

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

**O SABER E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA
APROPRIAÇÃO PELA MEDICINA E PELA ENFERMAGEM
INSTITUCIONALIZADAS**

DENISE PIRES

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Curso de Mestrado em Sociologia
Política da Universidade Federal de
Santa Catarina.

FLORIANÓPOLIS-SC

1988

DENISE PIRES

O SABER E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA
APROPRIAÇÃO PELA MEDICINA E PELA ENFERMAGEM
INSTITUCIONALIZADAS

ORIENTADOR: Profº Eduardo José Viola

CO-ORIENTADORES: Profa. Maria Cecília Puntel de Almeida

Profa. Eleonor Conill

FLORIANÓPOLIS-SC

1988

"A Divisão manufatureira do trabalho opõe ao trabalhador as forças intelectuais do processo material de produção como uma propriedade exterior a ele, uma força que o domina. Esta divisão começa na cooperação simples em que o capitalista representa, perante cada trabalhador isolado, a unidade e a vontade do corpo social; desenvolve-se na manufatura, que faz do trabalhador uma parcela de si mesmo; e completa-se na grande indústria, que faz da ciência uma força produtiva independente do trabalho e a coloca a serviço do capital".

AGRADECIMENTOS

- Aos amigos e companheiros de trabalho da ABEn-SC, que com sua disponibilidade para o trabalho associativo cobriram as minhas ausências e possibilitaram a realização deste trabalho;

- Ao Profº Eduardo Viola que com suas críticas me fez rever e entender muitos conceitos, soube compreender as minhas dificuldades em compatibilizar o trabalho de professor e de dirigente da ABEn-SC com o de pesquisador, além de contribuir efetivamente para a realização deste trabalho;

- A amiga Eleonor Conill que além de sua grande contribuição como co-orientadora, colocou a minha disposição todo o seu material didático e produção teórica;

- A colega Maria Cecília Puntel de Almeida que além de co-orientadora estimulou com a sua produção no campo da enfermagem a continuidade de investigações críticas como caminho para desvendar a problemática atual da enfermagem;

- Em especial a Profa. Isolde Spíndola por ter aceitado revisar a redação deste trabalho, a Rosimere Gutihã Meurer pelo trabalho de datilografia e ao Geraldo Luchesi que além de ajudar na discussão do trabalho contribuiu indicando bibliografias e locais de pesquisa;

- As colegas Mariza Monticelli e Maria Tereza Leopardi da Rosa, por sua ajuda na tradução de textos necessários para o entendimento da problemática em estudo e a Profa. Mercedes Trentini pelo estímulo e auxílio na discussão do projeto e pela elaboração do abstract;

- Aos amigos e muito especialmente ao Jorge que con
tribuíram na discussão do meu problema de pesquisa e me de
ram o carinho e apoio necessário para conseguir enfrentar
as dificuldades e concluir este trabalho;

- Aos meus pais pelo carinho e pelo esforço em propi
ciar a minha formação profissional.

RESUMO

A fim de identificar o processo de apropriação do saber e das práticas do campo da saúde pela medicina e pela enfermagem como profissões institucionalizadas foi investigado: 1) o saber e as práticas assistenciais da sociedade indígena brasileira; 2) as modificações deste saber e prática com a colonização; 3) o processo de transformação do saber de saúde em saber médico e 4) o processo de trabalho nas instituições hospitalares e de saúde pública no Brasil capitalista, de onde emerge o trabalho da enfermagem como campo do saber específico.

Verificou-se, neste estudo, que:

- Nas sociedades indígenas o ato de saúde, era exercido por um indivíduo especial que desenvolvia um trabalho de característica globalizante, onde o exercente da prática de saúde era responsável pelo diagnóstico, pela decisão terapêutica, pelo cuidado e pelo preparo dos medicamentos;

- Na sociedade colonial brasileira até o início do século XIX, o ato de saúde passou a ser desenvolvido por múltiplos agentes, a maioria sem preparo formal, mas com características de ofício e por uma pequena minoria de físicos e cirurgiões formados nas universidades européias. O estado brasileiro não estava estruturado e não havia qualquer organização normativa digna de ser chamada de política de saúde. O processo de trabalho dos exercentes das ações de saúde tinha a característica do trabalho independente do artesão, surgindo especializações em determinados ramos ou atividades da arte de curar, típico da divisão têcnica do

trabalho, sendo que, na maioria das vezes, o que predominava era a assistência de característica globalizante, de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente;

- Durante o século XIX, verifica-se o processo no qual os físicos e cirurgiões se apropriam dos conhecimentos de saúde, transformando-os em saber médico. Este processo se deu através da institucionalização da sua prática, do seu processo de formação profissional e de reprodução dos conhecimentos, de sua articulação com o estado e da criação de entidades associativas, emissoras de normas reguladoras do exercício profissional.

No bojo das transformações estruturais e políticas da sociedade oitocentista o saber de saúde transformado em saber médico é necessário para o desenvolvimento das condições necessárias para a implantação do capitalismo brasileiro. E, é da articulação dos médicos com o estado e com o setor hegemônico da sociedade da época, que emerge o reconhecimento social do grupo, detentor agora do "verdadeiro saber de saúde" e responsável central pelo ato de saúde.

No início do século XX verifica-se o processo de mudança da estrutura pré-capitalista brasileira rumo ao modo de produção capitalista. O reflexo deste processo, no setor saúde, verifica-se com: a maior intervenção do estado na assistência, com a criação de um esboço de estrutura estatal responsável pelas ações de saúde, com o aparecimento mais efetivo de disposições legislativas para o setor e com a organização das instituições assistenciais nos moldes empresariais. E no bojo deste processo que a enfermagem se apropria de parte dos conhecimentos e da prática de saúde

e se institucionaliza como uma profissão, detentora de um campo específico do saber de saúde. Se organiza no âmbito institucional e se responsabiliza por parcela do ato de saúde delegada pelos médicos que desenvolvem o papel de gerenciadores do ato assistencial. Surgem mais profissões no campo da saúde e o processo de trabalho em saúde se transforma, convivendo, no mesmo momento histórico, a divisão técnica e parcelar do trabalho.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the process of taking possession of the theoretical and practical approaches by the medical and nursing as institutionalized professions in Brazil. In order to achieve this purpose the following objectives were stated. 1) To identify the health framework and the health care procedures of the Brazilian Indian community. 2) To verify: a) the change occurred in this framework and health care procedures throughout the period of Brazilian colonization, b) the transformation process of the theoretical framework from the health approach to the medical approach, c) the work process in the hospital and public health settings where nursing practice has emerged as an area of specific knowledge influenced by the capitalist philosophy that believes in the division of labor.

The findings showed that: the health framework of Indian communities had broad characteristics. Within this framework the health care giver was a person who developed such functions as making the health diagnosis, making decisions about therapeutic procedures and preparing medication.

Until the early nineteenth century the health care procedures under Brazilian colonization were carried out by many different kinds of people. The majority of them did not have any formal education, however, some of them were phisicists and some were surgeons who had graduated from Europeans Universities. At that time, the Brazilian State was not formally organized yet and there was not a health

system worthy of the name. The work of the health care giver had the same characteristics of independent labor. For this reason, specialization programs have emerged in various health fields which revealed a typical labor division philosophy. However, the patients' needs usually required a more generalist care approach instead of a specific one.

During the nineteenth century the physicists and surgeons took possession of the health theoretical approach and transformed it into a medical approach. This transformation occurred through the regulation of their professional practice, their formal education process, the transmission of their knowledge, their linkage with the government, establishing of medical associations and through rules for their professional roles. The transformation of health theoretical framework from the health approach to the medical approach was helpful for the process of implementing Brazilian capitalism.

The physicians linkage with the government and with the society had an influence on the physician's social status. At the present time, physicians are the holders of the real health theoretical framework and they are also viewed as the decision-makers in the health field.

In the beginning of twentieth century the Brazilian structure started to change from precapitalist to capitalist production. This process had an effect on the health field: the government came to have an intervention in the health care through the establishment of a legal system which was responsible for the health care. During this process, nursing started to take possession of a part of health theoretical

and practical approach and became a institutionalized profession. Since that time, nursing has taken possession of the theoretical framework of a health specific area, nursing, then, began to be responsible for a health care part which was authorized by the physicians who have had the role of the manager of health care. At that time emerged other health professions and the health work process was modified giving rise to the technical division of the labor.

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO	vi
ABSTRACT	ix
1 - INTRODUÇÃO	01
2 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	15
2.1 - Universo de Estudo	15
2.2 - Instrumentos	16
2.3 - Plano de Análise	18
3 - O SABER E O TRABALHO DE SAÚDE NAS SOCIEDADES TRIBAIS E NOS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS AN TES DA COLONIZAÇÃO	21
3.1 - O Saber e a Prática de Saúde nas Socie dades Tribais	22
3.2 - Características Culturais dos Povos In dígenas Brasileiros por Ocasião da Co lonização	25
3.3 - Quadro Mórbido e Terapêutica empregada pelos Indígenas no Início de 1500	31
3.3.1 - Quadro mórbido	31
3.3.2 - Terapêutica	33
3.4 - O Saber, a Prática de Saúde e a Divisão do Trabalho	36
4 - O SABER E O TRABALHO DE SAÚDE NO BRASIL COM A COLONIZAÇÃO ATÉ A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDI CINA	42

4.1 - A Prática dos Exercentes das Ações de Saúde no Brasil com a Colonização	43
4.2 - As Santas Casas e a Medicina Monástica ..	50
4.2.1 - As santas casas de misericórdia	50
4.2.2 - A medicina monástica - Os jesuítas no Brasil	55
4.3 - A Política Sanitária e o Estado	62
4.4 - Saber, Poder e Divisão do Trabalho	67
4.4.1 - A divisão do trabalho no setor saúde ..	67
4.4.2 - O saber de saúde	68
4.4.3 - Saber e profissão na prática laica e monástica	79
4.5 - Precursoros da Enfermagem Profissional .	79
4.6 - O Caráter Masculino das Profissões de saúde	82
5 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA	91
5.1 - A Política de Saúde no Século XIX	92
5.1.1 - O quadro do desenvolvimento científico	92
5.1.2 - A conjuntura político-econômica e o quadro institucional na saúde	98
5.1.2.1 - A situação da saúde no início do século	98
5.1.2.2 - O império e a saúde	106
5.1.2.3 - A política de saúde após a proclamação da república	112
5.2 - A Formação dos Médicos	127
5.2.1 - A escola de medicina em especial a do Rio de Janeiro	133

5.3 - O Saber Médico e a Divisão do Trabalho no Setor Saúde	153
5.3.1 - A divisão do trabalho no setor saúde ..	155
5.3.2 - O saber médico	161
6 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM	170
6.1 - Caracterização do Trabalho dos Precurs <u>o</u> sores da Enfermagem no Brasil	171
6.1.1 - As parteiras	171
6.1.2 - O trabalho caritativo e a ideologia da submissão	183
6.1.2.1 - A assistência religiosa	183
6.1.2.2 - Voluntárias leigas	190
6.2 - A Enfermagem Profissional	192
6.2.1 - O surgimento da enfermagem como pro <u>f</u> fissão no mundo	192
6.2.2 - A enfermagem profissional no Brasil ...	199
6.2.2.1 - As primeiras escolas para formação de pessoal de enfermagem no Brasil ..	199
6.2.2.1.1 - Escola Alfredo Pinto	199
6.2.2.1.2 - Escola da Cruz Vermelha	205
6.2.2.1.3 - Cursos de formação de enfermeiros do exército	207
6.2.2.2 - A Escola Ana Neri	207
6.2.2.2.1 - Antecedentes imediatos da criação da escola	210
6.2.2.2.2 - A Escola de Enfermeiras e o Servi <u>ç</u> ço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública	212

6.2.2.2.3 - A ideologia da enfermagem profissional e sua articulação de classe	219
6.3 - A Divisão do Trabalho na Enfermagem e na Saúde	224
6.4 - O Saber de Enfermagem na sua Emergência como Profissão	228
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	234
8 - BIBLIOGRAFIA	242

1 - INTRODUÇÃO

Foi da minha prática nos serviços de saúde, como enfermeira e como docente, tentando refazer a prática tradicional compartimentalizada e conflitiva entre os trabalhadores do setor saúde e internamente a enfermagem, que surgiram os questionamentos básicos que motivaram este trabalho. Estes questionamentos foram: o que determina que as relações de trabalho no setor saúde sejam tão competitivas e parcelares, onde o conceito de equipe de saúde torna-se uma mera digressão teórica materializando-se na prática como um conjunto de trabalhadores responsáveis por tarefas específicas e parcelares do ato de saúde, sendo que o controle de todo o processo em que se desenvolve o ato assistencial fica a cargo de um desses profissionais que é o médico, o qual nomeia a assistência e hegemoniza o saber de saúde? De onde vem este poder médico no setor saúde? Como se deu, historicamente, o processo que transformou o médico no proprietário legal do saber de saúde, elemento central da assistência de saúde e os outros profissionais do setor em auxiliares complementares do trabalho médico?

Esta reflexão sobre a prática dos profissionais de

saúde no setor, veio a transformar-se em um objeto de pesquisa, após a minha participação com o grupo de colegas que dirigem a Associação Brasileira de Enfermagem em Santa Catarina desde 1980, e que elaboraram trabalhos sobre a prática da enfermagem, as condições de trabalho da categoria, as relações de trabalho internamente à categoria e o papel da enfermagem na política assistencial de saúde⁽¹⁾, refletindo criticamente o papel social desempenhado pela categoria, bem como as determinações da atual crise da enfermagem e que mais agudamente vem afetando os enfermeiros, constituindo-se numa crise causada pela desvalorização e falta de identidade profissional, pelo desemprego, subemprego e evasão profissional, agravada pelo arrocho salarial sem precedentes e pela piora das condições de trabalho⁽²⁾.

As nossas reflexões, neste grupo, apontaram que as causas da problemática da enfermagem não seriam encontradas

-
- (1) - FARIA, Eliana et alii. O mercado de trabalho da enfermagem em Santa Catarina. Concórdia, 1981. Tema Central da IX Jornada Catarinense de Enfermagem.
- FERREIRA, Sílvia et alii. Realidade e perspectivas da enfermagem em Santa Catarina. Florianópolis, 1983. Tema Central da XI Jornada Catarinense de Enfermagem e IIIº ENF-SUL.
- FONSECA, Vera M.A. et alii. Questões trabalhistas da enfermagem. Criciúma, 1985. Tema Central da XIII Jornada Catarinense de Enfermagem.
- CAPELLA, Beatriz et alii. Profissionalização da enfermagem - uma necessidade social. Florianópolis, 1987. Tema Central da XV Jornada Catarinense de Enfermagem.
- FARIA, Eliana et alii. Ensino e prática de enfermagem. Itajaí, 1984. Tema Central da XII Jornada Catarinense de Enfermagem. (Mimeo.).
- LORENZETTI, Jorge. Valorização da enfermagem. Joinville, 1982. Tema Central da X Jornada Catarinense de Enfermagem.
- CELLA, Eva M. et alii. A enfermagem e a constituinte. Jornada Catarinense de Enfermagem, XV, Chapecó, 1986. Anais ... Florianópolis, UFSC, 1987. p. 8-47.
- (2) - LORENZETTI, Jorge. A problemática do exercício da enfermagem no estado de Santa Catarina. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 7(2):336-343, jul. 1986.

com a continuidade da postura histórica da categoria, de só realizar análises internas à profissão, refletindo acriticamente as articulações feitas no campo social e assumindo uma posição passiva frente as determinações da política de saúde preocupando-se, fundamentalmente, com o aprimoramento dos conhecimentos técnicos para melhor executar estas políticas, sem qualquer questionamento sobre o porque da existência desta ou daquela política, naquele determinado momento histórico ou a que grupos sociais estas políticas tem servido. Neste caminho, as respostas as minhas questões básicas deveriam vir da análise histórica do setor saúde e de suas articulações infra e supra estruturais.

Nesta época, já pude contar, além de toda a produção teórica já existente sobre a prática médica e suas determinações histórico-sociais, com a recente produção de uma corrente de pensadores na área da enfermagem como Maria Cecília Puntel de Almeida, Raimunda Medeiros Germano, Graciete Borges da Silva, Stela Barros, Jorge Lorenzetti, Delvair Alves Brito e outros, que tem contribuído enormemente para essa ruptura que a categoria precisa fazer com a sua história de passividade e reprodução das ideologias dominantes.

Para estudar a origem da problemática das relações de trabalho no setor saúde e a origem da hegemonia médica no campo do saber e da prática de saúde, escolhi a análise da história do saber e da prática de saúde e as modificações ocorridas no saber e nesta prática nos diversos momentos históricos, por acreditar que só a análise crítica da reconstituição histórica do setor seria capaz de responder a minha questão central, ou seja, de como se deu a apropria

ção médica do saber de saúde e também que processo determinou a sua consolidação como categoria hegemônica no setor.

Após realizar os cortes necessários à definição de um objeto de trabalho exequível e após uma consulta preliminar a bibliografia sobre a história do mundo ocidental, história da ciência, história do setor saúde e sobre estes temas no Brasil, verifiquei a possibilidade de responder aos meus questionamentos básicos caracterizando o saber e a prática de saúde no Brasil e analisando como se deu o processo de apropriação deste saber e desta prática com a emergência das profissões de saúde institucionalizadas. Face a dificuldade de aprofundar o processo de emergência de todas ou várias destas profissões, optei por caracterizar o processo de emergência de duas delas, a medicina e a enfermagem, por representarem parte fundamental do núcleo assistencial em saúde e para mim se apresentarem mais familiares, devido as minhas características profissionais, no sentido de permitir mais facilmente o acesso as fontes de consulta.

Para desenvolver o tema escolhi um marco teórico do qual emanou a definição dos conceitos básicos que orientaram todo o trabalho. O marco teórico escolhido foi o materialismo histórico e a lógica dialética que forneceu os elementos necessários para o entendimento das mudanças ocorridas no processo de trabalho dos profissionais de saúde e na divisão do trabalho. Permitiu um entendimento qualitativo das mudanças, fornecendo, assim, elementos que poderão ser utilizados no direcionamento da nossa intervenção atual e futura, enquanto categoria profissional nas lutas por mudanças nas atuais relações de trabalho do setor saúde.

Dos conceitos básicos que permearam todo o trabalho destaco o de saber e de divisão do trabalho como fundamentais e por isso já serão aqui caracterizados.

Entendo saber, como parte dos meios de trabalho, isto é, como parte do instrumental que os profissionais de saúde utilizam para atuar sobre o seu objeto de trabalho. Portanto, o saber de saúde será apreendido pela análise dos conhecimentos que subsidiam as ações práticas de saúde e o saber de cada profissão de saúde será apreendido pela caracterização dos conhecimentos que subsidiam as atividades especializadas, típicas de cada uma destas profissões.

O referencial teórico central, do qual emana este conceito de saber, que já foi utilizado por ALMEIDA⁽³⁾ para a análise do saber de enfermagem é o materialismo histórico e a análise marxista de processo de trabalho.

Para MARX, o trabalho é o fundamento da vida social e assume características determinadas em cada momento histórico dado. Portanto, todos os momentos do trabalho, a finalidade, o objeto e os meios de trabalho são categorias sociais necessitando assim ser analisados. "No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atuam por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso. um material da natureza adaptado às necessidades através da mudança da forma"⁽⁴⁾.

(3) ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O saber de enfermagem e sua di-
mensão prática. São Paulo, Cortez, 1986. p. 24.

(4) MARX, K. O capital. Crítica da economia política. 8 ed. São Paulo, Difel, 1982. Livro 1, V. 1, p. 205.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade - a ação terapêutica de saúde; como objeto - o indivíduo doente ou indivíduo/grupos sadios ou expostos a risco, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final do trabalho é um serviço.

Os meios de trabalho, que são um dos momentos do processo representam uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho a fim de direcionar a sua atividade sobre esse objeto. Os meios de trabalho indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho. Existe uma relação de dupla determinação entre instrumento e objeto, são necessários instrumentos adequados a cada objeto e os instrumentos só podem ser aplicados a objetos que lhe correspondam⁽⁵⁾. GONÇALVES diz que são os instrumentos que permitem a aproximação e a transformação do objeto e que as características do objeto junto com as finalidades do trabalho determinam as características dos meios de trabalho. Mostra, também, que os meios de trabalho, entendidos como instrumentos que permitem a aproximação do objeto e possibilitam transformá-lo, podem ser entendidos separando-se em dois grupos: o primeiro grupo corresponde a dimensão intelectual do trabalho, isto é, não interfere na natureza do objeto e apenas na consciência que o trabalhador toma dele; o segundo grupo de instrumentos possibilita a transformação

(5) GIANNOTTI, J.A. Trabalho e reflexão. Ensaios para uma dialética da sociabilidade. 2 ed. São Paulo, Brasiliense, 1984. p. 95.

efetiva do objeto e corresponde a dimensão manual do trabalho⁽⁶⁾.

Aqui é introduzida outra categoria, fundamental para o âmbito deste trabalho que é a divisão do trabalho, entendida, não como uma necessidade do aprimoramento da tecnologia ou como uma condição indispensável para a eficácia técnica e sim, como uma característica da organização do trabalho que é determinada nos diversos momentos históricos pelo modo de produção típico de cada sociedade, portanto cabendo aos homens enquanto grupo social definir a forma como se relacionam com a natureza e a forma como reproduzem a sua vida social.

Como foi possível que as forças intelectuais do processo material de produção fossem emancipadas como uma força produtiva independente do trabalho, exterior ao trabalhador, transformada em tecnologia e possibilitando a criação de duas categorias: a do trabalho manual e a do trabalho intelectual?

Os homens, vivendo em sociedade, se relacionam entre si e com a natureza de modo a reproduzir a sua vida material e para MARX, é desta relação homem/natureza, homem/homem, que surge a consciência, a religião e a ideologia⁽⁷⁾. E, o mesmo autor diz que a forma como os homens produzem os

(6) GONÇALVES, R.G.M. Medicina e história - raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. p. 63-5. Tese de dissertação de mestrado apresentada a área de medicina preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

(7) MARX, K. & ENGELS, F. A ideologia alemã. Trad. Conceição Jardim e Eduardo L. Nogueira. 3 ed. Portugal/Brasil, Presença / Martins Fontes. V. 1, Cap. 1: Feuerbach, p. 18.

seus meios de vida, depende em primeiro lugar da natureza, e dos meios de existência já elaborados e que lhes é necessário reproduzir e, que esse modo de produção não representa mera reprodução da existência física dos indivíduos:

"pelo contrário, já constitui um modo determinado de atividade de tais indivíduos, uma forma determinada de manifestar a sua vida, um modo de vida determinado ... aquilo que os indivíduos são depende portanto das condições materiais de sua produção. Essa produção só aparece com o aumento da população e pressupõe a existência de relações entre os indivíduos. A forma dessas relações é por sua vez condicionada pela produção" (8).

O aumento da população, o desenvolvimento da produção da vida material gera relação entre os homens e divisão do trabalho.

Os vários estágios da divisão do trabalho correspondem as formas de propriedade da matéria, dos instrumentos e dos produtos do trabalho verificados em cada sociedade nos diversos momentos históricos dados.

Para MARX, a divisão do trabalho só surge efetivamente a partir do momento em que se opera uma divisão entre trabalho material e intelectual (9). Neste momento a consciência pode deixar de expressar a prática existente e o homem está em condições de se emancipar do mundo real e formular teorias que podem entrar em contradição com as relações sociais existentes e isto se dá porque as relações sociais existentes entraram em contradição com a força produtiva

(8) *Ibidem*, p. 19.

(9) *Ibidem*, p. 37.

existente.

A divisão do trabalho torna possível que "a atividade de intelectual e material, o gozo e o trabalho, a produção e o consumo, caibam a indivíduos distintos"⁽¹⁰⁾, portanto o tripê: "força produtiva, estado social e consciência podem e devem entrar em conflito"⁽¹¹⁾. Para acabar com o conflito será necessário acabar com essa forma de divisão do trabalho.

Do trabalho independente do artesão, que não vendia o seu trabalho e sim um produto e, que tinha controle do produto e do processo de trabalho, adveio o trabalho coletivo da manufatura, onde o trabalhador vende a sua força de trabalho ao capitalista e executa, na oficina, parcelas do trabalho que só tem algum resultado com o concurso do trabalho de outros profissionais. O trabalhador, na produção artesanal e na manufatura, é especializado num ofício ou em parcela do trabalho, sendo que nesta última o controle do processo não é mais seu e sim do patrão. Na manufatura o serviço ou o produto só existe com o trabalho coletivo na oficina. Na produção empresarial o trabalhador serve a máquina, não precisa mais ser especializado, podendo ser facilmente substituído, mas atua como um autômato executando tarefas necessárias para as máquinas funcionarem.

A divisão do trabalho, segundo MARX e BRAVERMAN⁽¹²⁾,

(10) *Ibidem*, p. 38.

(11) *Ibidem*, p. 38.

(12) -BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista - a degradação do trabalho no século XX. 5 ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1981. p. 71-2.

-MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. Op. cit. p. 18-9.

sempre existiu, desde que os homens começaram a viver em sociedade: divisão ao acaso - na sociedade comunal, especialização de atividades e formação dos ofícios - sociedade feudal e divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho - no modo capitalista de produção. Para caracterizar a divisão capitalista do trabalho GORZ, faz algumas citações de MARX, mostrando o conflito e as distorções causadas por esta forma de organização do trabalho:

"A divisão capitalista do trabalho é a fonte de todas as alienações. 'Estropia o trabalhador e faz dele uma espécie de monstro'; favorece, 'como numa estufa, o desenvolvimento de habilidades parciais, suprimindo todo um mundo de instintos e capacidades'. 'Os conhecimentos, a inteligência e a vontade que o camponês ou o trabalhador independente desenvolvem, ainda que em modesta escala', são tirados do operário e confiscados pelo capital, que os congrega em suas máquinas, na sua organização do trabalho, na sua tecnologia: 'as forças intelectuais do processo material de produção' voltam-se, assim, contra o operário, 'como uma propriedade exterior a ele, uma força que o domina'. Tal cisão entre trabalho manual e trabalho intelectual' faz do operário um trabalhador estropiado e parcial'; e da ciência 'uma força produtiva independente do trabalho', posta 'a serviço do capital'" (13).

Do capitalismo manufatureiro ao capitalismo industrial e financeiro, chegando ao capitalismo monopolista de estado, na segunda década deste século, praticamente todos

(13) GORZ, André. Crítica da divisão do trabalho. São Paulo, Martins Fontes, 1980. p. 9.

os setores da sociedade se organizam dentro da lógica da organização capitalista do trabalho. Os escritórios, o setor comercial, o setor financeiro, os setores de serviço.

Para o desenvolvimento do trabalho coletivo, surgem as funções gerenciais de coordenação do trabalho, de supervisão das funções desenvolvidas pelos diversos trabalhadores especializados, como podemos encontrar na manufatura ou na grande indústria mecanizada. Já no final do século passado, é o capataz, um trabalhador contratado especialmente para este fim, que se interpõe entre o capitalista e o trabalhador como subempregador. É o capataz, e depois o gerente que controla o processo produtivo e quem contrata os trabalhadores para o setor.

O gerente controla as atividades necessárias a serem desenvolvidas pelos trabalhadores para atingir o objetivo da empresa, e segundo BRAVERMAN⁽¹⁴⁾, o controle é o conceito fundamental de todos os sistemas gerenciais. Os princípios gerenciais e sua aplicação para a otimização da produção capitalista, foram desenvolvidos por Taylor, nas últimas décadas do século XIX, com a aplicação do método científico para a resolução dos complexos e crescentes problemas do controle do trabalho nas empresas capitalistas.

Os serviços de saúde, como os demais setores da organização produtiva e de serviços das sociedades capitalistas se organizaram dentro desta lógica e sob os princípios da gerência científica. O hospital ou a rede de serviços ambulatoriais se organiza de forma que convive no mesmo espaço

(14) BRAVERMAN, H. Op. cit. p. 68.

institucional, a especialização do conhecimento aplicada por um número cada vez maior de profissões da saúde e a divisão pormenorizada do trabalho internamente às profissões, bem como se verifica o parcelamento do próprio ato de saúde que para atingir a sua finalidade necessita da concorrência das diversas profissões do setor, controladas pelo poder da decisão terapêutica e do processo de trabalho em si desempenhados por um destes profissionais que é o médico.

Desvendar o processo de apropriação do saber de saúde pela medicina e pela enfermagem institucionalizadas e a origem do controle médico sobre o ato de saúde, no Brasil, é o objeto deste trabalho.

No capítulo que se segue são feitas algumas considerações sobre a metodologia utilizada na elaboração do trabalho.

No terceiro capítulo, são apontadas as condições de vida e a organização da sociedade indígena brasileira, por ocasião da chegada dos colonizadores portugueses. Consta de uma caracterização da sociedade indígena brasileira pela identidade desta com as primeiras formas de organização social dos homens na terra, possibilitando assim o entendimento de como eram tratados os problemas de saúde e doença na aquele momento histórico. Pretende permitir uma visão de forma de pensar o fenômeno saúde/doença, os problemas mórbidos mais frequentes da população indígena, as terapêuticas empregadas e principalmente caracterizar o agente de saúde da aquele grupo social e como se dava o processo de trabalho em saúde. Este terceiro capítulo, não pretende ser um estudo em profundidade, do tipo antropológico, que por si só representaria um objeto de tese, e sim servir de contraponto a

divisão técnica e pormenorizada do trabalho em saúde do Brasil capitalista, bem como ao biologicismo que mais tarde se estrutura como modelo de saber dominante.

No quarto capítulo, caracterizo o saber e a prática de saúde exercida no Brasil com a colonização em 1500, apontando as diferenças de concepção e de prática em relação a sociedade indígena e os pontos de identidade com o saber e a prática ocidental européia. A análise do setor saúde é feita nos seus aspectos históricos, estabelecendo as relações infra e supra-estruturais do setor com a dinâmica da organização da sociedade colonial brasileira. Neste capítulo, que historicamente se limita aos trezentos primeiros anos de colonização, destaco, em especial, os exercentes das ações de saúde analisando o processo de trabalho em saúde, as relações de trabalho internas ao setor e o processo de profissionalização dos exercentes das ações de saúde.

O quinto capítulo trata da institucionalização da medicina, isto é, da absorção da prática de saúde pelo ensino formal que sistematiza os conhecimentos populares como conhecimentos médicos, bem como pela organização de entidades associativas que estabelecem regras normativas do exercício profissional e pela mudança progressiva do locus . assistencial domiciliar e familiar para o âmbito institucional hospitalar e de saúde pública. É no período histórico do século XIX que se dá esse processo de ascensão social dos profissionais liberais e de reconhecimento pela esfera de poder do valor do saber de médicos, engenheiros e bacharéis em direito. A aproximação com o poder assegura o status privilegiado reivindicado por estas corporações. E, as mudanças

ças político-econômico-estruturais ocorridas no período ex
plicam as transformações no setor saúde e o desenvolvimento
de determinadas áreas do conhecimento. Analisando a evolu
ção da intervenção governamental no setor saúde, a constru
ção das políticas nesta área e o processo de institucionali
zação da medicina delinea-se o quadro que resultou na impo
sição do saber médico como o único, verdadeiro e superior e
que forjou o médico como o gerenciador do ato de saúde, do
tado de poder para controlar e delegar papéis aos demais
profissionais de saúde.

O sexto capítulo trata do processo de institucionali
zação da enfermagem. Resgata os práticos do setor, os reli
giosos, as voluntárias leigas, as mães e escravos treinados
que exerceram atividades identificadas como precursoras do
trabalho da enfermagem e analisa as implicações da problemá
tica do trabalho feminino no trabalho da enfermagem que his
toricamente foi exercido predominantemente por mulheres. Des
taca o papel da ideologia de submissão ao estado, o espirí
to cristão, a adequação de sua prática ao atendimento das
necessidades da política sanitária e a subserviência ao mo
delo médico como elementos explicativos do surgimento deste
novo campo profissional e do papel de destaque desempenhado
no setor, no momento de sua emergência. Neste capítulo são
também caracterizadas as transformações que resultaram no
processo de trabalho em saúde onde coexistê a divisão técni
ca e parcelar do trabalho.

2 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente trabalho foi realizado através de um estudo exploratório de reconstituição histórica do saber e da prática de saúde existente no Brasil antes da emergência da medicina e da enfermagem como campos profissionais estruturados e reconhecidos legalmente, pontuando como se deu o processo de apropriação deste saber e desta prática pelas profissões estruturadas.

2.1 - Universo de Estudo:

Os elementos que compuseram a análise foram: o conjunto das práticas de saúde; a qualificação dos exercentes destas ações, incluindo o tipo de formação, a ideologia e as suas articulações de classe; os saberes, identificando a fundamentação teórica materializada nas práticas e técnicas empreendidas; a caracterização dos diversos momentos históricos, da estrutura produtiva, do cenário político, da composição de classes e das estruturas organizativas da sociedade, em cada um destes momentos históricos, bem como a interrelação entre o macro e o micro social; a divisão do tra

balho, analisando como e porque se deram as modificações no processo de trabalho em saúde.

A fim de caracterizar as variáveis envolvidas no desenvolvimento do trabalho, defini alguns temas e conceitos-chaves e inicialmente busquei conceituá-los, tomando como base o marco teórico escolhido. Os temas-chave também serviram para orientar a pesquisa bibliográfica. Estes temas e conceitos foram os seguintes: saber, saber de saúde, saber médico, saber de enfermagem, política de saúde; exercentes das ações de saúde; processo de trabalho; institucionalização; profissão e profissionalização; estrutura social e processo produtivo; divisão do trabalho e hegemonia. Uma vez que estes conceitos estão perfeitamente definidos ao longo do trabalho não os destacarei neste capítulo.

2.2 - Instrumentos:

Os instrumentos utilizados para a realização da pesquisa foram:

a) levantamento bibliográfico inicial: de história geral, história da ciência e história do Brasil, história da evolução das políticas de saúde e das profissões para delimitar precisamente o momento histórico que seria objeto de estudo. Este levantamento permitiu também o entendimento da necessidade de abrangência da investigação a fim de alcançar o objetivo central do trabalho que era entender como se deu o processo de apropriação do saber e da prática de saúde existentes no Brasil pela medicina e pela enfermagem institucionalizadas, destacando a análise do fenômeno que

deu origem a hegemonia da medicina no setor.

b) Levantamento das bibliotecas existentes no Brasil e que conservam melhor o acervo histórico e em especial as que conservam o acervo histórico do setor saúde. Foram definidas as seguintes bibliotecas: Em São Paulo - BIREME, Biblioteca da Escola de Saúde Pública, Biblioteca da Escola de Enfermagem da USP e da Escola de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina e Biblioteca da Fundação Carlos Chagas. No Rio de Janeiro - Bibliotecas da Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, Biblioteca Nacional, Conselho Federal de Enfermagem, Escola Ana Neri, Escola de Enfermagem da UNIRIO, Escola de Medicina da UFRJ. Em Brasília - registros históricos da Associação Brasileira de Enfermagem, Biblioteca do Ministério da Saúde. Em Santa Catarina, por ser residência desta pesquisadora, também foi realizado levantamento na Biblioteca Cental da UFSC.

c) Levantamento de livros recentes sobre o assunto nas principais livrarias especializadas em Saúde, História e Ciências Sociais no Rio de Janeiro e em São Paulo.

d) Fichamento dos livros e documentos encontrados sobre o assunto: o levantamento da bibliografia foi feito utilizando os temas chaves e pesquisando no arquivo por assuntos e por autor dos livros já catalogados por ocasião da elaboração do projeto. Após a elaboração da relação bibliográfica a ser estudada e após fazer uma consulta inicial, foi elaborado um pequeno resumo de cada trabalho. A seguir, foram destacados e organizados em conjunto, mediante uma leitura mais cuidadosa, todos os conteúdos que se relacionavam com cada tema chave, separando-os por período históri

co: dados relativos a sociedade indígena antes da colonização; período de 1500 a 1808, por representar o período da prática não institucionalizada das profissões da saúde; todo o século XIX até 1920 - período de institucionalização da medicina e os primeiros vinte anos do século XX - período de surgimento da enfermagem profissional.

Dois meses após essa catalogação dos documentos já estudados e após escrever um esboço dos capítulos da tese verifiquei: as lacunas a serem preenchidas e retornei as bibliotecas do Rio de Janeiro e a da Fundação Carlos Chagas para coletar o material necessário.

e) Tipificação dos documentos e fontes de pesquisa: dados secundários - informações retiradas dos registros dos historiadores e da literatura que trata sobre a época; investigação de fontes originais - dados retirados dos documentos oficiais da época, teses do primeiro curso de medicina do Rio de Janeiro, revistas e jornais publicados da Escola de Enfermagem Ana Neri e pela Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas; entrevistas com docentes que organizam, sistematizam documentos e escrevem sobre a história da medicina e da enfermagem - foram entrevistados o Prof. Francisco Bruno Lobo e a Profa. Cecília Pêssego Coelho; observação de filmes e peças teatrais sobre a época.

2.3 - Plano de Análise:

Para analisar os elementos constituintes do universo de estudo e atingir o objetivo central deste trabalho foram destacados os temas chave e organizados de modo que em cada

período histórico delimitado, a descrição dos fatos sociais e da organização e prática assistencial do setor saúde fosse permeada por uma análise da relação destes com: a) o modo de produção vigente, com a dinâmica das relações de classe e com as formas organizativas da sociedade; b) o estágio da divisão do trabalho e com a forma que se dá o processo de trabalho em saúde; c) a forma que se dá o processo de produção do conhecimento, em especial o de saúde e o referencial teórico básico da ciência da época; d) a caracterização do saber da medicina e da enfermagem institucionalizadas foi tirada dos documentos oficiais publicados pelas respectivas escolas e órgãos associativos.

Uma vez que o objeto de estudo foi o processo de apropriação do saber e das práticas de saúde no Brasil pela medicina e pela enfermagem institucionalizadas e que, a realidade brasileira faz parte da história do mundo ocidental, intercambiando determinações, o trabalho foi permeado por outro referencial de análise, fundamental, que foi a contextualização da realidade brasileira nos marcos das mudanças estruturais, de concepções de ciência, de saber e de práticas de saúde, existente nos períodos correspondentes, principalmente, nos países da Europa ocidental.

As informações obtidas das fontes consultadas só foram consideradas como reais para o âmbito deste trabalho após serem constatadas da mesma forma, em pelo menos duas fontes diferentes. Os fatos descritos nas fontes secundárias e considerados como verdadeiros, pelo critério acima descrito, não foram todos checados com a fonte original, pela dificuldade de encontrar os documentos oficiais e pela

impossibilidade de checar com os atores sociais da época, uma vez que o período de estudo impossibilitou a utilização deste recurso.

A apresentação dos capítulos incluem, em rodapé: notas explicativas; a identificação dos autores de citações textuais devidamente caracterizadas no corpo do trabalho e a identificação de autores que forneceram dados sobre o conteúdo apresentado e analisado ou que escreveram análises semelhantes. Optei por esta forma de apresentação do estudo para facilitar a identificação das fontes consultadas, uma vez que se trata de um estudo histórico exploratório e que uma análise crítica deste trabalho, que possa posteriormente ser feita por outros pesquisadores, precisará envolver a checagem dos fatos descritos com as fontes consultadas, considerando, também, que o destaque e a análise dos fatos se deu baseada na sua relação com o objeto de pesquisa e segundo o marco teórico escolhido, o qual está devidamente explicitado na introdução e ao longo do trabalho.

3 - O SABER E A PRÁTICA DE SAÚDE NAS SOCIEDADES TRIBAIS E NOS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS ANTES DA COLONIZAÇÃO

Inicialmente colocarei alguns dados sobre o saber e a prática de saúde nas sociedades tribais, por acreditar que aquela realidade tem semelhanças com o conhecimento de saúde e a prática encontrada nas tribos indígenas brasileiras por ocasião da colonização e por ter sido registrada historicamente, tanto nos primórdios da humanidade, quanto ainda persiste como forma de pensar, de agir e de convivência social entre os povos indígenas da América e nas sociedades tribais da África, da Nova Zelândia, da Nova Guiné e da Austrália.

Este primeiro capítulo não tem a pretensão de ser um estudo antropológico, envolvendo o rigor da pesquisa em profundidade, que o tema por si só merece, mas foi introduzido, no âmbito deste estudo, por permitir uma reflexão sobre as diversas formas que os homens no convívio social enfrentaram, compreenderam e trataram os problemas de saúde e doença. Estabelecendo, também, as relações entre a realidade de dos povos indígenas brasileiros antes da colonização com

a realidade de outras sociedades do tipo, antigas ou ainda existentes.

É importante caracterizar que os dados sobre os indígenas brasileiros foram coletados de fontes secundárias e que os fatos descritos estão impregnados com a visão dos colonizadores, pois os pesquisadores e historiadores que descreveram a vida, os costumes e a cultura do povo indígena por ocasião do início de colonização, representavam a visão do mundo e os objetivos dos colonizadores.

3.1 - O Saber e a Prática de Saúde nas Sociedades Tribais:

Nos diversos períodos da história dos homens que vão desde milhares de anos antes de Cristo até o registro das primeiras civilizações conhecidas como o berço do mundo ocidental, ou seja, as civilizações da Grécia e de Roma, da Idade Antiga, o pensamento místico era referencial normatizador de toda produção intelectual e da organização da vida comunal(15). O homem se relacionava com a natureza buscando tirar dela a sua subsistência. Amedrontava-se com os fenômenos naturais e interpretava-os como resultantes da vontade dos deuses. Os fenômenos de saúde e doença eram também interpretados como resultado da intervenção divina: ira, castigo e benevolência dos deuses causavam doença ou permitiam a cura das mesmas. Portanto para tratar as doenças, eram utilizados rituais mágicos, práticas de feitiçaria, poções mágicas, oferendas, sacrifícios e amuletos. Coube aos feiticeiros, aos pajés e aos sacerdotes, a incumbência de identificar as doenças, fazer as poções e desenvolver os rituais curadores, redentares e afugentadores de maus espíritos.

(15) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. A evolução da medicina até o início do século XX. São Paulo, Pioneira, 1981. P. 1-6.

Da magia⁽¹⁶⁾ e da religião vem a explicação para as moléstias e esta lógica indica as medidas curativas. BERNARDES DE OLIVEIRA⁽¹⁷⁾ exemplifica: se as divindades ofendidas castigam os humanos, o recurso então é apaziguá-las com oferendas, preces e sacrifícios; se os causadores são os feiticeiros com suas práticas malévolas, o tratamento é anulá-los com processos semelhantes por pessoas dotadas de poderes suficientes.

Os feiticeiros são místicos, dotados de poderes de sugestão, onde os rituais misteriosos, com máscaras e efeitos de som cadenciado são utilizados para impressionar. Os feiticeiros também são procurados para produzir males, curar e prevenir vinganças. Os poderes de sugestão servem também aos de auto-sugestão, transformando os ritos em convicções reais do próprio feiticeiro. Estudiosos identificaram nos feiticeiros a capacidade de hipnotizar e a utilização de vegetais alucinógenos nos períodos de transe⁽¹⁸⁾.

(16) Magia - Entendida como um sistema de pensamento, que classifica os seres e as coisas, explica os fenômenos, se organiza para compreender intelectualmente o mundo e fornece subsídios para a ação. É diferente da religião e da ciência; é uma forma de conhecimento, que envolve uma dimensão afetiva; é objeto de crença coletiva, sagrada, não admite dúvidas ou exame crítico, é refratária a análise de suas categorias. A experiência que a contraria não a coloca em questão como sistema. O sistema do pensamento mágico funciona regido pelas leis da "simpatia" que são: a lei da contiguidade (coisas que estiveram unidas, continuam unidas", mesmo estando longe entre si); lei da similaridade ("o semelhante produz o semelhante" - o efeito se parece com a causa que o produziu); lei da contrariedade (o semelhante age sobre o semelhante e faz surgir o seu contrário). MONTEIRO, Paula. Magia e pensamento mágico. São Paulo, Ática, 1986.

(17) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. Op. cit. p. 3.

(18) -ACKERKNECHT, E.H. Primitive medicine and cultural pattern. In: BERNARDES DE OLIVEIRA, A. Op. cit. p. 3.
- . Psicopathology, primitive medicine and culture.
In: BERNARDES DE OLIVEIRA, A. Op. cit. p. 3.

Para provocar moléstias são conhecidos os bonecos espetados com flexas, agulhas e espetos e, como terapêutica para as moléstias assim causadas, são utilizados ritos para a transferência da doença para o corpo dos animais, além de cerimônias de exorcismo dos maus espíritos.

Identifica-se claramente aqui a primeira concepção de saúde e doença de que temos conhecimento - o pensamento místico e a concepção teológica. Quem detinha o conhecimento, isto é, possuía a capacidade de tratar com os deuses, causadores do bem e dos males terrestres, era um intermediário entre os homens e os deuses - o feiticeiro, o pagê, ou sacerdote. O seu conhecimento não era de domínio público, era misterioso, especial. O feiticeiro era um indivíduo especial dotado de capacidade ímpar em relação aos demais. Destas características típicas que o dotavam como especial ou que o grupo lhe atribuía é que emanava o seu poder.

A riqueza de tecnologia e da lógica que subsidiava a assistência aos doentes nas sociedades tribais, ainda não é hoje totalmente explicitada vide a constatação da realização de trepanações cranianas para intervenções cerebrais onde os fósseis dos homens primitivos tinham cicatrizes que mostram que os homens submetidos a este tipo de intervenção sobreviveram e vieram a morrer posteriormente, possivelmente por outra causa. Esses achados foram encontrados em fósseis de civilizações antigas que viveram na França, na Inglaterra, na Espanha, em Portugal, na Argélia, na Alemanha e na América Pré-Colombiana: Peru, México, e atualmente encontra-se também nas tribos do Pacífico Sul ⁽¹⁹⁾.

(19) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. Op. cit. p. 4.

3.2 - Características Culturais dos Povos Indígenas Brasileiros por Ocasão da Colonização:

Nos primeiros registros sobre o Brasil, constantes nas cartas de viajantes e historiadores europeus que vieram para o país no período inicial da ocupação e exploração, nas cartas dos jesuítas e nos documentos oficiais enviados ao rei está descrita a geografia da nova terra, o elemento humano formado pelo indígena, a situação de saúde do silvícola e seus valores culturais segundo a visão do colonizador.

As cartas dos jesuítas, as publicações dos historiadores e os documentos oficiais exaltam o clima bom da nova terra, o aspecto sadio dos indígenas que "quando adoecem logo ficam bons"⁽²⁰⁾, os ares purificados e o clima fresco. Os jesuítas escreviam para Portugal, divulgando os bons ares da terra e indicando a vinda de padres doentes para tratar-se no clima restaurador do Brasil, vide carta de Anchieta, de 1554 para os irmãos do colégio de Coimbra⁽²¹⁾.

Iniciada a colonização, foram introduzidos germes de várias doenças e a fase de contemplação das belezas naturais foi desaparecendo. As más condições de higiene dos navios, o povo doente e ávido por acumular riquezas, que veio para cá, realizou uma colonização extrativa e depredadora, destruindo as riquezas naturais, agredindo o ecossistema e disseminando germes novos aos quais o nativo não tinha qual

(20) CARTAS do Brasil e demais escritos, Carta de Nóbrega de 10 de agosto de 1549, da Bahia ao padre Dom Martim de Aspilcueta Navarro, In: SANTOS FILHO, L. História geral da medicina brasileira. São Paulo, HUCITEC, 1977. p. 89.

(21) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 89.

quer resistência e desconhecia formas de tratamento, criando assim as condições propícias para a proliferação de endemias e epidemias de todos os tipos.

O indígena brasileiro encontrado pelos colonizadores tinha características físicas semelhantes as dos povos asiáticos. Eram nômades, com um estágio de desenvolvimento e conhecimento que pode ser comparado ao homem do período neolítico, contrastando com os povos vizinhos (maias, astecas e incas), que tinham alto nível de organização social e de conhecimento de engenharia, arquitetura e agricultura (resquícios destas civilizações altamente organizadas, encontra-se preservado na Guatemala, no México e no Peru como patrimônio da humanidade aberto à visitação pública). Os índios brasileiros não tinham cidades ou aldeias fixas, não tinham comércio nem indústria organizada, nem tampouco leis ou governo estruturado⁽²²⁾, estavam organizados em nações, viviam da caça, da pesca e agricultura de subsistência com uma organização comunitária, sem propriedade privada.

Os índios viviam em constantes lutas e a guerra era sua principal ocupação⁽²³⁾, eram bons andarilhos, bons guerreiros disputando entre si quem era mais corajoso e quantos prisioneiros tinham comido. Ótimos nadadores e caçadores, dotados de grande capacidade auditiva e visual. Nos intervalos da vida nômade, acampavam próximo aos rios e praias de mar, aldeando-se em tabas ou malocas que abrigavam cerca de cinquenta a duzentas pessoas (24). Construíram, também,

(22) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 92-3.

(23) Ibidem, p. 95.

(24) Ibidem, p. 94.

cabanas ou ocas que cabiam uma ou duas famílias. As tabas não tinham qualquer organização sanitária ou de infra-estrutura; O aquecimento era feito através de fogueiras que ficavam acesas a noite toda, servindo também para afugentar os maus espíritos. MALTA (25) descreve os hábitos fisiológicos dos indígenas, colocando que não haviam instalações sanitárias próprias para o destino dos dejetos e que o cuidado em relação as excretas era a cobertura das mesmas com folhas após serem eliminadas. A vida nômade, em contato com a natureza, os bons hábitos de higiene corporal com banhos constantes nos rios e praias de mar, os exercícios físicos e o não uso de roupas, proporcionou ao corpo do indígena desde cedo uma capacidade física excelente. O corpo com musculatura rija e bem desenvolvida, dentes íntegros e amarelos, cabelos negros e lisos, cabeça grande, rosto largo, sem barba ou bigode, maçãs salientes e afastadas, olhos asiáticos, nariz achatado, lábios finos, genitália com órgãos sexuais pequenos, sendo raras tribos que praticavam a circuncisão, era sadio com enorme resistência às intempéries⁽²⁶⁾. Viviam nus e raramente cobriam os órgãos genitais com folhas. Os que viviam no sul cobriam-se no inverno com peles de animais e uma espécie de saco tecido de algodão. Adornavam o rosto com pedaços de madeira no nariz, lábios e orelhas; raspavam os pêlos com pedaços de taquara afiada e untavam o corpo com suco de genipapo ou urucu⁽²⁷⁾. Raríssi

(25) MALTA, José Ignácio. In: VON MARTINS, Karl Friedrich Philippe. Natureza, doença, medicina e remédios dos índios brasileiros -1844. Rio de Janeiro, Cia.Ed. Nacional, 1938 - Col. Brasiliana. p.28.

(26) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 93.

(27) Ibidem. p. 93.

mos eram aleijados, os que tinham deformações geralmente eram por origem traumática. RODRIGUES, resgata citação de Anchieta que fala sobre a saúde do índio na época do descobrimento: "raramente um cego, um surdo, um mudo, um coxo, nenhum nascido fora do tempo" (28). E, como características físicas dos indígenas os historiadores referiram que "raros eram albinos, de pele clara, cabelos amarelo-claro e pupilas avermelhadas" (29). Tinham vida longa, chegavam a atingir mais de cem anos, não registravam a idade com precisão, usavam como referência o ciclo vital das plantas e a lunação, raros tinham cabelos brancos ou grisalhos (30).

As meninas tinham a menarca entre dez e doze anos e a menopausa ocorria mais ou menos aos quarenta e cinco anos.

SANTOS FILHO (31), relata que o aparecimento da menstruação envolvia um ritual, onde a jovem era submetida a sangrias e a dieta especial por três semanas. O fluxo menstrual era de pequena quantidade, durava cerca de três dias, ficava naturalmente, sem proteção especial e era secado com folhas e paus (32). As relações sexuais das jovens ocorriam após a menarca, às mulheres, foi atribuída maior sensualidade do que aos homens. SANTOS FILHO (33) escreve que alguns autores

(28) RODRIGUES, L. Anchieta e a medicina. In: SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 93.

(29) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 93

(30) VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 35.

(31) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 93.

(32) SOUZA, G.S. de. Tratado descritivo do Brasil em 1587. In: SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 93.

referiam casos de homossexualidade e incesto entre os índios e que os jesuítas rechaçaram estas afirmações, defendendo os índios dos que os acusavam de amorais. O mesmo autor cita carta do Padre Antonio Blasques, de 1558, que escreveu da Bahia sobre os valores culturais dos índios, disse que exceto a antropofagia, as guerras, a feitiçaria e a poligamia eram, no seu entendimento pecados veniais "porque todos os demais vícios da carne são muito estranhos entre eles"⁽³⁴⁾.

A família era poligâmica e só existia a figura de um chefe da tribo - cacique ou morubixaba - em tempo de guerra. A alimentação era a base de frutas e raízes e carnes mal preparadas⁽³⁵⁾. Próximo as aldeias homens e mulheres plantavam mandioca, milho, cará, amendoim, algodão, batata-doce e banana. A mandioca era a base da comida, não usavam sal e abusavam da pimenta nativa⁽³⁶⁾. Como utensílios domésticos fabricavam potes e cambucas de barro. Comiam com as mãos, em pé ou de cocoras, em pouca quantidade e várias vezes ao dia. Queimavam folhas de tabaco e nas ocasiões de festa, pós vitórias da guerra, embriagavam-se com uma bebida fermentada feita da mandioca ou milho ou cajú ou ananás.

As mulheres cuidavam das crianças, amamentando-as por

(33) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 93.

(34) CARTAS Avulsas (1500-1568) - Cartas Jesuíticas. In: SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 94.

(35) VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 28 e 55-63.

(36) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 95.

uns dois anos e algumas vezes até os oito anos. A gravidez e o parto eram considerados absolutamente fisiológicos, não havia qualquer acompanhamento de saúde neste processo e nem cuidados especiais de atendimento à parturiente.

A mulher trabalhava até o momento do parto, sendo ele efetuado em qualquer local, na mata, a beira d'água, no terreiro da aldeia, "se necessitasse de auxílio, a mulher gritava e aquele que dela estivesse mais próximo acorria, e com manobras sobre o ventre forçava a descida do feto"⁽³⁷⁾. O que caracterizava bem o atendimento não especializado à parturiente.

O parto normalmente era fácil, feito de cócoras, a descida do feto e das páreas era acompanhado de pouco sangramento. O cordão umbilical era seccionado pela própria parturiente com os dentes ou uma lasca de taquara, o cordão umbilical era amarrado com um cipó ou raiz. O recém-nascido era lavado no rio mais próximo onde a mãe também se banhava. Eram raras as distócias e o parto duplo. Não foram registrados casos de infecção puerperal⁽³⁸⁾. Após o parto a mulher continuava suas atividades habituais e o pai é quem guardava o repouso na rede por alguns dias ou até secar o umbigo da criança e receber felicitações pelo nascimento do filho. Este período era chamado "couvade" ou "cocho". O repouso era acompanhado de abstinência de fumar, de dieta, sendo que às vezes o pai submetia-se a sangrias.

Muitos autores, segundo Pirajá da Silva, relatam que

(37) *Ibidem.* p. 113.

(38) *Ibidem.* p. 113.

a crença indígena de que o útero feminino era apenas um "saco", receptáculo para o crescimento do bebê. O ovo era colocado pelo homem na mulher. É desta crença, acredita o autor, que vem a explicação para o repouso masculino após o nascimento dos bebês. Assim o repouso e a dieta eram necessários porque os males que afetassem o pai podiam, por "efeito simpático", afetar o recém-nascido⁽³⁹⁾. Há descrições de outros autores de que o repouso após o parto era guardado pelo pai e pela mãe⁽⁴⁰⁾.

3.3 - Quadro Mórbito e Terapêutico empregado pelos Indígenas no início de 1500:

3.3.1 - Quadro mórbito:

O quadro dasdoenças era limitado e a maioria das doenças hoje consideradas como doenças tropicais não eram encontradas na época. "Citam-se como componentes da nosografia brasileira, em 1500, a bouba, o bôcio endêmico, certas parasitoses e dermatoses, febres inespecíficas (reumatismos? gripes?), desinterias, afecções do aparelho respiratõrio como pneumonia e pleuris, afecções derivadas de desvio alimentar"⁽⁴¹⁾. A lítiasie e as afecções crônicas também eram problemas comuns⁽⁴²⁾.

A colonização trouxe consigo uma infinidade de doen

(39) SILVA, Pirajá da. In: VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 206-12.

(40) - Idem. p. 207.

- ZWETSCH, Roberto. Uma carta do Acre. In: Saúde da comunidade - um desafio. São Paulo, Paulinas, 1984. p. 82.

(41) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 105.

(42) VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 54, 65-185.

ças como a varíola, a febre amarela, a cólera, a peste, a malária, a lepra, o tracoma, as filarioses, a esquistossomose, a febre tifóide, as febres exantemáticas, o sarampo, a escarlatina, a meningite cérebro espinhal e a sífilis ⁽⁴³⁾. Estas doenças quase liquidaram a população indígena sem qualquer resistência a esse tipo de doenças, além do agravo causado pelos hábitos impostos pelos colonizadores e jesuítas como modificações no processo de trabalho e nos hábitos culturais (uso de roupas, habitação, etc.).

Existe uma polêmica sobre a origem da sífilis e da malária, para muitos autores consideradas de origem americana. No entanto, é certo que o quadro epidêmico destas doenças, verificado no Brasil e na Europa, não existia em solo brasileiro antes da colonização. Só depois da miscigenação e da colonização depredatória foram verificados surtos epidêmicos de sífilis nos dois continentes ⁽⁴⁴⁾. VON MARTINS ⁽⁴⁵⁾, descreve a ação criminosa de alguns portugueses que usavam vestes de variolosos para contaminar índios e dizimar tribos inteiras, muitas vezes como represália a furtos ou invasões feitas pelos índios nas colônias portuguesas.

O escasso quadro mórbido e a higidez do índio brasileiro no início do século XVI pode ser explicado pelo tipo de vida, do contato íntimo com a natureza, do isolamento geográfico que fez uma adaptação do sistema imunológico da comunidade indígena aos agressores daquele meio e os protegeu

(43) PESSOA, Samuel. Ensaio médico-sociais. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1978. p. 146.

(44) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. Op. cit. p. 229-39.

(45) VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 97.

de novas agressões biológicas que as trocas convencionais e copulatórias com outros povos trazem⁽⁴⁶⁾.

A concepção de saúde e doença dos indígenas pode ser considerada como fundamentada numa base mística, mágica e também empírica. A etiologia das doenças era entendida como consequência de malefícios, castigo, efeitos climáticos, forças dos astros e pela introdução de um corpo estranho que gera doença, o qual pode ser de origem natural ou sobrenatural. A denominação da doença era feita segundo o órgão atingido e a classificação era feita pelo sintoma principal⁽⁴⁷⁾.

3.3.2 - A terapêutica:

A flora nativa foi a fonte da farmácia indígena. SANTOS FILHO, resgata os seguintes vegetais usados pelos indígenas:

"A copaíba (*Copaifera officinalis*), a capeba ou pariparoba (*Piper rohrii*), a maçaranduba (*Mimusops elata*, *Lucuma procera*), cabriúva (*Myrocarpus fastigiatus*) e a caroba (*Jacaranda caroba*, *Jacaranda brasiliana*), para úlceras, a boubá, ferimentos, dermatoses e frialdades; a jurubeba (*Solanum paniculatum*, *Solanum fastigiatum*), quineiras brasileiras (*Strychnos pseudoquina*, *Contarea speciosa* e outras), o maracujá (*Passiflora* de várias espécies), contra a febre; o cajú (*Anacardium occidentale*), o ananás (*Ananas sativus*), o jaborandi (*Pilocarpus pinnatus*), como diuréticos e sialogosos; a anda-açu (*Johannesia*

(46) SOURNIA, Jean-Charles & RUFFIE, Jacques. As epidemias na história do homem. Tradução Joel Goes, São Paulo, Edições 70, 1986. p. 158-69.

(47) - SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 105.
- VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 187-91.

princeps), e ipecacuanha ou pogia (*Psychotica emetica*, *Cephaelis ipecacuanha* e outras espécies), a batata-de-purga (*Ipomoea altissima*), a umbaúba (*Ceropia peltata*) e o guaraná (*Paullinia cupana*) como purgativos e para desintérias; a caapiã ou contra-erva (*Dorstenia multiformis*), o pau-cobra (*Potalis amara*) e a erva-de-cobra (*Mikania opifera*), para mordedura de cobra e de outros animais venenosos; o jataí (*Hymenaea courbaril*) e o petume ou tabaco (*Nicotina tabacum*) para várias indicações, nomeadamente para afecções respiratórias ..."⁽⁴⁸⁾.

Baseados em noções empíricas e na lógica da relação mágica entre as plantas, animais, substâncias orgânicas e inorgânicas, os feiticeiros utilizavam como terapêutica: o "sangue como reconstituente; saliva como cicatrizante; urina como excitante e vomitiva; a mandioca era vista como incompatível com o milho e nunca misturavam com os resíduos calcinados de cobra cascavél. Reduzidos a pó entre duas pedras, depois dissolvidos em água ou em diversos sucos, os remédios tomavam-se geralmente quentes, após decocção"⁽⁴⁹⁾. Usavam também cataplasma externos com as mesmas folhas de remédio de uso interno.

A cirurgia compreendia amputações de membros e suturas nos grandes ferimentos, com cipós apropriados. Os membros fraturados eram imobilizados com talas e folhas compridas de palmeiras⁽⁵⁰⁾. Os dentes "no primeiro sinal de cárie eram arrancados com instrumentos de madeira"⁽⁵¹⁾, também

(48) SANTOS FILHO, L. *Op. cit.* p. 106.

(49) *Ibidem.* p. 106-7.

(50) VON MARTINS, K.F.P. *Op. cit.* p. 281-5.

(51) SANTOS FILHO, L. *Op. cit.* p. 107.

eram tratados com cinzas das unhas da onça para aliviar a dor⁽⁵²⁾.

Como em todo o mundo escarificavam feridas e realizavam sangrias, estas serviam para tratamento de afecções gerais ou localizadas. Os vasos de uso mais comum para a sangria eram a veia frontal e da panturrilha, raramente era feita no cotovelo. Os objetos utilizados nas sangrias eram os cortantes: dentes de animais, bicos de passáros, lascas de taquara, ponta afiada de uma lança, etc.

Fricções e massagens também eram utilizadas. As mãos do pajé eram umedecidas com saliva, cinza ou suco de ervas, para friccionar ou palpar com força o local afetado provocando vômitos, suores e dejeções.

Como emético também utilizavam a introdução de folhas enroladas na garganta.

Como terapêutica também utilizavam aplicações de calor e frio. Aplicavam calor seco para produzir sudorese, pela proximidade com as fogueiras, brasas enterradas no chão ou aplicações de barro aquecido. O calor úmido era aplicado jogando água fria sobre uma pedra quente produzindo vapor e colocando o paciente próximo do vapor. O óleo do fruto do genipapo e do urucueiro era usado para untar o corpo como proteção contra insetos, calor e em casos de febre.

(52) VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 226-7.

3.4 - O Saber, a Prática de Saúde e a Divisão do Trabalho:

Pode-se perceber semelhanças importantes entre o saber de saúde e a prática assistencial das sociedades tribais dos primórdios da humanidade e os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pelos índios brasileiros no século XVI.

Os conceitos de saúde e doença eram decorrentes do pensamento mágico-místico predominante. Para os indígenas, os deuses regulavam os fenômenos da natureza, o processo vital dos homens e lhes causavam doenças e males, quando o comportamento inadequado destes provocava a ira daqueles. É a concepção místico-mágica do processo saúde/doença.

A assistência aos doentes era reservada a um intermediário entre os homens e os deuses que era o pajé, o feiticeiro ou sacerdote, capaz de tirar encantamentos, exorcisar os maus espíritos, preparar poções mágicas, fazer oferendas e confeccionar amuletos.

O tratamento dos homens doentes portanto consistia em tirar do seu corpo o efeito dos malefícios ou do desagrado dos deuses, através de rituais misteriosos que também serviam para curar e prevenir vinganças. Todo o tratamento era basicamente individualizado e curativo. As atividades coletivas de caça, pesca e agricultura, de organização das habitações, a normatização dos hábitos higiênicos e de vida nômade que fazem parte da organização social destes povos, apesar de sua fundamental influência na determinação do processo de saúde e doença, consistiam em aspectos da cultura

destes povos sem que esta forma de funcionamento da vida indígena consistisse em qualquer ordenação ou normatização estabelecida ou reconhecida para prevenir doenças. O tratamento das doenças e a prevenção das vinganças eram reconhecidas como uma atividade especial, isto é, especializada no grupo, onde apenas alguns indivíduos, homens ou mulheres velhos - curandeiros, tinham capacidade de sugestão e auto-sugestão, de produzir poções mágicas, de exorcitar rituais que intermediassem a relação homem/deuses e curassem os males que afligiam os primeiros. Portanto, o feiticeiro ou pajé ou o sacerdote podem ser identificados como os primeiros profissionais de saúde do Brasil, sendo que os autores da história da medicina os chamaram de primeiros médicos. No entanto, me parece mais correto nomear e identificar estes intermediários especiais das sociedades tribais, como os primeiros profissionais de saúde, pois o seu trabalho envolvia todo o ato de saúde, ou seja, as atividades básicas que hoje são reconhecidas como campo de trabalho do médico (o diagnóstico e a decisão sobre a terapêutica), da enfermagem (o cuidado e administração de assistência) e dos farmacêuticos (o preparo dos medicamentos).

O feiticeiro exercia seu trabalho em caráter misterioso, o seu conhecimento não era acessível aos demais membros da tribo. Tinha hábitos diferentes dos demais. Vivia em casa com abertura pequena, afastada da tribo. Gozava de muito poder e respeitabilidade, era consultado "pelos chefes guerreiros sobre os problemas da vida cotidiana, desde as previsões climáticas até as relações de paz ou de guer

ra"⁽⁵³⁾, os que lhe caíam em desagrado eram amaldiçoados e por ele lançados a morrer, o que muitas vezes acontecia, porque o indígena temeroso e sugestionado pelo poder do feiticeiro, prostava-se na rede, sem se movimentar ou se alimmentar, chegando a morrer de inanição.

Outra característica da profissionalização do pajé ou feiticeiro era o rito de iniciação para a formação de um novo feiticeiro. O jovem principiante era tratado pelo mais velho que o fazia jejuar, deixar-se picar por insetos, beber poções e caldos secretos preparados também de forma secreta. Nas visitas à floresta aprendia os segredos da flora nativa e alguns autores falam de atos de homossexualismo entre o pajé e os principiantes ou entre a curandeira e a iniciante⁽⁵⁴⁾. Iniciado nas relações com os deuses, dispondo dos conhecimentos recebidos, está formado o novo feiticeiro.

O feiticeiro atendia o doente em sua tribo e era procurado pelos necessitados de assistência na sua própria moradia. O trabalho do feiticeiro era remunerado com "arcos, flexas, certos vegetais de difícil colheita, pedras vistosas, penas coloridas de passáros, etc."⁽⁵⁵⁾. Se o doente ficava curado o feiticeiro era pago no que pedisse, se a cura foi prometida e não ocorreu, o feiticeiro era mandado embora da moradia sob protestos dos familiares que não raro o matavam⁽⁵⁶⁾. No entanto, se o doente fosse desenganado, os

(53) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 109.

(54)- SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 110.

- VON MARTINS, K.F.P. Op. cit. p. 192-5.

(55) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 111.

(56) Ibidem. p. 112.

companheiros o abandonam "a sua própria sorte ou, então, ti
ravam-lhe a vida com um certo golpe de tacape, sendo em
seguida devorado pela própria tribo em meio a grandes fes
tas" (57) .

O que se pode perceber é que apesar de não haver nor
mas escritas disciplinadoras do exercício profissional,
elas existiam recompensando os acertos e serviços prestados
ou punindo erros ou falsas avaliações do pajé ou feitice
iro.

O médico indígena, ou melhor, o profissional de saú
de dos índios brasileiros foi duramente atacado pelos colo
nizadores, em especial pelos jesuítas durante o processo de
catequese.

O domínio de um conhecimentos especial que não é de
domínio público, a necessidade de treinamento ou de subme
ter-se a formas de ensino específico para tornar-se habili
tado para tal ofício, o reconhecimento social daquele traba
lho como capaz de ser exercido adequadamente por pessoas es
pecificamente treinadas, a existência de rotinas ou regras
sociais explicitadas ou não em leis que normatizam o exercí
cio profissional e o controle do produto final do seu traba
lho, são as principais características de uma profissão ou
ofício, as quais se enquadram perfeitamente na caracteriza
ção do trabalho do pajé.

Na organização tribal do Brasil em 1500, a divisão do
trabalho encontra-se pouco desenvolvida. Homens e mulheres

(57) GANDAVO, P. de M. História da província de Santa Cruz, e que vul
garmente chamamos Brasil. In. SANTOS FILHO, L. Op. cit. p.
112.

exercem atividades semelhantes no dia-a-dia da vida comunal. Não há registro da divisão técnica ou parcelar do trabalho⁽⁵⁸⁾.

Poucas atividades são específicas de determinados indivíduos. Dentre estas atividades especiais estão as ações de saúde e de conselheiro dos pajês e o poder temporário do cacique ou morubixaba que é instituído em ocasiões de guerra.

A diferenciação de atividades: identifica-se com a divisão do trabalho descrita por Marx, na Ideologia Alemã, como típica da sociedade comunal onde a divisão do trabalho "não passava de uma divisão de funções no ato sexual e mais tarde uma divisão natural consoante aos dotes físicos (o vi

(58) Divisão técnica do trabalho: neste trabalho, uso sob a qualificação de "DIVISÃO TÉCNICA DO TRABALHO", a divisão das áreas de trabalho e de conhecimento no campo social, isto é, a divisão dos ofícios, das especialidades da produção, que sempre existiu desde que os homens começaram a viver em sociedade e que evoluiu de uma divisão do trabalho ao acaso para uma divisão especializada do trabalho, onde certos homens se especializam na execução de determinadas atividades. É o que MARX chama de "DIVISÃO DO TRABALHO", pois a divisão do trabalho que permite a separação entre trabalho manual e intelectual e que só é encontrada no modo de produção capitalista o autor chama de "DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO OU VERDADEIRA DIVISÃO DO TRABALHO". BRAVERMAN, chama a essa forma de divisão do trabalho social em ocupações, em conhecimentos, de "DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO, "e ao parcelamento de tarefas e a divisão entre trabalho manual e intelectual de "DIVISÃO PORMENORIZADA DO TRABALHO OU DIVISÃO PARCELAR DO TRABALHO". "Cada indivíduo da espécie humana não pode viver sozinho 'produzir de acordo com o padrão de todas as espécies' e inventar padrões desconhecidos do animal, mas a espécie como um todo acha possível fazer isso, em parte através da divisão do trabalho. Assim a divisão social do trabalho é aparentemente inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela. Muito contrariamente a essa divisão geral ou social do trabalho é a divisão do trabalho em pormenor, a divisão manufatureira do trabalho. Esta é o parcelamento dos processos implicados na feitura do produto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores!"

- MARX, K. & ENGELS, F. Op. cit. p. 37-8.

- BRAVERMAN, H. Op. cit. p. 71-2.

gor corporal por exemplo), as necessidades e ao acaso" (59).

Na análise do processo de trabalho do pajé pode-se identificar como objeto do trabalho - os indivíduos doentes ou necessitados de proteção; como finalidade - a cura das doenças ou males e proteger os indivíduos contra a ação maléfica dos deuses e dos homens; como instrumental de trabalho - o saber orientado pela concepção teórica teológico/místico/empírica, corporificada nas técnicas e instrumental utilizado, ou seja, os objetos cortantes, as talas, os cipôs, as folhas de árvores, as poções e cataplasmas preparados com a flora nativa, as técnicas cirúrgicas e as aplicações de calor e frio, os ritos, as dietas, as sangrias, etc.

(59) MARX, K. & ENGELS, F. Op. cit. p. 37.

4 - O SABER E O TRABALHO DE SAÚDE NO BRASIL COM A COLONIZAÇÃO ATÉ A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA

Neste capítulo me deterei mais especificamente no sa
ber na prática e na prática de saúde existente no Brasil Co
lônia, antes do fenômeno que caracterizo no quinto capítu
lo como a institucionalização da medicina. As interrelações
que medeiam a análise da realidade brasileira são os refe
renciais da história da civilização ocidental porque acre
dito que os grandes marcos de transformação da história dos
homens, ocorridos no mundo ocidental influenciaram decisiva
mente nos países colonizados.

Esta afirmação não significa que entendo ser a histô
ria dos países colonizados como um simples minetismo ou
transposição, colonizadores/colonizados, pois cada situação
real tem uma determinação multifacetária e, encerra em sí,
a sua própria historicidade, daí a necessidade de uma análi
se em especial de cada realidade.

O primeiro grande marco de mudança na estrutura da
sociedade indígena brasileira, organizada sob o modo de pro
dução comunal deu-se com a vinda dos colonizadores portugue

ses que instituíram a propriedade fundiária da terra e a administração colonial.

No campo da saúde, a mudança se dá, do saber e da prática de saúde dos indígenas, para o saber e a prática de saúde semelhante a encontrada na Idade Média Européia, sem que os grandes progressos teóricos e práticos desenvolvidos pelos clássicos grego-romanos tenham tido qualquer correspondência no campo da saúde, no Brasil Colonial.

4.1 - A Prática dos Exercentes das Ações de Saúde no Brasil com a Colonização:

Com a colonização feita pelo homem branco, predominantemente português, mas que também contou com a participação dos espanhóis e dos holandeses no nordeste, a vida no Brasil modificou-se substancialmente. Da relação branco-índio nasceram os mamelucos, os mestiços e os caribocas. Transmitem-se doenças antes desconhecidas e os índios foram escravizados e dizimados pela força ou pelos surtos epidêmicos.

O modo de produção comunal, sem comércio, sem propriedade privada, sem produção de excedente, foi radicalmente transformado, instituindo-se a propriedade fundiária da terra, onde faixas extensas de terra foram doadas pela divisão do território brasileiro em capitânicas hereditárias, numa relação de extração das riquezas naturais da colônia enviadas para enriquecimento da metrópole monárquica.

Para a extração das riquezas naturais os colonizadores usaram o trabalho escravo. Inicialmente tentaram a es

cravização dos índios que por suas características culturais e físicas adaptadas para vida livre e nômade na floresta sofreram duramente com o sarampo, com a varíola, com os grandes surtos epidêmicos e com o desânimo e a depressão. Morreram aos milhares e foram substituídos pelo trabalho do escravos negros, que eram capturados e trazidos da África para o Brasil.

A colonização mudou completamente o quadro nosológico no Brasil. Do contato com o branco apareceram, além da varíola e do sarampo, a tuberculose, a escarlatina, a lepra, as doenças venéreas e parasitoses como a sarna, dentre outras. E, atribui-se ao contato com o negro o surgimento "da filariose, da dranculose ou bicho da costa, a febre amarela (?) o tracoma, maculo, o ainhum ou mal perfurante plantar, o gundu ou exostose paranasal, a ancilostomíase e outras verminoses" (60).

A assistência à saúde que entre os indígenas era prestada pelos pajés, com a colonização ganha novos executores: são os físicos, os cirurgiões, os cirurgiões barbeiros, os barbeiros, os algebristas, os curiosos, os boticários, os anatômicos, os curandeiros, os entendidos e outros.

Praticamente, até 1920, não existiu no Brasil um órgão institucional responsável pela normatização ou definição de uma política de saúde para o país. Durante os primeiros trezentos anos após o descobrimento, até o início do século XIX, a assistência à saúde era prestada por homens de ofício que eram licenciados em Portugal e vieram para o Bra

(60) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 61.

sil com as expedições exploradoras e colonizadoras, eram predominantemente os físicos e os cirurgiões-barbeiros.

Os físicos ou licenciados eram os médicos da época, praticavam a clínica, a medicina interna, eram formados nas escolas européias de Portugal e Espanha, assumindo no Brasil "quase todos os cargos de físicos da Coroa, do Senado da Câmara, do 'partido', da tropa"⁽⁶¹⁾. Eram em número reduzido, viviam nas principais cidades e vilas, nas sedes das capitânicas. Praticavam o exercício liberal da medicina, isto é, atendiam no domicílio ou nas suas próprias residências, os que podiam pagar, que era a aristocracia rural e os administradores, recebiam, também, por seu cargo na administração colonial. Os físicos contavam com maior status, seu saber era estruturado nas mesmas bases que os seus pares na Europa, sendo que os que vinham para o Brasil não eram os mais destacados no ofício, pois estes ficavam na metrópole não se submetendo aos disabores da vida da colônia.

Os cirurgiões-barbeiros, representavam grande parcela dos exercentes da medicina. Formados ou licenciados na metrópole e também no Brasil, "após exame perante as autoridades sanitárias, deveriam exercer unicamente a cirurgia, em verdade praticavam toda a medicina, dada a escassez de físicos"⁽⁶²⁾. Os barbeiros eram examinados e licenciados para atos específicos como: sangria, sarjação, aplicação de ventosas e arrancamento de dentes, sem formação teórica, desenvolviam atividades práticas, eram em maior quantidade, esta

(61) Ibidem. p. 63.

(62) Ibidem. p. 63.

vam e andavam em todas as vilas e povoados. Como os cirurgiões, os barbeiros também exerciam atividades estabelecidas como privativas do físico. Eram de condição econômica desprivilegiada e encontravam-se entre eles, negros e mulatos libertos.

Também exerciam as ações de saúde os boticários e seus aprendizes, os aprendizes de barbeiro e de cirurgião-barbeiro, os anatomistas, os algebristas, os curandeiros, os entendidos e os curiosos.

A profissionalização ⁽⁶³⁾ destes exercentes das ações de saúde dava-se com características semelhantes a formação profissional adquirida nas corporações de artífices da Idade Média. Apesar de não ter encontrado nos registros da história do Brasil do período, instituições corporativas organizadas como na Europa medieval, posso dizer que o processo de profissionalização era semelhante, pois não existiam

(63) Por "Profissionalização" entendo o processo de formação de trabalhadores para o exercício de um trabalho profissional, no sentido de trabalho remunerado e não caritativo, típico de uma profissão. E, profissão é entendida, neste trabalho, como uma categoria social que não pode ser analisada de maneira estranha e sim relacionada com os fenômenos supra e infra-estruturais, dos quais faz parte nos diversos momentos históricos dados. Profissão significa então, a qualificação que detém um determinado grupo de trabalhadores, especializados na realização de determinadas atividades e que dominam os conhecimentos (saberes) que fundamentam a sua realização. Os profissionais controlam a produção e a reprodução destes conhecimentos através do ensino e da pesquisa. Os primeiros profissionais foram os artesões da Idade Média, que eram serralheiros, vidreiros, ferreiros, médicos, dentistas, boticários, etc. Dominavam determinado tipo de conhecimento, o processo de trabalho e o produto final do seu trabalho. Esta característica muda com a implantação do modo capitalista de produção, com o parcelamento das tarefas e com o controle pelo empresário ou pelo gerente do processo de trabalho. Os membros da profissão estabelecem as regras para o exercício profissional do grupo, fixadas em lei ou compartilhadas pelo grupo e reconhecidas pela sociedade em que vivem. Geralmente se organizam em entidades do tipo associativo, de modo a garantir o respeito às regras estabelecidas, de buscar o aprimoramento profissional e de desenvolver medidas de defesa do grupo.

escolas formais que habilitassem pessoas para determinados ofícios e os exercentes de um determinado ofício ou vinham para o Brasil habilitados na metrópole ou eram treinados na colônia por compadres, amigos, parentes que transmitiam os seus conhecimentos aos aprendizes através do treinamento prático progressivo e da tradição oral. Do treinamento prático pouco a pouco o aprendiz adquiria experiência até passar a exercer sozinho o ofício. A maioria dos exercentes das ações de saúde passava do treinamento à prática sem prestar qualquer exame de habilitação profissional e o reconhecimento social de sua prática vinha dos sucessos e insucessos obtidos no exercício desta prática.

Uma passagem do romance de Manoel Antônio de Almeida, de 1854-1855, ilustra o processo de formação profissional da época:

"Quando chegara a idade de dar acordo da vida achou-se em casa de um barbeiro que dele cuidava, porém nunca lhe disse se era ou não seu pai ou seu parente ... Este homem ensinara-lhe o ofício, e por inaudito milagre também a ler e escrever, Enquanto foi aprendiz passou na casa de seu mestre ... A troco disto dava-lhe o mestre sustento e morada, e pagava-lhe do que por ele tinha já feito. Quando passou de menino a rapaz, e chegou a saber barbear e sangrar sofrivelmente, foi obrigado a manter-se à sua custa e a pagar a morada com os 'ganchos' que fazia, porque o produto do mais trabalho pertencia ainda ao mestre. Sujeitou-se a isso. Porém, queriam ainda mais: exigiam que continuasse a emoregar-se no serviço do místico. Lavrou-lhe então n'alma um arrepião de dignidade: já era oficial, e não queria rebaixar o seu ofício ... Tinham-no criado; ele tinha servido ... Viu-se na rua, sem saber para onde ir, tendo por única fortuna uma bacia de barbear em baixo do braço, um par de navalhas e outro de lancetas na algibreira. Verdade que quem tinha consigo estes trastes estava com as armas e o uniforme do ofício ... O mestre disse o marujo no meio da conversa, você também é sangrador? - Sim, eu também san

gro. - Pois olhe, você também estava bem se quisesse ir conosco, para curar a gente a bordo; morre-se ali que é uma praga. - Homem, eu da cirurgia não entendo muito. - Pois já não disse que sabe também sangrar? - Sim. - Então já sabe até demais ... De oficial de barbeiro dava um salto mortal a médico de navio negro; restava unicamente fazer render a nova posição ... Por um feliz acaso logo nos primeiros dias de viagem adoeceram dois marinheiros; chamou-se o médico; ele fez tudo o que sabia. Sangrou os doentes, e em pouco tempo estavam bons, perfeitos. Com isso ganhou imensa reputação, e começou a ser estimado"⁽⁶⁴⁾.

A inexistência, no Brasil, de organizações corporativas semelhantes às corporações de artífices da Idade Média européia, pode ser explicada pela característica colonial da época, onde a normatização vinha da metrópole e pela característica da estrutura econômica, essencialmente, agrário, extrativo-exportadora do país, organizada sob os princípios da produção pré-capitalista, com a população concentrada basicamente, no meio rural e uma incipiente organização urbana, quadro este que permaneceu praticamente intocado até o fim do século XIX.

Os físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, curandeiros, boticários, entendidos e outros compunham o quadro da prática de saúde laica, numa relação onde os físicos, minoritários, eram os detentores do saber teórico filosófico-místico-universalista sistematizado nas universidades medievais européias e reconhecidos socialmente como os médicos, com direito de emitir parecer sobre as ações de todos os demais exercentes das ações de saúde. Esse poder vinha do estatuto da ciência da época, mística e metafísica e da ar

(64) ALMEIDA, Manuel Antônio de. Memórias de um sargento de milícias. 14 ed. São Paulo, Ática, 1986. p. 30-1.

ticulação social dos físicos que se dava com a classe dominante representada pelo clero, pelos grandes proprietários de terras e pela incipiente burocracia estatal⁽⁶⁵⁾.

Os cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros e boticários eram considerados como ofícios com características próprias e diferentes entre si, mas tinham em comum o fato de serem ofícios de base operacional e manual. Suas atividades não mexem essencialmente com o intelecto e sim com ações concretas, visíveis e palpáveis. Na hierarquia valorativa da época tem menos valor que o tratamento clínico que envolve o interior do corpo humano, desconhecido e inacessível aos sentidos, envolvendo basicamente o raciocínio abstrato.

Apesar da perceptível divisão entre trabalho manual e intelectual, os espaços de atuação são diferentes, aproximando-se mais do conceito da divisão técnica do trabalho, da especialização dos ofícios. No entanto, já se dá o início da interrelação conflitiva da verdadeira divisão do trabalho, com uma destinação de espaço social, de articulação de classe e de relação dominação-subordinação, que será mais tarde estabelecida claramente com a institucionalização das ações de saúde no espaço hospitalar, de característica empresarial.

O fenômeno da supremacia dos físicos em relação aos demais exercentes das ações de saúde dá-se pelas articulações de classe feitas historicamente por estes profissio

(65) NOGUEIRA, Roberto Passos. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro, 1977. p. 9-10. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UFRJ.

nais, pela identificação e reprodução do estatuto de ciência da época, fenômeno este que começa a verificar-se mais claramente na história da civilização ocidental com a urbanização e a estruturação das Universidades (a primeira foi a de Salerno, na Itália, possivelmente estruturada no século X e certamente funcionando no século XI), que são centros de formação profissional com características semelhantes as das corporações. A medicina interna organizada nas Universidades, controla, normatiza e intervém sobre os demais ofícios. As Universidades medievais eram, na sua maioria, controladas pelo clero, que por um longo período da história da humanidade, deteve, nos mosteiros, a produção e a reprodução do saber, e segue, com a superação do espaço dos mosteiros, controlando grande parte da produção do saber da época.

4.2 - As Santa Casas e a Medicina Monástica:

Ao lado de toda essa prática de saúde exercida por leigos, existiu um grande espaço de assistência prestada pelos jesuítas nas enfermarias dos colégios e pela Irmandade nas Santas Casas de Misericórdia.

4.2.1 - As Santas Casas de Misericórdia:

Com os primeiros colonizadores veio para o Brasil a idéia da criação de Santas Casas e, apesar da polêmica em torno das datas de fundação destas instituições⁽⁶⁶⁾, acei

(66) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 242-4.

ta-se que a primeira foi fundada em 1543 por Brás Cubas, em Santos, sendo seguida pelas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, todas no século XVI, além de outras, nas demais capitâneas no século XVIII. As Santas Casas representam as primeiras instituições que prestam assistência de saúde no Brasil, não são governamentais e sim instituições de cunho religioso. O caráter da assistência prestada voltava-se mais para os objetivos caritativos, de assistência espiritual e de salvação da alma do que para o tratamento dos males do corpo. Nesse aspecto os hospitais das Misericórdias brasileiras correspondem às características das instituições hospitalares da Idade Média, no mundo ocidental como aponta FOUCAULT:

"Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres O pobre como pobre tem necessidade de assistência, como doente, portador de doença e possível contágio é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-los quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. (...) Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte (...). Tinha função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada a função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população" (67).

As Irmandades de Misericórdia eram associações caritativas formadas por pessoas de posses, católicas e religiosos que desenvolviam obras assistenciais com compromissos

(67) FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 4 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984. p. 101-2.

espirituais e de prestar cuidados corporais. As Irmandades de Misericórdia do Brasil tinham características semelhantes as das suas pares portuguesas, dirigiam as obras de caridade que eram formadas por:

"Hospitais ou Santas Casas com hospedarias anexa para náufragos, velhos desamparados, eclesiásticos e personagens importantes em trânsito; fundaram estabelecimentos para a criação e educação de crianças enjeitadas ou abandonadas - as denominadas 'Casas de Expostos e 'Rodas' - e para meninas sem pais - os 'Recolhimentos de Órfãs' - efetuando, desta maneira, a única assistência à infância vigorante no país nos três primeiros séculos; ergueram edifícios para a guarda de jovens transviadas, mulheres adúlteras e prostitutas, num pioneiro ensaio de assistência social; instituíram dotes para as moças casadoras dos Recolhimentos de Órfãs; sustentaram indigentes internados nos hospitais militares ... mantiveram oficinas para meninos e moças; construíram igrejas; alimentaram presos nas cadeias" (68).

As Santas Casas junto com as enfermarias dos jesuítas, até meados do século XVIII, quando a Companhia de Jesus foi expulsa do Brasil, e junto com as enfermarias das demais ordens religiosas, os hospitais militares e os lazaretos, até o início do século XX, representaram a espinha dorsal da assistência institucional prestada à população, na época. Em quase todas as capitâneas a Irmandade atuava e organizava Santas Casas que atendiam, principalmente, os pobres e os negros escravos. A assistência institucional caritativa, do espírito e do corpo, prestada nas en

(68) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 239.

farmarias jesuíticas e nas Santas Casas consistia, junto com a prática leiga dos homens de ofício, todo o arcabouço assistencial do Brasil colonial, passando pelo império e pelo início da república, chegando assim ao século XX.

A administração das Santas Casas era feita por provedores, leigos (homens de bem) ou religiosos e a assistência nelas prestada era feita por pessoas da própria comunidade ou asilados e escravos treinados sem perceber remuneração⁽⁶⁹⁾. Os físicos, cirurgiões-barbeiros ou boticários eram chamados para realizar alguns atendimentos como atos de caridade.

As ordens religiosas tiveram grande participação na organização destas instituições e nas adjuvantes de assistência social, administrando e prestando assistência como médico, boticário, enfermeiro, cirurgião-barbeiro, etc. Na Santa Casa do Rio de Janeiro, destacou-se a atuação do padre José de Anchieta que atuou "como professor, médico e enfermeiro"⁽⁷⁰⁾ e na medida que as religiosas foram vindo para o Brasil, a administração destas instituições foi sendo entregue a elas, como na Santa Casa do Rio de Janeiro, onde as primeiras irmãs de caridade chegaram em 1852.

Portanto, analisando o processo de trabalho nestas instituições, identifiquei duas vertentes diferenciadas, ou seja, dois tipos de relações de trabalho. Em primeiro lugar, os cuidados prestados aos doentes pelos religiosos e físicos nas instituições de assistência social, que não tinham

(69) MACHADO, Roberto et alii. Danação da norma. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 65-72.

(70) PAIXÃO, Waleska. História da enfermagem. 5 ed. Rio de Janeiro, Júlio C. Reis, 1979. p. 103.

características de trabalho profissional, constituíam-se num trabalho caritativo, tanto para os religiosos quanto para os homens de bem e profissionais de saúde que prestavam cuidados eventuais, pois esta atividade, na maioria das vezes não era remunerada como serviço prestado, representavam fonte de benefícios no plano da manutenção dos seus privilégios sociais e, no plano ideológico garantia a manutenção de organização social da época. Em segundo lugar, o trabalho desenvolvido por escravos treinados, por asilados na instituição ou fiéis treinados em troca de sua manutenção básica, como teto e alimentação, apresenta-se claramente como trabalho do tipo escravo, pois eram atividades não remuneradas que encobertas sob o manto da caridade permitiram a construção e manutenção de grandes propriedades pela Irmandade e pelas ordens religiosas.

As posses da Irmandade eram oriundas de contribuições de aristocratas rurais, de participantes da administração colonial e de nobres que faziam doações ou deixavam herança para a Irmandade "somadas em dinheiro, mantimentos, escravos, terras, fazendas de criação e de cultura, edifícios e donativos outros"⁽⁷¹⁾, além da isenção de pagamento de tributos e cobrança de serviços funerários. Apesar de passar por momentos de grandes expansão das suas atividades e propriedades, as Santas Casas e a Irmandade passaram por momentos de dificuldades, tendo muitas delas que fechar por alguns períodos. Com o aumento da população e das necessidades militares de assistência ao contingente de soldados da tropa,

(71) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 239-40.

as Santas Casas foram insuficientes e no século XVIII começam a ser criados os hospitais militares.

Existiram também os lazaretos que surgiram no país por volta do século XVIII e consistiam em conglomerados de pequenas casas localizadas nos arredores das cidades da época, como Rio de Janeiro, Salvador e Recife. Os doentes do mal de hansen, destinados socialmente para o confinamento, não eram tratados clinicamente pois o bacilo da lepra não tinha, nesta época, sido identificado e o tratamento com as sulfonas só ficou conhecido pela ciência da saúde a partir de 1940⁽⁷²⁾.

A estrutura organizativa e assistencial dos lazaretos estava ainda mais distante do estatuto dos hospitais modernos que a das Santas Casas, servia de depósito de doentes que recebiam roupas, alimentos e donativos da Misericórdia, do governo e esmolas de cidadãos. Não era uma instituição com estrutura administrativa organizada e os historiadores registram no lazareto da cidade do Rio de Janeiro, a existência de serviços prestados por "enfermeiros religiosos" cedidos pela congregação de Santo Antônio e prisioneiras negras que foram destinadas a cumprir pena, prestando serviços no lazareto⁽⁷³⁾.

4.2.2 - A medicina monástica - os jesuítas no Brasil:

Os jesuítas que ficaram no Brasil de 1549 a 1759, quando foram expulsos por ordem do Marquês de Pombal, tive

(72) MESGRAVIS, Laima. A Santa Casa de misericórdia de São Paulo. (1599-1884). São Paulo, Conselho Estadual de Cultura, 1976. p. 131.

(73) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 257.

ram grande responsabilidade na invasão que o homem branco fez na cultura indígena. Em nome da doutrinação para o mundo católico, introduziram novos hábitos de alimentação, de vestimentas, de moradia e de trabalho com a terra. Esta situação, aliada à micigenação com o homem branco, provocou um corte no equilíbrio ecológico entre população indígena e natureza, criando as condições para a domesticação exploradora e para uma total mudança no quadro nosológico alvissareiro de então⁽⁷⁴⁾.

Os jesuítas foram colonizadores do espírito. A ótica da domesticação para a produção escravista foi tarefa dos leigos administradores e grandes proprietários da terra, no entanto o trabalho dos jesuítas na catequese, na educação e na saúde foram instrumentos não só para a cristianização do índio mas também para a sua escravização.

Durante três séculos os jesuítas que se responsabilizaram por praticamente toda a estrutura institucional de ensino e por grande parte da estrutura de saúde do país. A prática assistencial dos jesuítas, apesar do essencial ser a catequese e a assistência espiritual, assemelhava-se, no que diz respeito ao estatuto do conhecimento e as técnicas empregadas, a prática dos físicos e dos homens de ofício da saúde da época.

Treinados na congregação para os primeiros socorros, tendo acesso à literatura européia sobre saúde, inclusive aos clássicos greco-romanos, a maioria dos jesuítas aprende

(74) GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1984. p. 21-2.

ram praticando, alguns, no entanto, tinham se formado em medicina na Europa. Os jesuítas medicavam, assistiam as parturientes, lancetavam, tratavam fraturas, anotavam os ôbitos e os nascimentos, ensinavam e proporcionavam medidas higiênicas pessoais e ambientais. Entre os que se ocuparam em sangrar, barbear e curar feridas, destacaram-se os padres José de Anchieta, João Gonçalves e Gregório Serrão⁽⁷⁵⁾. A "medicina" jesuítica, representa parcela importante na prática assistencial de saúde no Brasil, pois além do assistir aplicando técnicas e conhecimentos do mesmo patamar dos conhecimentos europeus (ou portugueses, melhor delimitando), os jesuítas foram pesquisadores e praticamente os únicos a estudar, catalogar e investigar a tecnologia e o conhecimento sobre a flora nativa que dispunham os indígenas.

Para analisar o tipo de trabalho de saúde feito pe los jesuítas no Brasil é preciso nos reportar a história da medicina, ou seja, a história da organização dos serviços e ã evolução do conhecimento em saúde, no mundo ocidental.

Com a queda do império romano e o renascimento das idéias religiosas como valores superiores aos valores objetivos do mundo terreno, o conhecimento de saúde dos clássicos greco-romanos foi suplantado durante longo período, pelo retorno do misticismo e da concepção religiosa e mística de saúde e doença. Até o século XI, quando se registra na história da civilização ocidental, a organização das primeiras universidades e das primeiras corporações de artífices⁽⁷⁶⁾, a prática

(75) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 119.

(76) BURNS, Edward Macwall. História da civilização ocidental. 27 ed. Porto Alegre-Rio de Janeiro, Globo, 1985. p. 314 w 346-9.

ca assistencial de saúde era essencialmente monástica, ou seja, eram nos mosteiros e nas abadias que os padres, além e conjuntamente com a assistência espiritual, prestavam cuidados de saúde aos pobres necessitados e despossuídos⁽⁷⁷⁾.

Foram nos mosteiros que se mantiveram guardados, copiados e estudados os conhecimentos que os povos da Antiguidade legaram a humanidade, inclusive é claro, os conhecimentos de saúde. Os padres controlaram, basicamente, toda a estrutura educacional, o desenvolvimento da ciência, da filosofia e da arte de curar e cuidar. As atividades assistenciais de cuidado do corpo, feita pelos religiosos foram motivos de muitos conflitos entre padres e cúpula da igreja, resultando posicionamento oficial de vários concílios contra a prática assistencial que não se limitasse ao aspecto caritativo. O Concílio de Rheims, em 1131, aprovou o seguinte Cânon, assim redigido: "os monges e os cônegos regulares não devem aprender as leis temporais ou a medicina por causa do lucro"⁽⁷⁸⁾. OLIVEIRA⁽⁷⁹⁾, comenta que a insistência do surgimento do tema em sucessivos Concílios mostra a preocupação do clero em direcionar os tipos de atividades que interessavam a Igreja, como forma de controlar e minimizar os riscos da profissionalização dos padres, pois, as peregrinações dos monges, assistindo os necessitados, resultavam muitas vezes, em trabalho remunerado, o que se contrapunha a essência caritativa da prática religiosa.

Quando ocorreu a colonização do Brasil, já havia, na

(77) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. Op. cit. p. 143-4.

(78) Ibidem. p. 144.

(79) Ibidem. p. 144.

Europa, um declínio da medicina monástica. Essa prática de saúde, religiosa e dominante passa, a partir do século XIII, na Europa, a dividir seu espaço de atuação com a prática laica que vai assumindo parcela progressivamente maior do campo assistencial.

A assistência prestada nos mosteiros medievais e nos colégios dos jesuítas, no Brasil, era semelhante. Os padres, além do sacerdócio, especializavam-se: físicos, cirurgiões-barbeiros, boticários, enfermeiros e, o atendimento dos doentes dava-se tanto dentro como fora dos mosteiros, passando, em muitos casos, a adquirir um caráter profissional, com remuneração pelos serviços prestados. Esta situação que provocou uma reação da igreja católica, condenando oficialmente, por diversas vezes, a profissionalização dos sacerdotes representa uma defesa do efeito ideológico caritativo, pois só com a assistência gratuita era possível manter a relação de dependência dos colonos aos senhores monásticos, gerenciadores dos grandes feudos da igreja⁽⁸⁰⁾. Por isso os "Apóstolos de Jesus" vieram para o Brasil com ordem expressa de "não se imiscuírem em hospitais, que não se ligasse às Misericórdias"⁽⁸¹⁾. No entanto, o conflito entre as ordens dos senhores monásticos e as resistências do clero "em não abrir mão de suas atividades médicas no campo mundano"⁽⁸²⁾, aliada à inexistência de recursos humanos e organizacionais capazes de se responsabilizar pela assistência de saúde, fez com que os jesuítas, logo de imediato, mantivessem nos seus colégios famosas enfermarias e

(80) NOGUEIRA, R.P. Op. cit. p. 7.

(81) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 117-8.

(82) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. Op. cit. p. 144.

boticas, constituindo-se muitas vezes no único recurso as sistencial do povoado onde se encontravam. É importante acrescentar entre os fatores explicativos da penetração dos jesuítas na prática de saúde que as ações de saúde e de educação muito serviram para a catequese. Através de um cuidado efetivo de saúde, por exemplo, é que os religiosos conquistavam confiança, respeitabilidade e espaço para a doutrinação religiosa.

Os jesuítas, nas suas enfermarias, assistiram principalmente os pobres, os escravos e os indígenas. Apesar disto, seus conhecimentos e os resultados dos cuidados que prestavam ficaram famosos, fazendo com que muitos colonizadores, aristocratas e administradores procurassem os seus serviços em situações de emergência. Esta situação pode ser exemplificada com o caso de D. Francisco de Souza, sétimo governador e capitão-general do Brasil e o de Heitor Furtado de Mendonça, deputado do Santo Ofício e primeiro inquisidor a visitar o país, que necessitando de assistência de saúde recorreram à enfermaria dos jesuítas ⁽⁸³⁾.

Os jesuítas construíram, no Brasil, verdadeiros feudos com grandes propriedades de terra, onde se encontravam "engenhos de açúcar, fazendas de cultura e criação, salinas para a produção de sal de mesa, ferrarias, carpintarias, alfaiatarias, sapatarias ..." ⁽⁸⁴⁾, sítios para convalescença, veraneio e colégios. "Os padres e irmãos, não só administravam o seu império comercial, como exerceram, eles próprios,

(83) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 118.

(84) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 118-9.

os mais variados ofícios dentro dos seus estabelecimentos. Entre estes ofícios, encontravam-se os relacionados com a assistência médica. Eles foram físicos, cirurgiões-barbeiros, enfermeiros e boticários" (85).

As propriedades da Companhia de Jesus no Brasil com sua estrutura semelhante aos grandes feudos e a prática dos padres da Companhia, tanto na área da manutenção básica, quanto no exercício das ações de saúde, funcionaram como mantenedores da estrutura social vigente, baseada na propriedade fundiária da terra e na exploração do trabalho do tipo escravo encoberta pela aura da caridade. Assim a prática de saúde religiosa dos jesuítas cumpriu o papel ideológico de garantir a manutenção da ordem social vigente e dos seus princípios básicos de respeito às autoridades, a hierarquia e a submissão à metrópole (86).

É analisando os tipos de atividades desenvolvidas pelos jesuítas, no campo da saúde, que, pela primeira vez, aparecem atividades registradas como de enfermagem e pessoas designadas como responsáveis por essas atividades; os padres-enfermeiros e os irmãos enfermeiros. A enfermagem não aparece como ofício autônomo e sim no espaço institucional, exercida por homens e com característica caritativa. Não encontrei registro claro do que seriam essas atividades designadas como de enfermagem, posso depreender dos textos duas atividades designadas como de enfermagem: a administração das enfermeiras e os cuidados aos doentes (cuidados do corpo e da alma).

(85) Ibidem. p. 119.

(86) NOGUEIRA, R.P. Op. cit. p. 5-9.

Já com relação às atividades hoje consideradas como atividades do farmacêutico, aparecem os boticários, tanto na Idade Média, na Europa, quanto no período colonial no Brasil, estruturados como ofício laico e também na prática monástica. O boticário manipulava as drogas, organizava e cuidava da botica.

Os jesuítas também foram físicos, às vezes formados efetivamente nas Universidades européias como os demais físicos da época ou exercendo ações de físicos, cirurgiões-barbeiros e barbeiros, conforme as exigências do momento, aplicando os conhecimentos que tiveram acesso nos mosteiros europeus ou capacitando-se na prática.

4.3 - A Política Sanitária e o Estado:

Até o século XX, o Brasil praticamente não conheceu qualquer estrutura organizada e responsável para definição e/ou execução das políticas sanitárias. Nos trezentos anos de dominação colonial a estrutura estatal é a da metrópole, praticamente inexistente no país uma estrutura administrativa e gerencial da sociedade que possa ser digna de ser chamada de estado brasileiro. É nos idos de 1800 que se verificam mudanças importantes no nível político, econômico e social. Com a vinda de D. João VI para o Brasil, fugido de Portugal face a ameaça de invasão francesa, modificações substanciais ocorreram na vida da colônia e no campo da saúde. Aparecem medidas de proteção à infância, de vacinação contra doenças específicas, de regulamentação e implantação de cursos de formação de médicos, de cirurgiões e de farmacêuti

cos.

Essa incipiente organização do estado brasileiro e a relação de subordinação colonial e a estrutura produtiva agrário-extrativo-exportadora, baseada no trabalho escravo, explica a inexistência de qualquer preocupação para com o bem estar da população. A sociedade colonial era formada, basicamente, por senhores aristocratas grandes proprietários de terra; pelos administradores coloniais; - incipiente burocracia estatal; homens de ofício - trabalhadores livres; pelos escravos, pelos índios e pelo clero.

A lógica da organização colonial era a da manutenção da colônia como fonte de matéria prima, minérios e produtos agrícolas para suprir as deficiências do mercado português, e para garantir o comércio externo da metrópole com os de mais países. O Brasil representava uma importante fonte de divisas para os cofres portugueses, abalados pela crise econômica e pelo precário desenvolvimento das forças produtivas. O homem brasileiro é uma fonte de produção dessas riquezas e assim é visto pelos portugueses e seus representantes no Brasil.

A organização sanitária em Portugal, na época, também é precária. Até o século XV a medicina portuguesa era essencialmente monástica e a cirurgia era exercida por cirurgiões-barbeiros e barbeiros. Somente em 1430, D. João I assinou um alvará regularizando o exercício da medicina clínica e determinando que para poder exercer a profissão era necessário obter autorização do Físico-mor. O cargo de Físico-mor-1392 foi criado depois do primeiro cargo no gênero que foi o cargo de Cirurgião-mor-1260. Ao Cirurgião-mor ca

bia a fiscalização do exercício dos físicos e cirurgiões e chefiar os cirurgiões da tropa. Criado o cargo de Físico-mor a fiscalização do exercício da medicina clínica e da farmácia ficou a seu cargo, bem como, o exame dos postulantes ao título cabendo a esta autoridade o poder de conceder diplomas de habilitação⁽⁸⁷⁾. No Século XVII foram designados representantes das duas autoridades máximas da política sanitária portuguesa para o Brasil no entanto, a representação institucional somente foi efetivada no século XVIII com a criação do cargo de "comissário" estabelecido nas principais cidades e vilas, como representantes das autoridades médicas renóis. É a partir desta época que nos centros maiores os "comissários" brasileiros e na falta deles as Câmaras de Vereadores passaram a colocar em prática o "Regimento do Físico-mor do Reino", que se constituiu no primeiro regulamento sanitário de Portugal e de suas colônias. O regimento (o primeiro foi em 1496) estabelecia as atividades do Físico e do Cirurgião-mor como: a concessão de cartas ou diplomas de habilitação; a revalidação de diplomas de escolas estrangeiras; concessão de autorização para a publicação de obras hipocráticas; fiscalização de boticas, boticários e o comércio de drogas; envio e controle de delegados e comissários aos domínios portugueses; formular avisos, regimentos e normas higiênicas⁽⁸⁸⁾.

Os comissários das duas autoridades médicas nomeavam juntas examinadoras para a concessão de "cartas de examinação" e junto com as Câmaras de Vereadores representavam a principal estrutura sanitária da época. Além da precariedade da

(87) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 259-60.

(88) Ibidem. p. 260-1.

fiscalização exercida pela pouca penetração em todo o território e pela pouca disponibilidade de profissionais qualificados formalmente, a respeitabilidade e o crédito popular no profissional não se dava pelo fato dele possuir ou não a carta de examinação ou diploma legal e sim pela constatação da eficiência da prática exercida, chegando até ocorrerem manifestações populares, demonstrando a sua preferência aos práticos ou entendidos do que aos diplomados⁽⁸⁹⁾. Estes fatos levantam a questão do papel terapêutico da relação terapeuta/cliente onde o crédito popular nos práticos vinha da confiança que este inspirava no grupo social do qual fazia parte, do conhecimento mútuo da realidade do grupo e da constatação da eficiência das técnicas e medidas empreendidas pelo prático. No entanto, este aspecto, do valor terapêutico da relação terapeuta-cliente, só nestas últimas décadas do século XX tem sido objeto de pesquisas com alguma expressão no setor, uma vez que após a hegemonia do modelo metafísico adveio a hegemonia do modelo biologicista positivista que limitou substancialmente o avanço das pesquisas fora da determinação biologicista.

Dentre as medidas estabelecidas pela Câmara para a proteção da saúde pública, estavam a determinação de lugares para a construção de fossas; limpeza ao redor dos muros das vilas; construção de fontes públicas canalizando água de boa qualidade; determinação de locais para isolamento de leprosos e o estabelecimento de medidas punitivas para os

(89) Ibidem. p. 262.

desobedientes.

Também interferiam na determinação de medidas sanitárias os capitães-generais que eram os governadores das capitâneas. Ordenavam providências por ocasião de epidemias, incentivavam a construção de Santas Casas e hospitais, além de controlarem as ações dos "superintendentes" ou "provedores" e dos "guardas da saúde dos portos". Os superintendentes ou provedores da saúde dos portos auxiliados pelos guardas da saúde, faziam vistoria nos navios recém chegados aos portos, identificavam os doentes ou suspeitos e os obrigavam a permanecer isolados no navio, em quarentena. Estas medidas eram mais rigorosas com os navios que traficavam escravos mas, em geral, eram tomadas em relação a passageiros e tripulantes enfermos. Estes cargos não eram ocupados por físicos ou cirurgiões e sim por homens importantes, como vereadores nomeados pelo governador. De 1782 a 1809 existiu um grupo de homens, técnicos e leigos, nomeados pela rainha D. Maria I, formando a "Junta do Promedicato", que substituiu durante o período as funções do Físico e Cirurgião-mor. Em 1809 foram restabelecidos os cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor.

A vacina da varíola, descoberta por Jenner em 1796, foi aplicada no Brasil, em 1798, pelo Cirurgião-mor do Primeiro Regimento de Milícias do Rio de Janeiro⁽⁹⁰⁾.

Os sepultamentos eram feitos no interior das igrejas e capelas, para as pessoas abastadas que deixavam donativos ao clero. Os estrangeiros, os indigentes e os negros eram

(90) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 270.

sepultados nos terrenos das Misericórdias. A partir do século XIX, as autoridades sanitárias, os físicos e os cirurgiões manifestaram-se contra este hábito de enterrar no interior das igrejas por entendê-lo prejudicial à saúde, mas mesmo com a proibição desta prática contida na Carta Régia de 1801 os sepultamentos nas igrejas continuaram acontecendo. Os atestados de óbitos eram feitos pelo cirurgião do partido, nas localidades onde eles existiam, ou por boticários, barbeiros, entendidos, curiosos e outros, na falta dos primeiros. Os laudos eram bastante precários dificilmente identificando a real causa mortis. O estudo anatômico com os cadáveres era proibido pelo Santo Ofício, bem como as necrópsias. Foi Wilhem Piso, que clinicou no Brasil, em Pernambuco, durante a dominação holandesa, quem fez as primeiras necrópsias no país, pois estava a salvo das ações do Santo Ofício. O estudo de anatomia no país, praticamente, não existiu até o século XIX, apesar dos estudos anatômicos já terem um desenvolvimento considerável na Europa, desde o século XVI, devido o trabalho de André Vésale.

4.4 - Saber, Poder e Divisão do Trabalho:

4.4.1 - A divisão do trabalho no setor saúde:

Diferentemente da ação de saúde com características totalizantes, como é a do pajé, que nas tribos prestava atenção integral ao doente, no período colonial já aparecem os ofícios definidos, tanto na assistência prestada pelos leigos quanto na prestada pelos clérigos. A divisão técnica do trabalho está presente. A população já é bem maior do

que na antiguidade e nas sociedades tribais. O conhecimento de saúde acumulado proporciona a especialização em diversas áreas. No entanto, a relação entre os diversos ofícios é pequena, cada qual age praticamente independente, exercendo ações que não são só as definidas como típicas do seu ofício, mas, de acordo com as necessidades, o cirurgião-barbeiro, por exemplo, pode ser físico, barbeiro, cirurgião, enfermeiro, boticário, dentista ou parteiro. Esta interpenetração de funções ocorria tanto no espaço da enfermaria dos colégios jesuítas e nas Santas Casas quanto nas ações de saúde dos leigos.

Este estágio da divisão do trabalho corresponde à forma de produção da matéria, dos meios de produção, enfim, do modo de produção vigente na época: agrário-exportador e baseado no trabalho escravo com características pré-capitalistas. Já existe, claramente, a divisão entre trabalho manual e intelectual, mas não existe a divisão pormenorizada ou parcelar do trabalho, que parcela o processo de feitura do produto em numerosas operações, executadas por diferentes trabalhadores, deixando estes de ter o controle do processo de trabalho e do produto final.

4.4.2 - O saber de saúde:

Entendendo o saber de saúde como parte dos meios ou do instrumento de trabalho que permite a aproximação entre o trabalhador e o seu objeto de trabalho, procuro desenvolver aqui os conteúdos teóricos e a concepção de ciência que subsidiou as práticas de saúde no período colonial, antes da institucionalização da medicina.

Para caracterizar o saber de saúde, entendido como instrumental de trabalho e utilizado pelos exercentes das ações de saúde para a realização do seu trabalho, descreverei a tecnologia⁽⁹¹⁾ empregada por eles para o tratamento dos problemas de saúde. Ou seja, o saber será apreendido de sua forma objetiva, que são as tecnologias e técnicas resultantes das concepções teóricas de saúde e doença da época.

Ao descrever a terapêutica empregada para o tratamento de algumas doenças, caracterizo também a prática dos exercentes das ações de saúde, de modo que analisarei, em conjunto, o saber que subsidia as ações de saúde dos práticos e físicos, comparando os fundamentos que subsidiam uma e outra prática, bem como a divisão do trabalho no setor saúde.

Destaquei a varíola, a febre amarela e o tétano para essa caracterização, por considerar a importância epidemiológica destas patologias e também por dispor de dados que caracterizam a prática intra e extra-instituição, necessários para o entendimento do processo de trabalho em saúde.

a) A varíola, segundo o tratamento feito pelos jesuítas (1549-1759):

"A outros (índios) que daquele pestilencial mal (varíola) estavam mui mal, esfolei parte

(91) Por tecnologia entende-se um corpo de conhecimentos aplicável para controlar, transformar ou criar coisas ou processos naturais ou sociais. É mais ampla que a técnica que é um modo simples de resolver problemas práticos. O processo de abertura de um pacote de curativo estéril é uma técnica e as técnicas e conhecimentos que orientam a realização de curativos é uma tecnologia. Vide LADRIERE, Jean. Os desafios da racionalidade. Petrópolis, Vozes, 1979.

das pernas e quase todos os pés, cortando-lhes a pele corrupta com uma tesoura, ficando em carne viva, cousa lastimosa de ver e lavando-lhes aquela corrupção com água quente, com o que, pela bondade do Senhor sararam O qual, como lhe cortamos com uma tesoura, toda aquela corrupção dos pés e os deixamos esfolados, logo começou a se dar bem e cobrou a saúde Os nativos, atacados pela 'peste de bexigas', atemorizados, desnorteados, faziam umas covas longas à maneira de sepultura, e depois de bem quentes com muito fogo deixavam-as cheias de brasas, e, atravessando paus por cima e muitas ervas, se estendiam ali tão cobertos de ar e tão vestidos como eles andam, e se assavam, os quais comumente depois morriam e suas carnes, assim como aquele fogo exterior como o interior da febre, pareciam assadas. Três destes, que achei, revolvendo as casas como sempre fazia, que se começavam a assar, e, levantando-se por força do fogo, os sangrei e sararam pela vontade de Deus" (92).

Sinais e sintomas da varíola, segundo as anotações dos jesuítas:

"Cubre-se todo el cuerpo, de pies a cabeça, de uma lepra mortal que parece cuero de caçon y ocupa luego la garganta por dentro, y la lengua, de manera que com mucha dificultad se puede confesar, y en tres o quatro dias muere. ... Quebra-se les la carne, pedaço a pedalo com tanta podredumbre de materia que sale dellos un terrible hedor, de manera que acundele las moscas, com a carne muerta y podrida y sobre ellos y les ponem gusanos que sino les socorriessen vivos los comeriam" (93).

A varíola, segundo os físicos e cirurgiões exercen-tes no Brasil herdeiros do saber científico português: A varíola ou "mal de bexigas" no Tratado Único das Bexigas, e Sarampo, Lisboa, 1683, de Simão Pinheiro Mourão, médico residente em Recife, é causada por "influência dos astros, ou pelo ar corrupto, podem vir também naturalmente por usarem

(92) SANTIOS FILHO, L. Op. cit. p. 122.

(93) Idem. p, 157.

as criaturas de muitos e contínuos banhos, e por fazerem também grandes exercícios"⁽⁹⁴⁾. Como terapêutica para apagar os sinais ou cicatrizes das bexigas usavam "banha que as parteiras acham nas crianças, quando nascem ... sebo dos rins do bode, ou com os tutanos dele, misturados, e amassados com pós de aristolôquia rotunda"⁽⁹⁵⁾. Do século XVI ao século XIX, físicos e cirurgiões utilizaram "purgas, sangrias e clisteres até o momento da rebentação das pústulas. No mais, aguardente, vinho e outros estimulantes, água de rosas, drogas e infusões as mais diversas, além de unções das pústulas com vinagre, azeite e óleos"⁽⁹⁶⁾. Como dieta era prescrito caldo de galinha e de marmelada, dieta esta que também era utilizada em outras doenças. Os variolosos comiam também arroz, feijão e farinha.

Em 1798, é introduzida pelo Cirurgião-Mor Francisco Mendes Ribeiro, outra medida de combate a varíola, no Brasil, que é a vacina anti-variólica. A nova técnica terapêutica difundiu-se lentamente e com muita desconfiança por parte da população. E, apesar das medidas de obrigatoriedade da imunização, aplicadas por alguns governadores em 1805, os surtos continuaram intensos até 1900, quando a doença junto com a febre amarela custaram a vida de milhares de brasileiros, principalmente na cidade do Rio de Janeiro.

Decodificando a descrição dos tratamentos empregados e a compreensão da etiologia da doença, bem como o processo

(94) *Ibidem.* p. 159.

(95) *Ibidem.* p. 159.

(96) *Ibidem.* p. 162.

decisório de escolha de um ou outro método terapêutico des
taco os seguintes elementos:

- não há diferença de estatuto científico entre as técnicas empregadas pelos jesuítas e pelos físicos e cirurgiões;
- o conhecimento místico e metafísico é o norte da compree
ção do processo saúde-doença e a escolha por um ou outro procedimento técnico dá-se em bases empíricas, isto é, foi a experimentação que determinou a utilização desta ou daquela solução emoliente para untar as feridas. A objeti
vidade do conhecimento e da pesquisa tem como rudimento as anotações dos jesuítas e dos profissionais sobre a te
rapêutica empregada e os resultados obtidos. Não eram em
pregados quaisquer metodologias de pesquisa ou investiga
ção sistematizada. A técnica terapêutica empregada pelos jesuítas, físicos e cirurgiões diferenciava-se da emprega
da pelos indígenas, nesta patologia por ser menos mutilante mas não representava uma ruptura no que diz respeito ao estatuto de ciência subjacente a uma e outra prática;
- a primeira ruptura é a introdução da vacina, que represen
ta o resultado da aplicação do método científico positi
vista, objetivo e racional, qualitativamente diferente do conhecimento metafísico.

b) O tétano, segundo um cirurgião do Brasil Colônia, Manoel Fernandez Nabuco, Cirurgião-mor de regimentos portugueses no Brasil (no período de 1762-1817), formado possivelmente em Londres, deixa anotações de sua prática clínica que estão registradas em "Um Médico do Brasil Colônia" - 1986, o que permite caracterizar o tratamento empregado em pacientes acometidos pelo tétano, a metodologia utilizada

e a fundamentação do conhecimento da época. Nabuco, recebeu um paciente, segundo ele, acometido de "enfarte carcinomatoso", teve necessidade de submetê-lo a uma amputação. Nabuco anotava diariamente a evolução do paciente e as medidas empreendidas. Nelas estava descrito que quando o processo de cicatrização já estava bastante avançado, o paciente:

"Se queixou de não ter livre a deglutição, e que sentia alguma dor nas circunvizinhanças da garganta. O pulso, suposto que ligeiro, não se levantava quase nada febril, antes em algumas pulsações se abatia. Contudo eu estava tão possuído da completa cura que observava, que nem ao menos me ocorreu que seria princípio do que se veio efetuar depois, bem visível a todos. E só me ocorreu que fosse alguma pequena inflamação, e por isso lhe administrei alguns remédios antiflogísticos No dia seguinte . . . o queixo estava imóvel e contraído ou apertado contra o superior queixo, dor contrativa na região dorsal e dor firme pelo esterno . . . e juntamente o repuxo contrativo opistótono, o qual fazia cair a cabeça, puxando-a para trás tão fortemente, que quase o estrangulava, e, anteriormente, ao contrário, pois a dor e a estrangulação que o oprimiam, eram excitadas pela forte extensão com que eram estendida, e puxadas tanto as fibras dos músculos quanto os mesmos músculos do hióideo osso e os do esôfago, da traquiartéria, os da faringe, os da laringe, os da respiração, etc. Já se pode saber . . . que eu tinha para tratar de uma convulsão universal . . . e que poria em prática os remédios inculcados pelos autores, nos seus livros Mas o sucesso era escasso . . . e poucas ou nenhuma vez felizes. Contudo, estabeleci deste enfermo o seu método curatório nesta maneira. Ordenei fosse sangrado pelo pé e que bebesse cozimento de cevada e cabeças de papoulas brancas, pevides maiores, e flores de violas; e que deste cozimento se coasse a porção de libra e meia, para tomar à tarde desse mesmo dia seis onças, adoçando com um pouco de xarope de papoulas brancas, e que o mesmo se fizesse às onze horas da noite, e que na manhã do dia terceiro tornasse a beber o mesmo cozimento com leite de vaca. No dia terceiro, na manhã da manhã, me foi informado que tudo se tinha feito à risca, mas que o enfermo se achava, além do mesmo estado do dia antecedente, em tudo mais tinha adiantado, a saber,

maior aperto nos queixos, e garganta, pulso febril pelo grande calor universal e oscilatório do coração até onde não mais podiam subir as artérias, e maior rigidez em todos os membros" (97).

Nabuco, consultou outros médicos e cirurgiões do hospital que orientaram a continuação dos emolientes em maior proporção e mais a miúdo. A piora do quadro do paciente continuou dia-a-dia, teve alta para morrer em casa mas retornou em pior estado. Nabuco consultou os colegas novamente e sugeriu a introdução de ópio como terapêutica, os colegas não aprovaram. Continuou o tratamento de consenso até que, no quarto dia de retorno ao hospital e décimo quarto da convulsão, Nabuco:

"Tomou-se de coragem e mandou dar uma oitava de ópio tebaico, em pílulas de 1 grão cada uma, além de um cozimento paregórico de cevada, cabeças de papulas brancas e raiz de al-téia, quanto bastasse para uma libra, além de xarope de mecônio (hoje se diria xarope de maconha) e 40 gotas de láudano líquido opio do. Determinei ao meu Ajudante e ao Enfermeiro, que tendo chegado esses remédios da Botica: às 4 horas da tarde fosse dada uma das pílulas de ópio ao enfermo, quero dizer bota da na boca da melhor forma que fosse possível e sobre ela bebesse uma porção do cozimento paregórico ... e assim nas horas seguintes se havia de prosseguir na mesma exibição ..." (98)

No dia seguinte, às 8 horas da manhã Nabuco já teve notícias da melhora do paciente, mandou continuar o tratamento após sua visita ao paciente até que o mesmo apresentasse sonolência, quando o tratamento seria interrompido pa

(97) NABUCO, José Thomaz. Um médico no Brasil colônia: o cirurgião-mor Manoel Fernandez Nabuco e sua gente. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986. p. 95-6.

(98) *Ibidem.* p. 98-9.

ra avaliação:

"No dia 16 de convulsões e 8 de chegada ao hospital logo me aproximei ao enfermo, o re conheci alegre e me pode falar, e explicando os termos e as respostas do que se lhe perguntara, igualmente era em mim o prazer, por que sai com o que pretendia, que era destruir o mórbus e acreditar os meus projetos de um tão soberano remédio, como é o ópio" (99).

c) A febre amarela - os tratamentos e os entendimentos sobre a doença.

João Ferreira da Rosa, no "Tratado Único da Constituição Pestilêncial de Pernambuco" - 1694, citava como causa principal da epidemia de febre amarela - "epidemia dos males" - a corrupção do ar. Apontava:

"Três causas concorreram para o vício do ar: a costumância dos pecados e derregados costumes; a influência de dois eclipses do sol e da lua ultimamente sucedidos, não faltando os vapores de carne podre, pois se viu evidentemente que ao abrir umas barricas de carne podre, vindo em navegação de São Tomé, quando imediatamente e, bravamente morreu um tamoneiro, o que sucedeu na praia com mais três ou cinco da mesma rua primeiro comunicante ... a doença é particularmente castigo de Deus pelos pecados do homem" (100).

A transmissão das doenças se dava no entendimento da época, por "morbus contagia mors miasmat gignit", contágium - quando o agente etiológico provinha do doente e miasma - quando a substância infectante tinha outra procedência.

Oswaldo Cruz, em 8 de novembro de 1892, defendeu tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sobre "Vehiculação Microbiana pelas Águas" e dentre as doenças que tem

(99) Ibidem. p. 100.

(100) ROSA, João Ferreira da. Tratado único da constituição pestilêncial de Pernambuco. Lisboa, 1694. In: NOTÍCIAS dos três primeiros livros em vernáculo sobre medicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual de Pernambuco, 1956.

transmissão hídrica, Oswaldo Cruz inclui uma possibilidade da febre amarela também ser transmitida desta forma:

"Entre nós, não se tem feito observações sobre a propagação desta terrível moléstia por intermédio das águas e quem sabe se não será este um dos meios de propagação do terrível mal? Que a febre amarela se pode propagar pelas águas é fato admissível; assim no Congresso Internacional de Hygiene e Demographia reunido em 1889, em Paris, o Dr. Angelo Gavino relata um facto que parece favorecer este modo de ver. Eil-o: Na cidade de Vera Cruz, porto do golfo do México, a febre amarella era endêmica durante muitos anos; n'esta cidade a água era retirada outrora de poços primitivos que deixavam muito a desejar e que talvez em todos os casos estivessem em comunicação quase directa com receptaculos de materias fecaes e com esgotos imperfeitos. ... com o fim de sanear a cidade, afastando todas as bases, todas as materias de origem animal e afastando também os antigos muros perto dos quais havia receptaculos espontaneos d'agua. Foi algum tempo após a introdução das águas do Jamapa que se deixou as águas dos poços. A febre amarella diminuiu annualmente e ha tres annos que não ha caso algum da moléstia na população, e se alguns doentes chegam aos hospitaes são, particularmente, soldados da guarnição que não estão em condições identicas as da população. Este anno, porem reapareceu a epidemia" (101).

Analisando a assistência prestada ao paciente acometido de tétano, pelo Dr. Nabuco, pelo seu ajudante e pelo "enfermeiro" no hospital militar onde trabalhava, percebe-se que:

- o tratamento do tétano era feito com medidas gerais, comuns a outros estados mórbidos, a etiologia não era conhecida e as técnicas empregadas pelo cirurgião não eram diferentes das empregadas pelos práticos ou pelos jesuítas.

(101) CRUZ, Oswaldo Gonçalves. A vehiculação microbiana pelas aguas. Rio de Janeiro, 1893. p. 96-7. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Como já vimos, sangrias, aplicações de soluções emolientes eram prática comum a todos os exercentes de ações de saúde independente da formação que possuissem (prático ou formado nas universidades européias) ou do ofício que tivessem como sua identificação profissional (físico, cirurgião-barbeiro, boticário ou enfermeiro). Identifico um aspecto que diferencia a prática do Dr. Nabuco do exercício profissional dos práticos, que é o espírito de investigação científica, isto é, anotações sistemáticas das medidas adotadas e a avaliação dos resultados obtidos com introdução de novas técnicas conforme o caso. É a aplicação do método hipocrático, da observação e anotações rigorosas; introduzindo, também, a aplicação do método experimental e os princípios contianos de investigação científica⁽¹⁰²⁾. A identificação do *Clostridium tetani* e as primeiras experimentações para atenuar a toxicidade do bacilo deram-se depois desta época, por volta de 1890⁽¹⁰³⁾.

- No espaço institucional, que é o hospital, outros elementos são introduzidos na análise. A prática dos exercentes das ações de saúde, que se dava de forma independente, passa agora a ter uma relação que não é mais só o resultado

-
- (102) "Princípios contianos" - se referem aos princípios emanados do Positivismo, como filosofia do século XIX, a qual acredita que o homem definitivamente supera a visão metafísica do mundo, quando começa a analisar fatos (empiricamente verificáveis) e buscar as interrelações entre eles de modo a formar leis, utilizando o método científico e racional como norteador e balizador da pesquisa em busca da verdade científica objetiva.
CUPANI, Alberto Oscar. Positivismo, neopositivismo e funcionalismo. In; Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, Florianópolis, UFSC, 1984. Anais ... Florianópolis, UFSC, 1984. p. 89-103.
- (103) BIER, Otto. Bacteriologia e imunologia. 11 ed. São Paulo, Melhoramentos, 1963. p. 552-3.

da divisão técnica do trabalho, mas sim o início do parcelamento do trabalho em saúde, onde o médico, neste caso, o cirurgião, é quem detém o controle do processo de trabalho. É quem avalia o paciente, quem decide o diagnóstico e a terapêutica e quem avalia os resultados obtidos. No entanto, o cuidado do paciente envolve não só a decisão terapêutica, envolve também a administração e a manutenção da infra-estrutura do espaço hospitalar e envolve a ação de diversos trabalhadores, profissionais da saúde ou não. O médico, que já começa a aparecer, no espaço hospitalar, como uma única profissão seja cirurgião ou físico, é o gerenciador das ações de saúde prestadas na instituição, delega funções ao ajudante (aprendiz), ao enfermeiro, ao boticário.

No que diz respeito a febre amarela a compreensão da etiologia da epidemia em 1694 é o exemplo típico do domínio do pensamento místico e metafísico como referencial do conhecimento em saúde, daí a falta de elementos objetivos para atacar os surtos epidêmicos. É só no século XX que Oswaldo Cruz utiliza medidas concretas de combate a febre amarela em larga escala. O conhecimento já é qualitativamente diferente, resultado de pesquisas objetivas que foram definitivamente comprovadas pelo pesquisador cubano Carlos Finlay, em 1881, mostrando que o mosquito *aedes aegypti* é o transmissor da febre amarela⁽¹⁰⁴⁾. Em 1892, quando Oswaldo Cruz levanta a hipótese da transmissão da febre amarela se dar

(104) PESSOA, Samuel Barnsley. Parasitologia médica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1963. p. 752-3.

pelas águas, não fica compreensível a consistência da hipótese e como seria essa transmissão mas já se percebe claramente por toda a estrutura do trabalho, que a fundamentação teórica da investigação científica feita pelo autor é o da ciência positiva racional e metódica, de base comtiana.

4.4.3 - Saber e profissão na prática laica e monástica:

Em relação ao saber não há diferenças entre o que fundamentou as ações de saúde exercidas pelos físicos e práticos leigos e as exercidas pelos físicos e práticos clérigos. A diferença entre essas duas práticas é em relação a característica profissional ou não. Para os leigos, a formação de maior ou menor profundidade, as regras que norteavam o exercício da prática e o fato de perceber remuneração pelos serviços prestados caracteriza uma prática profissional. Já, para os clérigos, a questão é mais complexa, mas a característica dos serviços prestados é de natureza qualitativamente diferente. O trabalho não assume o cunho profissional, o fundamental é a assistência caritativa, o desejo de servir o próximo (defendido pela igreja católica), de atenção ao espírito e com o objetivo de salvar a alma e converter os pagãos ao cristianismo, conseguindo assim pela dominação ideológica garantir o poder econômico da igreja no seio da sociedade.

4.5 - Precursosores da Enfermagem Profissional:

A fim de caracterizar a prática de dois elementos cen

trais na assistência de saúde em todo o mundo ocidental e em especial no Brasil, que são os profissionais da medicina e da enfermagem, os quais destaco para o âmbito deste trabalho, resgato, já neste capítulo, como fiz com a tipificação do processo de trabalho dos físicos, o processo de trabalho dos precursores do grupo, que no século XX, se organiza como profissão de enfermagem.

O cuidado ao doente era realizado no domicílio, por mães ou escravos treinados e contratados pelos grandes proprietários rurais, ou integralmente pelo físico ou cirurgião-barbeiro, como parte de sua atividade assistencial. A nível institucional, nas enfermarias dos jesuítas e depois nas Santas Casas quando organizadas e administradas pelas congregações de religiosas e nos demais hospitais e enfermarias a partir do século XVIII, é que aparecerão referências a um determinado tipo de trabalho designado como de enfermagem, mesmo que essa delimitação de atividades não seja clara. As atividades das parteiras, das curiosas e dos entendidos também podem ser considerados como precursores das atividades de enfermagem. Pode-se logo perceber que os espaços onde se realizaram estas atividades, que podem ser consideradas como precursoras das atividades de enfermagem, são diferenciados ou seja, ficam no âmbito privado como parte das atividades domésticas, sem característica profissional; ou se dão no espaço institucional (hospital, Santas Casas) como atividade complementar a do físico e do cirurgião-barbeiro; ou são atividades profissionais independentes e autônomas como a das parteiras, por

exemplo, ou ainda, fazem parte do trabalho do escravo, como era o caso dos negros treinados para prestar cuidados aos doentes no domicílio da família colonial oligarca.

É no fim do século XVII que a história oficial registra o primeiro nome de uma pessoa reconhecida socialmente por exercer atividades de enfermagem. Francisca Sande foi voluntária que ocupou a sua viuvez, assistindo os pobres acometidos pelas freqüentes epidemias de febre amarela e peste que assolavam a Bahia no período⁽¹⁰⁵⁾. Assistia os doentes na Santa Casa e muitas vezes improvisava enfermarias na sua própria casa quando faltava leitos nas instituições de então. No século XVIII, Frei Fabiano de Cristo é referido como exercente de ações de enfermagem, no convento de Santo Antônio no Rio de Janeiro, por um período de quarenta anos⁽¹⁰⁶⁾. O trabalho de cuidar dos doentes e de administrar o trabalho das Santas Casas e das enfermarias era exercido sem um preparo formal dos seus exercentes. Como bibliografia especializada foi conhecido um manual utilizado como referência e chamado de guia do enfermeiro, que data de 1783, de autoria de Francisco Morato Roma e intitulado "Luz da Medicina ou Prática Racional Metódica", foi publicado em Portugal e bastante utilizado pelos práticos de então⁽¹⁰⁷⁾.

A característica profissional, isto é, de ter adquirido capacitação através de um processo de instrução formal, de estar submetida a regras normatizadoras do exercício profissional e de perceber remuneração pelos serviços prestados, só começa a organizar-se na enfermagem no século XIX,

(105) PAIXÃO, W. Op. cit. p. 105.

(106) GERMANO, R.M. Op. cit. p. 23-5.

(107) Ibidem. p. 23.

com o treinamento de pessoas de enfermagem para atuar em psiquiatria e aparece realmente estruturada como profissão no Brasil, quatrocentos anos depois da atuação de físicos e cirurgiões, com a formação de enfermeiros para atuar em saúde pública, no início do século XX.

Essa característica da enfermagem não é só brasileira. Também na história da civilização ocidental, a enfermagem não aparece como ofício, como os cirurgiões, dentistas e boticários, organizados e formados na corporação de artífices da Idade Média e nem como intelectuais universalistas, formados e organizados nas Universidades medievais, como é o caso dos físicos ou clínicos. A enfermagem como profissão na Europa (apesar do cunho caritativo permanecer como marca importante até os nossos dias), só aparece com Florence Nightingale em 1860, com a estruturação da escola de formação de enfermeiros administradores e prestadores de cuidados, modelo que se espalhou por todo o mundo ocidental.

4.6 - O Caráter Masculino das Profissões de Saúde:

Tanto os feiticeiros e sacerdotes das tribos eram homens, quanto o eram os físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários, jesuítas, curandeiros, práticos e escravos treinados. Posso afirmar com certeza, com base nos registros históricos e nos romances da literatura da época, que a grande maioria dos exercentes das ações de saúde no Brasil, desde o século XVI até o século XX eram do sexo masculino.

A sociedade colonial brasileira era a sociedade da

exclusão dos direitos de cidadania para a grande maioria da população que eram os negros, os pobres, os doentes, as crianças e as mulheres. Era uma sociedade masculina com duas classes claramente estabelecidas em conflito e oposição de interesses que são a oligarquia rural e os escravos. Entre estas duas classes, outras camadas ou estratos sociais se colocavam, eram os militares, o clero (que também se organizava numa estrutura semelhante a da aristocracia rural, com grandes propriedades e dependente do trabalho escravo), funcionários e pequenos comerciantes nas cidades e moradores sem terra no interior. As vésperas da independência, o Brasil tinha uma população de pouco mais de três milhões de habitantes, sendo que um milhão e meio destes eram escravos (108).

A família ampliada de elite, aristocrata e rural até 1800 e a família nuclear e cidadina da sociedade oitocentista era a base da estrutura de poder na sociedade brasileira de características predominantemente feudais, sem um estado efetivamente estruturado e dependente da metrópole portuguesa. A família brasileira era patriarcal e autoritária, mulheres e crianças eram subservientes aos homens privilegiados e dominantes. A posição da mulher é "distintamente inferior, tanto social quanto psicologicamente. Como mãe e esposa, o seu mundo está centrado exclusivamente em servir o marido, cuidar das crianças e, quando há tempo, no contato com parentes (...). Quando existem decisões impor

(108) BAUSBAM, Leôncio. História sincera da república - das origens até 1889. São Paulo, Alfa-Omega, 1982. p. 97.

tantes a serem tomadas, o julgamento do marido é dominante e final" (109). A mulher da família aristocrata, apesar de subordinada ao homem, é produtiva como ele e uma sócia dos negócios da família. Inicialmente se responsabilizava diretamente pela produção, cuidando dos porcos, galinhas e outros animais, costurando, produzindo compotas, geléias, pão, velas e sabão. Com o aumento do poder econômico da família pelo desenvolvimento da cafeicultura a mulher passa a gerenciar o trabalho escravo, dirigindo a produção de bens necessários à manutenção da família, com mãos de ferro como as do marido sob chicotadas exige produtividade do trabalho escravo masculino e feminino. Assume muitas vezes a coordenação do trabalho da fazenda com o marido ou sozinha em caso de viuvez (110). Esposa, filhos, escravos, todos eram subordinados ao senhor dono das terras. E, numa sociedade estruturada na propriedade e onde a família era a unidade jurídica proprietária, a mulher passa do jugo do pai ao do marido e tinha a viuvez como oportunidade de adquirir a liberdade.

Em meados do século XIX, a estruturação da família nuclear, higienizada pela medicina, cidadina e influenciada pela aristocracia portuguesa que veio para o Brasil, muda o papel da mulher que fica mais mundana "acordando tarde por ter ido ao teatro ou algum baile; lendo romance; olhando a rua da janela ou da varanda; levando duas horas ao tou

(109) ROSEN, Bernard C. & LARAIA, Anita. Modernity in women: an index of social change. In: PENA, Maria Valéria Junho. Mulheres e trabalhadoras. São Paulo, Paz e Terra, 1981. p. 98-9.

(110) PENA, M.V.J. Op. cit. p. 95-6.

gador 'a preparar a charola na cabeça'; outras tantas horas no piano, estudando a lição de música; e ainda outras na lição de francês ou na dança. Muito menos devoção religiosa do que antigamente. Menos confessorário. Menos conversa com as mucamas. Menos história da carochinha contada pela velha negra. E mais romance. O médico da família mais poderoso que o confessor. O teatro seduzindo as senhoras elegantes mais do que a igreja" (111).

Com o papel de gerenciadora da propriedade familiar, mesmo com as mudanças dos hábitos e valores pela urbanização, a participação da mulher fora dos muros da família, era bastante restrita e a conquista da ampliação dos direitos de cidadania era para os homens, ou melhor para alguns homens, como foi para o processo da conquista do direito igualitário do voto.

Uma alternativa ao casamento para as mulheres da classe dominante, na Europa, era a vida religiosa, mas no Brasil esta alternativa teve pouca importância e, até o século XIX, só havia um convento em Salvador, o Convento de Santa Clara do Desterro, que foi fundado em 1677. Um trabalho de Suzan Soeiro mostra a origem de classe das freiras do Desterro e as relações desiguais na irmandade conforme a cor da pele, a origem de classe das freiras (112).

Outro destaque de trabalho feminino, até grande parte do século XIX, foi o trabalho da mulher escrava. Como os homens, as escravas faziam todo o tipo de trabalho na casa grande e na roça, umas poucas conseguiam cultivar para a

(111) Ibidem. p. 95.

(112) Ibidem. p. 99-100.

venda e assim comprar a sua liberdade. Trabalhavam 15 a 18 horas diárias como os homens e a relação de dominação homem-mulher não era tão explícita porque o alto grau de exploração atingia igualmente os dois sexos e o papel reprodutor da maternidade não era estimulado naquele momento histórico onde o tráfico negreiro supria as necessidades de mais braços escravos, sem o ônus do senhor aristocrata ter que arcar com os custos de manutenção das crianças até que estivessem em condições de produzir⁽¹¹³⁾.

A educação não era uma preocupação dos colonizadores portugueses, diferentemente da colonização espanhola nos demais países da América e da colonização inglesa na América do Norte, não criaram escolas, não incentivaram pesquisas e nem permitiram por longos quatrocentos anos que se instalassem Universidades no país. Os jesuítas, nos seus colégios, foram os maiores educadores. Com a sua expulsão em 1759 a rede de ensino praticamente deixou de existir, recrudescendo após 1808 com a vinda da família real para o Brasil. A alfabetização dos ricos era feita no domicílio pelas mulheres (quando estas eram alfabetizadas), por viajantes, por mestre-escola ou padres. Os adolescentes e adultos pobres formavam-se na prática profissionalizante como aprendiz de ofício ou trabalhando no comércio. Após 1808, foram criadas escolas em todos os níveis e aumentou o número de filhos da elite que iam estudar na Europa. Depois da Abdicação, em 1834 pelo "Ato Adicional", ficou a cargo das Assembléias Provinciais o ensino primário e secundário e o de nível

(113) Ibidem. p. 101.

vel superior ficou sob a jurisdição federal⁽¹¹⁴⁾.

A participação feminina nos ofícios era praticamente nula. O espaço da mulher era a esfera do privado, do cuidado do lar e dos filhos. No século XIX, a mulher é tirada da alcova e passa a ser o instrumento médico da implantação e divulgação das normas higiênicas, o instrumento de formação e educação do novo homem higiênico e servil ao estado incipiente⁽¹¹⁵⁾.

Esta situação se reflete nos dados constatados no primeiro censo realizado no país que foi o de 1872. Para uma população de 9.700.187 indivíduos, 8.223.620 eram livres e 1.476.567 eram escravos. Entre os escravos, 909 homens e 429 mulheres eram alfabetizadas, enquanto que na população livre 24% dos homens e 13,4% das mulheres eram os alfabetizados. Além da discriminação escravos, homens livres havia a mais clara exclusão de grande parte do contingente feminino dos bancos escolares, nos dois grupos como mostram os dados. Quanto ao nível de escolaridade também os homens estão em melhores condições, apesar da regra geral ser a da participação minoritária do conjunto da população na rede de ensino. Senão vejamos: da população em idade escolar, 118.992 crianças e adolescentes do sexo masculino frequentavam o ensino primário contra 53.555 do sexo feminino; 12.171 meninos frequentavam o ensino secundário contra apenas 2.167 meninas. Proporcionalmente 2,3% da população masculina estava matriculada no curso primário e apenas

(114) COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 180.

(115) *Ibidem*.

1,1% da feminina. No curso secundário estavam matriculados 0,2 dos homens e 0,05% das mulheres. O acesso feminino ao ensino de nível superior era ainda mais restrito e, em 1907, existiam 2.455 homens inscritos e somente 32 mulheres, diminuindo ainda mais no ano subsequente onde estavam cursando a faculdade, 3.045 homens e 29 mulheres⁽¹¹⁶⁾.

As mulheres, apesar de realizarem um trabalho produtivo em casa como sinhã ou como escravas; realizavam também todo o trabalho "invisível" de organização da casa e cuidado dos filhos. Eram excluídas do espaço público, de intervir na dinâmica social, não ocupavam cargos no aparelho administrativo do estado insipiente, não desenvolviam a maioria dos ofícios, não tiveram direito ao voto até 1932, muito poucas tiveram acesso à educação básica e menos ainda ao ensino superior. Esta situação se reflete no setor saúde quando a maioria dos ofícios era exercido por homens.

As mulheres aparecem na saúde, desenvolvendo ações de cuidado ao doente no trabalho caritativo das religiosas, como parteiras leigas e como voluntárias para a assistência aos doentes como foi o caso de Francisca Sande e Ana Neri. Um aspecto que acredito ser um dos fatores explicativos da problemática das relações de trabalho no setor saúde e do conflito interprofissional nas instituições, especificamente do conflito e relação de subordinação da enfermagem ao médico em grande parte do exercício prático desta profissão, é a origem e o caráter predominante feminino da enfermagem. Ou seja, o papel social de subordinação reservado as

(116) PENA, M.V.J. Op. cit. p. 85.

mulheres se reproduz não só no espaço privado mas também no exercício profissional, de âmbito público. A dominação médico-enfermagem, não é só o resultado da dominação homem-mulher, mas a historicidade do papel de exclusão feminina certamente contribui na reprodução das relações de poder de dominação-submissão até hoje ainda presentes no setor saúde. À mulher oprimida, excluída socialmente, foi permitido um trabalho caritativo condizente com o espírito cristão da época e a intervenção solidária e terapêutica no âmbito da procriação (parteiras). Este trabalho apesar de importante e essencial, não é encarado pelas elites dominantes e pelo estado como trabalho produtivo e nem como prioridade social. O parto e a procriação inicialmente fazem parte dos fenômenos naturais, não são fenômenos médicos e as parteiras ajudam outras mulheres porque aprenderam com a experiência, com a tradição oral ou foram treinadas por outras parteiras.

O fato de ser permitido à mulher a execução deste tipo de trabalho, pode ser explicado pelas normas da sociedade de então, onde a procriação e a responsabilidade com a educação dos filhos cabiam à mulher. Às mulheres religiosas coube o trabalho caritativo e de assistência ao corpo e ao espírito, nas Santas Casas, ocupando-se da administração da instituição e da assistência aos doentes. Ainda foi permitido às mulheres o trabalho voluntário de assistência aos doentes em situações de crise como nas epidemias e em casos de guerra. Motivadas pelo desejo de servir ao próximo e pelo espírito cívico de servir ao estado, independente do onus social que essas guerras possam ter trazido aos povos em litígio, as mulheres conseguiram assim o reconhecimento social

para o exercício destas atividades fora do domicílio porque estas não ameaçavam a ordem social estabelecida e além disso cumpriam um papel de reprodução da ideologia dominante..

Todas estas atividades do âmbito da saúde que foram exercidas predominantemente por mulheres, podem ser colocadas dentre as atividades identificadas como precursoras das atividades de enfermagem que tem em comum, além do fato de serem exercidas predominantemente por mulheres, a característica não profissional e o espírito da caridade. Era um trabalho independente, total, não precisava do concurso de outras atividades profissionais para se realizar. Essa característica muda quando este trabalho passa a ser exercida no espaço institucional de cunho terapêutico sob uma nova lógica de organização social e institucional.

5 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA

Neste capítulo trato do processo de institucionalização da medicina que percebo ocorrer, mais explicitamente, durante o século XIX. No entanto, esse processo foi gestado durante todo o período colonial e adentra o século XX com a institucionalização das políticas sociais e com as medidas estatais de intervenção social.

Analiso o contexto histórico, político e econômico em que esse processo se deu, bem como as relações entre a historicidade do fenômeno brasileiro e os principais marcos estruturais do campo sócio-econômico e do desenvolvimento da ciência ocorridos nos países europeus, expoentes da civilização ocidental.

A descrição do quadro do desenvolvimento científico objetiva propiciar o entendimento do estatuto da ciência vigente no Brasil colonial e a influência sofrida pelo nível do desenvolvimento científico português. A introdução deste conteúdo permite também a compreensão do estatuto do conhecimento em saúde no âmbito das demais áreas da ciência no país.

É no século XIX que são gestadas as políticas so

ciais e de saúde, em particular, daí o destaque para o subcapítulo que será dividido na descrição do "quadro do desenvolvimento científico" e na descrição da "conjuntura político-econômica e o quadro institucional na saúde".

O marco mais importante do processo de institucionalização da medicina que acredito ser a estruturação do ensino formal, a organização de entidades associativas e a prática intra-hospitalar e intra-instituições do campo da saúde pública, tem destaque especial na segunda parte deste capítulo. Sendo que a interpretação do tipo de saber, do processo de trabalho e da divisão do trabalho verificado com as mudanças estruturais da sociedade brasileira e com a institucionalização da medicina, são mais claramente explicitadas na terceira e última parte do capítulo.

5.1 - A Política de Saúde no Século XIX:

5.1.1 - O Quadro do desenvolvimento científico:

Poucas modificações ocorrem na organização e no planejamento da saúde coletiva até o século XIX no Brasil. Até os primeiros vinte anos de 1800, a organização da Saúde Pública baseava-se nas figuras do Físico-mor, do Cirurgião-mor e do Provedor de Saúde dos Portos. Assim o Brasil entra no século XIX, doente e sem recursos institucionais para enfrentá-los. Mas é exatamente neste século, que o país vive enormes modificações na estrutura político-administrativa e econômica: as lutas internas; a independência política de Portugal; a abolição da escravatura e a introdução em maior escala do trabalho livre; a República com a estruturação do

estado brasileiro federativo; a economia agrário-exportadora e o início do processo de industrialização, no final do século.

A ciência brasileira, até o século XIX, manteve-se dentro do patamar da exploração científica⁽¹¹⁷⁾, e assim mesmo de forma muito precária, pois não era interesse dos colonizadores portugueses promover o desenvolvimento científico de suas colônias. Portugal encontrava-se num estágio precário de desenvolvimento científico e o interesse no Brasil era de exploração econômica (pau-brasil, mineração, café), prioritariamente, portanto, expedições científicas não foram objeto de interesse dos portugueses diferentemente dos espanhóis e dos ingleses que não só enviaram pesquisadores

(117) BASALLA, estabelece uma classificação para analisar a expansão da ciência no mundo ocidental, identificando três fases: A primeira fase corresponde ao primeiro momento de contato dos países europeus com o novo país através de conquista colonial, militar, trabalho missionário, atividade comercial ou outras. O papel do novo mundo é servir de fonte de dados interessantes sobre minerais, plantas e animais a serem enviados à Europa para classificação e análise. Corresponde a uma extensão do processo de exploração. Geralmente, verifica-se, nesta fase, a expansão da cartografia, da topografia, da astronomia, da antropologia e da meteorologia. Na segunda fase, classificada como a da ciência colonial, é a fase onde começam a surgir cientistas nativos que participam da exploração científica, surgem instituições de pesquisa no país, aumenta o número de pesquisadores, mas a ciência nativa depende das tradições da ciência da metrópole, inclusive a formação dos cientistas dá-se nos países europeus ou colonizados até que haja condições de formar pessoal nas escolas locais. A fase dois, de ciência colonial, pode permanecer inclusive com a independência política efetivada, o que caracteriza é a dependência teórica e tecnológica. A terceira fase, corresponde a etapa onde os cientistas nacionais são em número significativo, tem uma produção científica própria, são capazes de comunicar-se entre si e com os seus pares da comunidade científica internacional, tendo prestígio e reconhecimento social.

BASALLA, George. The spread of western science. In: STEPAN, Nancy. Gênese e evolução da ciência brasileira. Rio de Janeiro, Artenova, 1976. p. 26.

ao novo mundo como também fundaram universidades, instituições científicas e promoveram o intercâmbio da produção dos pesquisadores das suas colônias com a produção científica feita nos centros europeus (118).

O Brasil passou os trezentos anos de colonização produzindo para a metrópole e visivelmente atrasado cientificamente em relação aos Estados Unidos da América e as colônias espanholas americanas. Nas últimas décadas do século XVIII, surge no Brasil a "Sociedade Científica do Rio de Janeiro" - 1772, que fechou ainda no século XVIII e que junto com as academias, desta mesma época, representam as primeiras instituições científicas brasileiras. As academias tinham como objetivo trocar experiências, produzir e divulgar conhecimentos e representaram uma primeira tentativa de organização profissional em diversas áreas, inclusive na da saúde. Existiram: a Academia Basílica dos Esquecidos (Bahia, 1724, primeira no Brasil, bastante rudimentar e dirigida à literatura); a dos Felizes (Rio de Janeiro, 1736-1740); a dos Seletos (Rio de Janeiro, 1752), esta academia instalou uma gráfica que as autoridades mandaram destruir e incen

(118) Apesar da colonização da América ter iniciado em época semelhante, por volta de 1500, o desenvolvimento científico das diversas colônias se deu de forma desigual. A primeira Universidade criada na América foi a Real Pontifícia Universidade do México - 1551, seguindo-se a de Lima - 1572 e mais oito espalhadas na América espanhola de modo que antes do fim do século XVIII, estas Universidades tinham formado cerca de 150.000 alunos. Nos EUA, a colonização inglesa iniciou-se no século XVII, 100 anos após, mas o desenvolvimento científico se deu de forma acelerada e sem precedentes em relação as demais colônias americanas, com a criação de instituições científicas que rompem com os fundamentos da ciência metafísica das universidades europeias e introduzem o método experimental que será posteriormente dominante no mundo ocidental.

STEPAN, Nancy. Op. cit. p. 29.

diar para evitar a propagação de idéias subversivas; a Aca-
demia de Ciências e História Natural de interesse especial
para a área da saúde por tratar da Física, da Química, da
História Natural, da Agricultura, da Medicina, da Cirurgia
e da Farmácia, dela participaram médicos, cirurgiões e far-
macêuticos, dentre outros de áreas afins, existiu de 1771
a 1779 e manteve correspondência com entidades estrangeiras
afins. Em 1786, também no Rio de Janeiro, surgiu a Socieda-
de Literária do Rio de Janeiro, que não sobreviveu devido à
repressão da ordem colonial que proibiu o seu funcionamento
e prendeu os seus organizadores (119).

A primeira Universidade brasileira só surge no sécu-
lo XX, mostrando o considerável atraso do Brasil em relação
ao restante da América e da Europa. A colonização portu-
guesa afetada pelo precário desenvolvimento e isolamento cien-
tífico de Portugal em relação aos outros países europeus,
sem instituições seculares dedicadas à promoção da ciência
e à submissão à Igreja Católica, que através da Inquisição
perseguiu e condenou os cientistas que se contrapunham aos
limites por ela impostos, foi uma das causas importantes do
atraso na educação e no desenvolvimento científico brasilei-
ro. Este fato, aliado ao interesse da exploração econômica,
para repasse de matéria prima à Inglaterra já em franco pro-
cesso de industrialização e, de riquezas minerais para a me-
trópole portuguesa, o atraso no desenvolvimento das forças
produtivas no Brasil e o declínio da economia, caracterizam

(119) LOBO, Francisco Bruno. O ensino da medicina no Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1964. V. 1,
p. 5-7.

o quadro determinante da situação brasileira na entrada do século XIX.

A vinda da família real para o Brasil, em 1808, imulsionou a exploração científica até então pouco desenvolvida. Neste século, já começam a surgir as bases para a estruturação das instituições de produção científica nacional e que se verifica mais claramente no século XX. A dependência da metrópole e depois da independência política, a dependência dos países industrializados para o fornecimento de tecnologia, caracteriza a produção científica nacional nesta fase de produção científica iminentemente colonial, segundo a classificação de BASALLA, o que, até hoje, em muitos setores da produção científica nacional ainda é uma realidade.

No início do século XIX, três áreas tiveram impulso na estruturação institucional e no desenvolvimento da investigação científica: a medicina, a engenharia militar e a história natural. O desenvolvimento destas três áreas e não de outras, se explica pelas necessidades estruturais do país que precisava, equipar as cidades, controlar a natureza, sanear o meio ambiente e controlar as epidemias de modo a garantir o desenvolvimento econômico. A medicina, no campo do controle dos homens, e a engenharia, no campo do controle do meio ambiente, eram absolutamente necessárias e, a investigação e catalogação dos recursos naturais era fundamental para a economia extrativo-exploradora das riquezas minerais, da flora e da fauna brasileira para os países industrializados.

1808 representa um marco importante na história do

Brasil. A família real portuguesa ameaçada com o avanço das tropas de Napoleão em direção a Lisboa, vem para o Brasil, trazendo uma enorme comitiva formada por administradores da corte, padres, oficiais nobres e suas famílias. A família real desembarca em Salvador permanecendo por algumas semanas e depois instala-se no Rio de Janeiro, em março de 1808. Com esta mudança a vida da colônia se altera profundamente, passa a Reino Unido e sede do governo. São abertos os portos para o comércio com os outros países e a vida cidadã ganha impulso. Ocorreram mudanças políticas importantes, a independência de Portugal em 1822, iniciando-se um período monárquico que durou até 1889 com a proclamação da República. No entanto, a economia continuou agro-exportadora, a indústria desenvolveu-se vagarosamente antes de 1888 pela persistência do trabalho escravo e pela legislação inadequada. Poucas cidades se desenvolveram e um impulso significativo no desenvolvimento dos meios de transporte só inicia lentamente no começo do século XX. A sociedade era agrícola, hierárquica e patriarcal. Assim o Brasil chega ao século XX, com uma estrutura produtiva pré-capitalista, com a ciência iminentemente colonial e uma grande massa de analfabetos.

No campo do desenvolvimento científico alguns fatos marcaram as mudanças após 1808. A abertura ao público de uma biblioteca de 60.000 volumes; o restabelecimento do prelo após a sua expulsão no século XVIII; no âmbito da saúde foram criados os cursos de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro e surge em 1829 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro; na área da engenharia militar é fundada a Academia Militar em 1810 com o objetivo de formar ofi

ciais - cadetes preparados para a arte da guerra; na área da história natural, que não teve avanços tão significativos quanto nos outros países da América Espanhola, as expedições de cientistas europeus resultaram num avanço do conhecimento sobre a flora e a fauna do país. Os registros destas expedições constam em obras como a de Karl Friedrich Philipp, Von Martius e Johann Baptist Von Spix - "Flora brasiliensis" - que teve o primeiro volume dos muitos que compõem a obra, publicado em 1829. Também foi criado o Jardim Real; o Museu Imperial em 1818; a Sociedade Velosiana de Ciências Sociais em 1850 que teve fim em 1855 e deu origem a outra Sociedade chamada de "Palestra Científica" e o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro em 1838⁽¹²⁰⁾.

5.1.2 - A conjuntura político-econômica e o quadro institucional na saúde:

5.1.2.1 - A situação da saúde no início do século:

O quadro institucional na saúde apesar de sofrer profundas modificações durante o decorrer do século XIX, com a estruturação do estado brasileiro e o surgimento da política higienista, como uma estratégia do poder para o controle dos corpos e do espaço social, permanece até o século XX sem uma organização institucional capaz de responder pelas ações de saúde a nível nacional, estadual e municipal articuladamente e interrelacionando formação, assistência e pesquisa. Caracteriza o período, a multiplicidade de comando e de informações, onde vários e periódicos avisos e decretos de

(120) STEPAN, Nancy. Op. cit. p. 36-8.

terminavam normas e modificavam funções muitas vezes com ordens contraditórias.

A estrutura institucional também flutuou desde uma centralização total de comando nas mãos do rei D. João VI, no período em que a capital do Reino Unido de Portugal foi o Brasil, passando por uma descentralização das responsabilidades de definição e execução das políticas de saúde, durante a Regência, voltando a uma política centralizadora nas mãos do Imperador, durante o Segundo Império, novamente descentralizando e transferindo responsabilidades de definição e execução da política de saúde para os estados e municípios, com a República e o espírito federativo da Constituição de 1891. Durante a República Velha, periodicamente deu-se o embate entre a tendência centralizadora dos militares florianistas, que defendiam como estratégia de governo para o estado republicano a ditadura militar, e a tendência federativa constitucional, defendida pelas oligarquias no poder. Com o recrudescimento das epidemias no início de 1900, volta a estratégia da centralização de comando no setor saúde e com isso uma intervenção mais direta do governo federal nas demais áreas, concentrando poder e reforçando o espírito autoritário.

No início do século, as autoridades sanitárias máximas eram as autoridades do Físico e Cirurgião-mor renóis que estabeleciam os regimentos sanitários, expediam avisos, provisões e alvarás, a serem executados pelos "comissários" no Brasil. Essa estrutura sanitária baseada nas autoridades do Físico e Cirurgião mores era conhecida como Fisicatura. A Fisicatura, estrutura administrativa que institui o Físi

co e Cirurgião mores como autoridades máximas na saúde funcionava como um tribunal, onde as duas autoridades, respectivamente, eram os juizes que emitiam cartas de lei, alvarás, regimentos e licenças para o exercício profissional dos trabalhadores da saúde. O Físico-mor, no âmbito de clínica, fiscalizava o exercício dos boticários, droguistas e curandeiros e o Cirurgião-mor, no âmbito de cirurgia, fiscalizava o exercício dos sangradores, parteiras, dentistas e dos que aplicavam ventosas e sanguessugas. Para conceder a licença para o exercício da clínica, por exemplo, procedia-se da seguinte forma: "Era exigida prova documental ou testemunho de prática de dois anos junto a físico aprovado. A avaliação da competência do candidato se dá através de visitas a doentes, em que o candidato é acompanhado por seus examinadores" (121). No Brasil são os comissários das autoridades renóis que procedem o exame dos solicitantes e encaminham as autoridades da metrópole. É o Regimento de 1521 que estabelece a existência de comissários do Físico e Cirurgião mores em todos os domínios do Reino. Já no século XVI, foi registrada a existência de físico licenciado para exercer a medicina em Salvador. No século XVII, são designados Físicos e Cirurgiões mores do Brasil, subordinados as autoridades renóis e devendo cumprir os regimentos da metrópole. No entanto, a literatura é rica em exemplos de não cumprimento dos regimentos portugueses, mesmo porque o número de profissionais formados nas Universidades européias em exercício no Brasil era muito pequeno, uma vez que as escolas de ensino superior no país só aparecem no século XIX, bem como pelo pequeno número de comissários dis-

(121) MACHADO, R. et alii. Op. cit. p. 27

tribuídos geograficamente.

A função principal das autoridades médicas renóis era a fiscalização do exercício profissional dos trabalhadores da saúde, predominando o curto corporativo da medicina. As normas legais dispostas no regimento de 1744, elaborado especialmente para garantir a fiscalização das autoridades renóis no Brasil, exemplificam bem este caráter ao estabelecer, prioritariamente, as competências de cada ofício e as medidas punitivas para garantir a não transgressão das normas estabelecidas. Por exemplo, eram motivo de punição as seguintes irregularidades: "um cirurgião curar de medicina ou aplicar remédios, um boticário que exorbita nos preços ou se intromete a receitar, uma pessoa não examinada que prepara e vende medicamentos" (122).

De 1782 a 1809, a estrutura da Fisicatura foi substituída pela "Junta do Promedicato" criada pela lei de 17 de junho de 1782, assinada por D. Maria I. Com a nova estrutura, não houve modificações substanciais nas funções desenvolvidas pela Fisicatura, continuou o mesmo objetivo fundamental de garantir a hierarquia das funções e a fiscalização do exercício profissional de físicos, cirurgiões e boticários. "Os diplomas passaram a ser referendados pela Junta, cujo principal escopo foi a perseguição ao curandeirismo. Teve-se em mente, ainda, a legalização do exercício da farmácia. A sua autoridade estendeu-se aos Domínios através dos 'delegados' investidos das mesmas faculdades outrora concedidas aos comissários do Físico e Cirurgião mores" (123).

(122) Ibidem, p. 32-3.

(123) SANTOS FILHO, L. Op. cit. p. 269.

A Junta compunha-se de "sete 'deputados', todos físicos e Cirurgiões, 'amovíveis de três em três anos', e mais dois secretários e um porteiro. Servia como presidente o médico mais antigo"⁽¹²⁴⁾. A estrutura não mudou substancialmente e os problemas de falta de eficiência também não. MACHADO, diz que o objetivo central da metrópole é o de distinguir e legitimar os diferentes ofícios da saúde, fiscalizando o seu exercício, não tendo como objetivo promover a saúde da população ou estabelecer padrões de qualidade para a formação dos profissionais de saúde. "Os problemas da doença, que o exercício irregular da arte ocasiona ou agrava - por exemplo, pela administração de medicamentos inadequados ou corrompidos - só secundariamente se encontra tematizado, submetido que está às exigências fiscalizadoras da administração"⁽¹²⁵⁾. Em 1809, é restabelecido por D. João VI, os cargos de Físico e Cirurgião mores. Portanto, a Fisicatura restabelecida, junto com "os Provedores de Saúde dos Portos", constitui-se na base da estrutura de saúde do Brasil, sede do governo português, do início de 1800.

Percebe-se que apesar da existência de grandes endemias e epidemias no país (malária, varíola e febre amarela, desde o século XVI e XVII, além da tuberculose, da febre tifóide, da sífilis e tantas outras) a preocupação do monarca e dos administradores coloniais era, principalmente, com a vigilância dos portos de modo a garantir o comércio com o exterior e de atacar as epidemias de febre amarela e varíola

(124) Ibidem.

(125) MACHADO, R. Op. cit. p. 35.

la que tornava o país ameaçador para os estrangeiros e para a corte aqui instalada. Esse quadro se mantém mesmo com a independência política de Portugal. A preocupação não é com a promoção da saúde da população. Os serviços de saúde continuam sendo as Santas Casas de Misericórdia, as enfermarias das instituições religiosas e os hospitais militares que eram tão precários em termos de infraestrutura física e de recursos humanos quanto os demais⁽¹²⁶⁾. E, a grande maioria dos atendimentos prestados à população dos povoados e cidades era feito pelos poucos físicos aos que podiam pagar e pelos cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, sangradores, boticários, tiradentes, empíricos, curandeiros, parteiras e outros tais, à população em geral.

O fato político mais importante, no setor saúde, ocorrido com a mudança do centro administrativo português para o Brasil, foi a Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808 que criou na Bahia uma "Escola de Anatomia e Cirurgia" para o ensino público da arte e estabelece o Hospital Real da cidade como campo de ensino teórico-prático⁽¹²⁷⁾. Em 26 de fevereiro do mesmo ano, D. João VI embarcou para o Rio de Janeiro, lá chegando 25 dias após o desembarque, autorizou a criação, no Hospital Militar, de uma Escola de Anatomia. Dez dias após assinou outro decreto, estabelecendo o salário do

(126) A situação dos hospitais militares, "em princípios do século XIX era de extrema penúria ... no de São Paulo, inexistia medicamentos, instrumentos cirúrgicos e roupa de cama para quarenta camas. Havia, então, uma única medida de lata pela qual os enfermeiros sorviam as porções. O físico-mor que tais fatos relatou queixou-se ainda do mau cheiro exalado pelos urinóis de barro não vidrado, os quais absorviam a urina excretada".

SANTOS FILHO, L. *Op. cit.* p. 301.

(127) LOBO, F.B. *Op. cit.* p. 12.

lente da escola, Joaquim da Rocha Mazarem e incumbindo-lhe o ensino de curso regular de ligaduras, cortes e operações de cirurgia, além das obrigações próprias da cadeira de anatomia⁽¹²⁸⁾. LOBO, diz que todos os historiadores registram a existência de uma Carta Régia datada de 5 de novembro de 1808, criando uma "Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina" no Hospital Real Militar do Rio de Janeiro. Esta carta não foi encontrada pelos pesquisadores recentes, tendo possivelmente sido destruída em incêndio ocorrido no Hospital Real do Rio de Janeiro.

A formação dos profissionais da saúde no país até 1800, estão descritas no capítulo 4 e a criação de escolas para a formação de clínicos e cirurgiões marca o processo de institucionalização da medicina no Brasil, isto é, a prática da atenção aos doentes e feridos passa a ser considerada como incumbência de profissões estruturadas e reconhecidas pelo estado, com normatização que regula a formação e disciplina o exercício profissional. Começa a ser necessária a discussão de um modelo de formação e o estabelecimento de um saber reconhecido oficialmente.

A criação das escolas de formação de médicos e cirurgiões na Bahia e no Rio de Janeiro, veio atender a preocupação da corte portuguesa que se sentia ameaçada pela falta de médicos clínicos e cirurgiões com formação universitária, capazes de atender a nobreza que aqui se instalava e de propor medidas de erradicação das grandes endemias e epidemias, necessárias para melhorar a imagem do Brasil junto aos de

(128) Ibidem. p. 13.

mais países, principalmente a Inglaterra, receptores de mi
nérios, matéria-prima e alimentos aqui produzidos e extraí
dos.

Em 13 de novembro de 1808, D. João assinou um alvará nomeando o pernambucano, cirurgião formado na Universidade de Coimbra e que acompanhou a comitiva real na sua vinda para o Brasil, Dr. José Corrêa Picanço, como "Cirurgião - Mor do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos" e o Dr. Manoel Vieira da Silva como Físico-Mor. Pelo ato de 7 de janeiro de 1809, reafirma as nomeações e extingue a "Junta do Promedicato", criada por D. Maria I, cabendo então às referidas autoridades o poder de nomear banca examinadora para a concessão de título de médico ou cirurgião. Muitas críticas são feitas pelos historiadores à forma como estes títulos eram concedidos, pois permitiu nomeações de médicos e cirurgiões por critério econômico, através do pagamento de propinas (129). Em 1820 as escolas já se chamam Academia Médico-Cirúrgica e pela Lei de 9 de setembro de 1826, sancionada por Pedro I, as cartas de aprovação do exercício da medicina e da cirurgia passam a cargo das escolas, revogando esse privilégio do Físico e Cirurgião-Mor do Reino. Em 1832 as Academias transformam-se em Escolas ou Faculdades de Medicina. As então faculdades têm autorização para conceder títulos de "1º) Doutor em Medicina; 2º) de Farmacêutico, 3º) de Parreira, além de determinar a proibição da concessão de título de Sangrador" (130). Esta lei sancionada pela regência em nome do Imperador Pedro II em 3 de outubro de 1832, também

(129) LOBO, F.B. Op. cit. p. 18.

(130) Ibidem. p. 80.

estabelece medidas importantes como: a unificação da medicina - no artigo 12º está escrito que os que obtiverem o título de Doutor em Medicina pelas Faculdades do Brasil, poderão exercer em todo o Império, indistintamente, qualquer dos ramos da arte de curar; a concessão às Faculdades de Medicina do poder de fiscalizar o exercício profissional, permitindo então que as escolas emitissem regulamentos e normas disciplinares aos médicos, cirurgiões, boticários e parteiras (131).

5.1.2.2 - O império e a saúde:

No Império, o Brasil, continua com a economia baseