, que utilizavam as

⁷⁹ Eles seriam disseminadores das regras que devem visar a criação de novos hábitos individuais.

mulheres na visita domiciliar, perceberam nas características do gênero feminino que elas se enquadravam melhor nessa função.

A participação das mulheres como visitadoras seria um fator fovente da dominação masculina dos agentes médicos no monopólio do cuidado. Sendo que, de modo contrário, com homens exercendo atividades de visitação domiciliar, devido às características do gênero masculino, os médicos encontrariam dificuldades para exercer essa dominação.

Para melhor compreensão da semelhança das atribuições entre a proposta de Azevedo Lima no IV Congresso Médico Latino-Americano à respeito dos agentes sociais e as atribuições das visitadoras estabelecidas no artigo 464º do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública pelo Decreto nº 14.354 de 15 de setembro de 1920, foi realizado um quadro comparativo contendo as funções desses agentes.

Quadro nº 7: Funções desempenhadas pelos agentes sociais (1909) e pelas enfermeiras visitadoras do DNSP (1920)

	Agente Social (1909)	Enfermeiras visitadoras (1920)
Visitas Domiciliares	- É o agente quem em suas visitas freqüentes aos doentes inscritos, vela pela sua saúde e das respectivas famílias.	- Exercer a conveniente vigilância higiênica em domicílio sobre os doentes de tuberculose a seu cargo, visitando-os tão freqüentemente quando necessário for.
Orientação/ Aconselhamento	- Ministra-lhes instruções úteis, aconselha-os em linguagem terra-a-terra e em palestras de camaradagem. - Explica o uso das escarradeiras e dos antisépticos, como os do álcool, os perigos da varredura a seco, o do contágio pelo escarro e pelo leite suspeito.	- Instruí-los e as suas famílias sobre a natureza da doença e as precauções observadas para protegê-los contra os bacilos tuberculosos, de modo a evitar reinfecções do próprio doente e a infecção das pessoas que o cercam. - aconselhar o doente, de acordo com seu médico assistente o do médico da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, sobre as melhores condições de seu tratamento e o modo de vida conveniente à sua cura. - Promover correção dos defeitos encontrados com determinação, benevolência, descrição e suavidade.
Diagnóstico	- apanha a pista de um tuberculoso em fase germinativa e providencia para o diagnóstico e tratamento oportuno.	- Colher e enviar a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose as amostras de catarro das pessoas em observação, sempre que isso se torne necessário para os fins de diagnóstico.
Propaganda	- Distribui folhetos e inscritos avulsos contendo noções elementares de higiene.	- Distribuir e explicar as publicações de propaganda higiênica anti-tuberculosa nos domicílios visitados.
Coleta de Informação/ Dados	- Escuta as queixas e obtém informações úteis sobre o modo de vida e as condições do doente e de suas famílias, sobre seus recursos. - Pelas informações que coleta, habilita o dispensário aos seus fins sociais e filantrópicos, quando não é o próprio doente que consciente dos benefícios que pode obter, vai espontaneamente declarar sua moléstia ou pedir que se faça o diagnóstico.	- fornecer à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose todas as informações necessárias e convenientes sobre o doente, o seu tratamento, os seus recursos, as condições de seu domicílio e as medidas profiláticas em execução ou a executar. - Comunicar a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose os casos suspeitos de tuberculose na família visitada.
Outros		- Prestar ao doente os seus serviços de enfermeiras sempre que torne-se necessário, em benefício do próprio doente ou das medidas de profilaxia - Requisitar as medidas de desinfecção quando elas forem necessárias.

Fonte: LIMA, A. Da assistência aos doentes nos dispensários. 1909, p.357; BRASIL. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Dispõe sobre a aprovação do regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, 1920.

A partir do quadro acima podemos perceber a convergência nas propostas de Azevedo Lima e do DNSP, quanto às funções desempenhadas pelo agente social e pela

enfermeira visitadora no combate a tuberculose. O que leva-nos a concluir que o desejo de Azevedo Lima em ter um agente responsável pela visitação de doentes de tuberculose foi realizado através da iniciativa do DNSP, pela figura de Fontenelle e o trabalho do seu agente social personificado pela enfermeira visitadora.

A enfermeira visitadora, que através das funções desempenhadas na visita domiciliar, consegue: entrar no cotidiano familiar dos doentes e orientá-los quanto à doença, tratamento e formas de prevenção através das noções de higiene, identificar problemas no domicílio do paciente e no seu modo de vida, ocupa uma posição estratégica e de compromisso perante a sociedade.

Em 1921, as enfermeiras visitadoras passaram a ser lideradas foram lideradas pela enfermeira norte-americana, Ethel Parsons, enviada pela Fundação Rockefeller, a pedido de Carlos Chagas. Estabelecendo o Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública, entendendo que esse seria o primeiro passo para adaptar o modelo norte-americano no Brasil (AYRES, 2010, p.96).

Era interesse de Ethel Parsons investir na instrução da enfermeira de saúde pública⁸⁰, porém para atender uma necessidade imediata do DNSP, teve, em abril de 1922, que oferecer um curso de emergência de seis meses para as enfermeiras visitadoras que atuavam na Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Em 1923, com o incentivo de Carlos Chagas foi instalada a Escola de Enfermeiras do DNSP, porém no mesmo ano, Parsons abriu novamente um curso de emergência, com a duração de 10 meses, para as enfermeiras visitadoras.

⁸⁰ As enfermeiras de saúde pública eram detentoras de um capital cultural maior que as enfermeiras visitadoras, pois as primeiras tinham um curso de maior duração, de vinte e oito meses, abordando diversas matérias que o curso de visitadoras não contemplava (AYRES, 2010, p.132). De forma que, Ethel Parsons desejava extinguir as enfermeiras visitadoras e substituí-las pelas futuras enfermeiras diplomadas de saúde pública formadas pela Escola de Enfermeiras do DNSP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto social, político, econômico e sanitário do Rio de Janeiro (DF), nos primórdios do século XX, foi marcado por iniciativas de autoridades governamentais e sanitárias que visavam desfazer a imagem colonial e imperial por uma imagem de um país republicano e moderno.

À época, a população produtiva da capital federal e da maioria dos estados brasileiros, era combatida por diversas doenças que tomavam forma de epidemia e, além de elevar os índices de mortalidade, traziam prejuízos a economia do país. O que levou, às autoridades governamentais, a buscarem alternativas junto às autoridades sanitárias na tentativa de solucionar ou mitigar esse problema.

Para tal, tornou-se indispensável a modificação da estrutura física e sanitária da capital federal, dando início a sua reforma urbana e sanitária. É nesse cenário que o sanitarista Oswaldo Cruz se insere, a convite do Presidente Rodrigues Alves, no campo sanitário da capital no cargo de diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública.

Pondo-se a testa dessa incumbência e com a árdua missão de sanear a cidade, que era vista por outros países como insalubre, o sanitarista dá início a uma série de reformas que expandem e dão maior autonomia a Diretoria Geral de Saúde Pública.

Suas ações de combate às doenças tomaram forma de campanha, fazendo jus à origem militar da palavra. Pois, para assegurar a eficácia da campanha, utilizava-se de meios coercitivos, como a obrigatoriedade da vacinação e a notificação compulsória. Ele montou na cidade uma verdadeira praça de guerra, com delegacias de saúde e seus soldados, os delegados, policiais e inspetores sanitários. Palavras simbólicas, que nos

remetem à imagem de autoridade militar em um campo de guerra. E que se levarmos em conta a hierarquia das patentes, Oswaldo Cruz foi o grande general.

A vitória anunciada do sanitaria, no combate à febre amarela, simbolizada pela conquista da Medalha de Ouro, em 1907, no Congresso Internacional de Higiene e Demografia, realizado em Berlim, fez com que seu reconhecimento científico transcendesse os limites institucionais da Diretoria Geral de Saúde Pública e do Instituto Oswaldo Cruz e assim, percorresse o mundo.

De forma que, com a conquista do prestígio científico e reconhecimento dos seus pares a nível nacional e internacional, fundamentou a construção da legitimação da ciência brasileira. Fazendo ver e crer ao mundo que no Brasil a ciência moderna estava presente, tanto na pessoa do cientista como nos resultados efetivos de combate e controle das endemias nocivas à economia.

Nessa visão de mundo, a ocorrência do IV Congresso Médico Latino-Americano, no Brasil em 1909, não pode ser entendida ao acaso. Pois, em 1907, ano da escolha da sede do referido congresso pelos delegados do III CMLA, já havia rumores dos resultados do trabalho de Oswaldo Cruz a frente da DGSP.

Os congressos médicos eram espaços onde as autoridades médicas latino-americanas se reuniam, e a partir dos estudos e experiências realizadas em seus países, proclamavam as boas novas da ciência, além de buscarem, em conjunto, estratégias bem sucedidas no campo, a nível mundial/internacional, para serem aplicadas ou replicadas em seus países.

E, aproveitando a realização desse evento no Brasil e cientes de sua dimensão e visibilidade, foi inserido em seu cronograma uma grande homenagem da classe médica à Oswaldo Cruz. Sendo a mesma realizada no dia de seu aniversário e no espaço

projetado para consagrar a imponente da ciência moderna no Brasil e no continente Latino-Americano, o Instituto Oswaldo Cruz.

Desse modo, através do rito de legitimação, Oswaldo Cruz recebeu das mãos do presidente do congresso, Azevedo Sodré, uma Medalha de Ouro em reconhecimento do seu trabalho. Sendo esse rito, realizado diante aos olhos e da aprovação dos médicos latino-americanos, objetivando o tom latino-americano da consagração. Naquele momento o cientista Oswaldo Cruz representava a vitória da ciência médica brasileira e colocava o país em destaque no campo científico.

Para mostrar o prestígio social, científico e político do congresso, sua realização, foi marcada pela presença de autoridades políticas, como ocorreu na abertura do evento, em que se fazia presente o Presidente da República, Nilo Peçanha, além da oferta de requintados bailes e recepções, sempre com o cuidado de escolher lugares que pudessem dar uma idéia da civilização do país, no que Bourdieu chama de efeito de lugar, evidenciado no discurso imagético registrado nas fotos publicadas pela Revista Fon-Fon.

Os médicos brasileiros, devido à posição que ocupavam no campo sanitário e científico do país, foram escolhidos, por seus pares, para serem os porta-vozes autorizados de suas especialidades no IV CMLA. E nesse palco privilegiado, que é um evento internacional, onde estavam presentes autoridades brasileiras e estrangeiras, apresentaram seus discursos a fim de prescrever e descrever os sistemas assistenciais, para que fossem aceitos e implantados no Brasil.

Para dar legitimidade às propostas dos sistemas assistenciais esses porta-vozes brasileiros procuraram, estrategicamente, mostrar as experiências internacionais bem sucedidas, como foi o caso do sistema alemão de assistência hetero-familiar defendido por Juliano Moreira. E, entre os agentes utilizados na estrutura desses sistemas

assistenciais, estavam os enfermeiros ou pessoas que viessem a desempenhar essa função, porém, com outra denominação, como é o caso dos agentes sociais.

A profissionalização desses agentes no Brasil surgiu através da necessidade de mão-de-obra de enfermeiros(as) no interior dos hospitais, comprovada através da realização de um diagnóstico do setor. E na tentativa de suprir essa necessidade, alguns hospitais criaram escolas de enfermagem, como foi o caso do Hospício Nacional de Alienados e do Hospital Samaritano, outros contratavam enfermeiras estrangeiras para realizarem os serviços das enfermarias, como ocorreu no hospital dos estrangeiros e por fim, na maioria dos casos, contratavam pessoas sem instrução para trabalhar nos hospitais, e lá recebiam algumas instruções dos médicos, apenas para poderem executar os serviços de que se encarregavam como ocorreu no Hospital São Sebastião através de Carlos Seidl.

Os discursos apresentados pelos médicos brasileiros convergiam para uma afirmativa: que para a obtenção do sucesso dos sistemas assistenciais era necessário ter agentes capacitados pelos próprios médicos para que pudessem auxiliá-los. De forma que, o que desejavam era formar agentes especializados para atuar nos seus campos de atuação.

Para embasar seus discursos sobre esses profissionais, traziam em suas falas as experiências de países como Estados Unidos e Inglaterra, locais onde o ensino de enfermagem era mais avançado, e que a utilização desses profissionais no campo da saúde vinha obtendo bons resultados, estabelecendo sua eficácia.

Porém podemos destacar que a profissionalização da enfermagem no Brasil não foi iniciada com mulheres, como ocorreu na Inglaterra e Estados Unidos, mas com homens. E, que esses homens se bem treinados, poderiam se tornar excelentes enfermeiros, como afirmou Miss Jane A. Jackson.

Nos discursos médicos apresentados em 1909, percebemos que, naquele momento, os porta-vozes não transpareceram preocupações inerentes ao tipo de gênero desses profissionais, como visto com os agentes sociais, que deveriam ser homens do povo. Diferentemente do que aconteceu na década de 1920 com as enfermeiras visitadoras, que pelos registros de Fontenelle, percebemos uma alteração no discurso médico na preferência pelas mulheres.

Em suas falas, os agentes médicos não queriam apenas que os enfermeiros recebessem instrução em escolas, mas que eles fossem educados de acordo com as particularidades de cada especialidade, se possível em escolas próprias da especialidade. Como foi o caso da Escola da Assistência aos Alienados e da Escola de Enfermeiras de Crianças. Ou seja, eles não queriam apenas pessoas treinadas, eles queriam agentes capacitados por eles, na doutrina e domínio deles.

Na busca dos desdobramentos das propostas apresentadas, ao lançarmos nosso olhar para os anos seguintes, inferimos que Juliano Moreira, Azevedo Lima e Clemente Ferreira, conseguiram exercer um efeito de teoria, fazendo com que acontecesse o que anunciaram naquela ocasião.

Inicialmente no mesmo ano, em 1909, foi estabelecido temporariamente a inspeção médica escolar à nível municipal no Rio de Janeiro, pelo General Serzedello Corrêa. E em definitivo, em 1916, através do empenho de Azevedo Sodré. Sendo comprovada a participação os dois, Serzedello Corrêa e Azevedo Sodré, no IV Congresso Médico Latino-Americano, o que demonstra que ao ouvirem o discurso de Clemente Ferreira foram convencidos a importância do mesmo e se aproveitando da posse do capital político implementaram a proposta.

Para atender aos apelos do congresso de se ter agentes auxiliando os médicos nos serviços de visitação aos doentes, a primeira iniciativa foi tomada em 1911 pelo próprio

Clemente Ferreira, que convencido da utilidade dessa agente, contratou uma enfermeira para trabalhar no serviço de Proteção à Primeira Infância, do Serviço Sanitário de São Paulo, que estava sob a sua direção.

Nesse mesmo ano, em 1911, foi dado o primeiro grande passo para a implantação do sistema de assistência hetero-familiar, através da aprovação do Decreto nº 8.834, no qual estabelece as colônias, masculinas e femininas, e na periferia delas a assistência hetero-familiar.

Com a posse de Gustavo Riedel, em 1918, da direção da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, este que era discípulo de Juliano Moreira, ele dá início a reformas em um dos pavilhões da colônia e o intitula Ambulatório Rivadávia Corrêa. Em 1921, foram construídas doze pequenas casas, que eram arrendadas às famílias das enfermeiras para que acolhessem duas ou mais alienadas. Dessa forma, estava implantado o sistema alemão de assistência hetero-familiar.

A questão da visitação de tuberculosos, que foi chamada atenção por Azevedo Lima, teve seu desfecho no ano de 1920, através de duas instituições. A primeira foi a Cruz Vermelha Brasileira, que ao criar o Departamento de Profilaxia contra a Tuberculose, inaugurou o Curso de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, através de Amaury de Medeiros.

E a segunda, o Departamento Nacional de Saúde Pública, que em novembro de 1920, quando Fontenelle assumiu a Direção temporária da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. E em dezembro de 1920, através de um curso teórico e prático de dois meses, iniciou a instrução de moças pretendentes para o cargo de enfermeiras visitadoras. As quais tinham funções muito semelhantes dos agentes sociais, propostos por Azevedo Lima.

Por fim, concluímos que, os discursos desses médicos à respeito da enfermagem, podem ser considerados como de alta eficácia simbólica. Pois o que prescreveram em 1909 estruturou ações que ocorreram até a gestão do cientista e sanitarista Carlos Chagas, no Departamento Nacional de Saúde Pública, espaço técnico e político adequado para o desenvolvimento da enfermagem anglo-americana, na década de 1920. E que até o momento desta investigação são consideradas na historiografia da enfermagem brasileira fundamentais e inovadoras, creditando-as apenas à Carlos Chagas e seus auxiliares, porém evidenciamos nesta investigação, vestígios dessas ações nas proposições das especialidades médicas, durante a força do ideário sanitário do cientista Oswaldo Cruz, que demarcou a modernização da ciência e da sociedade brasileira, repercutindo efetivamente na profissionalização da enfermagem sobre a égide das especialidades médicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. Perspectivas sanitárias e representações médicas nos congressos médicos latino-americanos (1901-1913). **Horizontes**, volume 21 janeiro/dezembro de 2003, p. 37- 47. Horizontes, Bragança Paulista, v. 21, p. 37-47, 2003.

ALMEIDA, M. Circuito aberto: idéias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos Primórdios do século XX. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v. 13, n.3, p.733-57, jul. - set. 2006.

ALMEIDA, M. Congressos médicos, redes e debates locais na América Latina no início do século XX. In: **XXIV Simpósio Nacional de História - História e Multidisciplinaridade: territórios e deslocamentos**, 2007, São Leopoldo. Anais do XXIV Simpósio Nacional de História - História e Multidisciplinaridade: territórios e deslocamentos, 2007.

ALVAREZ, T. **Prevalência da resistência as drogas do *Mycobacterium Tuberculosis* associada ao tratamento auto-administrado parcialmente intermitente comparada ao tratamento diário**. Tese de doutorado, UNB; Brasília, 2009.

ALVES-MASSAOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método em ciências sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo (SP): Pioneira; 1998, p. 169.

ALVES, E.; TUBINO P. **História da mulher na medicina**, 2009. Disponível em: http://e-groups.unb.br/fm/hismed/arquivos/historia_da_mulher_na_medicina.pdf. acesso em 05 de janeiro de 2010.

ANTUNES, J.; WALDMAN, E.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol. 5, n.2, PP. 367-379.

AMARANTE, Paulo. “Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil”. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

ARAÚJO, A. A. C. A ciência como forma do conhecimento. **Ciências & Cognição**, v. 08, p. 127-147, jun. 2006.

ARQUIVO OSWALDO CRUZ. **PROGRAMA MEMÓRIA DO MUNDO DA UNESCO COMITÊ NACIONAL DO BRASIL REGISTRO NACIONAL**, 2007. Disponível em: www.portalan.arquivonacional.gov.br/arquivo%20Oswaldo%20Cruz%20completo.pdf. Acesso em 13 de agosto de 2010.

ASSISTENCIA PUBLICA E PRIVADO NO RIO DE JANEIRO. **História e Estatística**. Typographia do Anuario do Brasil. Rio de Janeiro, 1922.

AYRES, L. **As enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no início do Século XX.** [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UNIRIO, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4ª. Ed. Editora: Edições 70, 2008.

BENCHIMOL, J. **Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Èpoque.** Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 1990, p.18-26.

BENCHIMOL, J. L. **Pereira Passos: Um Haussmann tropical:** A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro, Biblioteca Carioca, v.11, 1992.

BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp. 265-292.

BECKER, Johann; PAZTMANN, Löre; GROSS, Talita. Correspondência de Adolpho Lutz: cartas selecionadas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Apr. 2003 .

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Lisboa: DIFEL. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

BOURDIEU, P. **Economia das trocas lingüísticas.** São Paulo, Edusp, 1998.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico.** São Paulo, UNESP, 2003.

BOURDIEU, P. **Contribuição para uma economia dos bens Simbólicos.** São Paulo, Zoouk, 2004.

BOURDIEU, P. **O senso prático.** Petrópolis (RJ). Ed Vozes, 2009.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** 4ª ed. São Paulo: Editora Ática. 2006, p. 30-59.

BRASIL. **Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores – Maternidade do Rio de Janeiro, 1903-1904.** p. 337-342.

BRASIL. **Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores – Seção Assistência a Alienados, 1909,** p.119.

BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911. **Regulamento da Assistência a Alienados.** Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=37804>. Acesso em 15 de junho de 2010.

BRASIL. **Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores – Seção Assistência a Alienados, 1912.**

BRASIL. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Dispõe sobre a aprovação do regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro (DF), 1920.

BRASIL. Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores – Seção Assistência a Alienados, 1921.

BRASIL. História da febre amarela no Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais. Rio de Janeiro, 1969.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.bn.br/portal/arquivos/pdf/Lei%209.610%20de%2098.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2010.

BRASIL MEDICO. Homenagem da Classe Médica Brasileira ao Dr. Oswaldo Cruz. In: **Revista Brazil Medico**. Anno XXIII, Num. 47, dez. 1909.

BRASIL MEDICO. Associações científicas. Sociedade de Medicina e Cirurgia. In: **Revista Brazil Medico** 1909. p. 336-337.

BRASIL MEDICO. Chronicas e Noticias. IV Congresso Médico Latino-Americano. In: **Revista Brazil Medico**, 1909, p. 380.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, jul.-set. 2007.

CAMPOS, M.C.S . **A Associação da fotografia aos relatos orais na construção histórico-sociológica da memória familiar: reflexões sobre a pesquisa sociológica.** São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução Histórica da Educação em Saúde como Disciplina de Ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — 1925 a 1967 . **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, 22 (4):347-65, 1988.

CARDOSO, A. As colônias de alienados – retrospectiva e visão do futuro da colônia de psicopatas do engenho de dentro. In: **Annaes da Colônia Psychopatas**. Rio de Janeiro: Gomes Pereira; 1929. p. 45-59.

CARRIJO, A. **Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola nightingaleana no Brasil (1959-1970).** Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007. P.147.

CARVALHO, A. **Associação Brasileira de Enfermagem (1926-1976):** documentário. Brasília: ABEn, 1976.

CASTRO, H. História Social. In: CARDOSO, C. F; VAINFAS, R. **Domínios da História: Ensaios de teoria e metodologia.** Editora Campus, Rio de Janeiro, 1997.

CASTRO SANTOS, L. A. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da

enfermagem em escala mundial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.13-28, jan-mar., 2008.

CLEMENTE MIGUEL DA CUNHA FERREIRA. Disponível em: <http://www.sociedadeclementeferreira.org.br/index.php?codconteudo=3>. Acesso em 5 de junho de 2010.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Editora Campus Ltda., Rio de Janeiro, 1981.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1986, p.81-99.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **Histórico da Cruz Vermelha Brasileira (1908-1923)**. Rio de Janeiro. Órgão Central. Cruz Vermelha, 1923. p.254.

DEL PRIORE, M.; VENÂNCIO, R. P. **O Livro de Ouro da História do Brasil – do descobrimento à Globalização**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001, 2ª Reimpressão, p. 296-348.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 17 ed., São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.

ELIAS, N. Profissões (verbete). In: BENEDITO, S.; NETTO, A; *et al.* **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1987.

ESPÍRITO SANTO, T. **Em busca de notícias sobre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospício Nacional de Alienados veiculadas no Jornal do Comércio (1890-1920)**. Rio de Janeiro: UNIRIO; 2005. Relatório final de Pesquisa.

ESPÍRITO SANTO, T. **As Enfermeiras Francesas na Capital Federal (1890-1895)**. [dissertação de mestrado]. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

FERREIRA, Clemente. **Inspeção médica dos colegiais**. 4ª congresso Médico Latino Americano. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

FONTENELLE, J.P. **“Higiene e Saúde Pública”**, Capítulo para a edição comemorativa do Centenário da Independência. Rio de Janeiro, Instituto Histórico Geográfico Brasileiro, 1922.

FRANCO, T.; SANTOS, E. Mulheres e cirurgiãs. **Rev. Col. Bras. Cir.** [online]. 2010, vol.37, n.1, pp.

GARCIA, J. C. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. Coleção pensamento social e saúde, v.5. São Paulo, Cortez, 1989, p. 127-147.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. **Quarto Congresso Médico Latino-Americano**. Vol XLI, número 2, Ago.1909.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre a saúde pública e a construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-60, 1993.

JACKSON, J.A. Nursing in Brazil. **The American Journal of Nursing**. Vol. 2, nº1. Oct. 1901, p. 56-60.

JORGE, M. **Engenho de dentro da casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental** [Dissertação de Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.

LIMA, A. Da assistência aos doentes nos dispensários. **Revista Brazil Medico**. Anno XXIII, Num. 47, dez. 1909.

LIMA, J. **O início da assistência à loucura no Brasil**. 2009. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/14411/14411.PDF>. Acesso em 06 de janeiro de 2010.

LOYOLA, C. M. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. Ed. Cortez, São Paulo; Ed. UFRJ, Rio de Janeiro, 1994.

MACHADO, Roberto [et al] **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

MEMORIAL PROF. JULIANO MOREIRA. **Biografia**. Disponível em: Em: <http://www.memorialjulianomoreira.ba.gov.br/biografia.asp>. Acesso em 5 de junho de 2010).

MORAES, J. **Discutindo a História do Brasil - Cidade e cultura urbana na Primeira República**. São Paulo: Atual Editora, 1994.

MORAIS, F. T.; AMORIM, W. M. As Contribuições do II Congresso Médicos Latino-Americano para a Enfermagem no Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009 jan-mar 13 (1): 56-65, 2009.

MORAIS, F. T.; AMORIM, W. M. As contribuições dos II e III Congressos Médicos Latino-Americanos para a enfermagem no Brasil. **Relatório Final de Pesquisa**. UNIRIO, 2008. 38p.

MOREIRA, A. Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. In: MOREIRA, A.; GEOVANINI, T.; DORNELLES, S.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem - Versões e interpretações**. Ed. Revinter, 1995, p.41-86.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da Enfermagem Brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MOREIRA, J. **Quaes os melhores meios de assistência aos alienados**. Rio de Janeiro. Imprensa Nacional, 1909.

MOTT, M.L. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920), **cadernos pagu** (13) 1999: pp.327-355.

MOTT, M. L. ; TSUNECHIRO M. **História da Enfermagem: novas fontes, novas perspectivas**. Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem, 1. 2000. Anais Rio de Janeiro, ago. 2000.

NASCIMENTO, D.R Preventório Rainha Dona Amélia:Um sanatório para crianças enfraquecidas. Asclepio. **Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**, 2008, vol. LX, nº 2, julio-diciembre, págs. 143-166.

PADILHA, M. I. **A mística do silêncio – A enfermagem na Santa casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Ed. Universitária/ UFPel – Pelotas (RS), 1998.

PAIVA, E. F. **História & Imagens**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

PARAIZO, R.C. **A representação do patrimônio urbano em hiperdocumentos: um estudo sobre o Palácio Monroe**. Tese (Mestrado em Urbanismo)–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. 132 f.

PATTO, M.H.S. Ciência e política na primeira república: origens da psicologia escolar. **Mnemosine**. Vol. 1, nº0, p.203-225 (2004.)

PEREIRA ,L. . Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no estado de São Paulo. In: Antunes EH, Barbosa LHS, Pereira LMF. **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira**. São Paul(SP): EDUSP; 2002.

PEREIRA NETO, A. F. Os médicos e as enfermeiras visitadoras. in: PEREIRA NETO, A. F. **Palavras, gestos e intenções. Os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922)**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social, 1997 (Tese de Doutorado). 332p. p.145-157.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996. 304p.

PORTO, F. **Os ritos institucionais e a imagem pública da enfermeira brasileira na imprensa ilustrada: o poder simbólico no click fotográfico (1919-1925)** [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007.

PORTO, F. & SANTOS, T. C. F. **A enfermeira brasileira na mira do cliq fotográfico (1919-1925)** in: PORTO, F. & AMORIM, W. (org). **História da Enfermagem Brasileira: lutas ritos e emblemas**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007.

PORTO, F. **Cruz Vermelha Brasileira e Anna Nery**. [Relatório de Pesquisa de Pós-doutorado]. São Paulo, 2009.

PORTO, F.; LESSA, T.; MOREIRA, A. O legado do diretor da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto Gustavo Köhler Riedel (1921-1934). **Rev Enferm UFPE** on line [periódico na internet]. 2010

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 2002.

QUARTO CONGRESSO MEDICO LATINO AMERICANO. **A Medicina no Brazil**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909, 127 p.

RELATÓRIO DO MINISTERIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES. **Maternidade do Rio de Janeiro**, 1904.

RELATÓRIO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES. **Sessão de Assistência a Alienados**. 1909 - 1921.

RESENDE, G. Assistência hetero-familiar na Colônia de Psicopatas de Engenho de Dentro. In: **Anais da Assistência a Psicopatas**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional. 1932. p. 133-138.

SALMON, P. **História e crítica**. Coimbra: Editora Almedina, 1979.

SCHREFER, S. **Nursing reflections: A century of caring**. St. Louis, MO: Mosby, Inc. (2000).

SILVA, N. ; GARCIA, R. Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, Ano 10, n. 2, 2010. p. 613-632.

SILVEIRA, P.; AMORIM, W. **O relatório Goldmark e o ensino de Enfermagem em nível de graduação, 1923**. Relatório final de Iniciação Científica. DPq-PROPG/UNIRIO 2010.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimentismo populista. In: GEOVANELA et al. (Orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-434.

SOUZA, M. **O pioneirismo de uma médica pelotense**. Pelotas (RS) Universidade Federal de Pelotas; 2010. Trabalho de conclusão de curso.

APÊNDICE 1

Matriz de Análise Fotográfica**1 - Dados de Identificação**

- Local do acervo:
- Nome da revista ilustrada:
- Ano de publicação:
- Número do exemplar:
- Página que se encontra a imagem fotográfica:
- Data da publicação do exemplar da revista:
- Título ou manchete que acompanha a fotografia:

2- Dados para o Plano de Expressão

- Crédito da imagem fotográfica:
- Relação texto Imagem:
- Legenda:
- Resumo do texto:
- Tipo de foto:
- Formato:
- Plano
- Sentido:
- Localização da imagem na página:

3 -Dados para o Plano de Conteúdo

- Local retratado:
- Pessoas retratadas:
- Tema da imagem retratada:
- Atributos:
 - Pessoais:
 - Paisagem:

4- Dados Complementares obtidos de outra imagem fotográfica

- Origem da informação:
- Informação complementar: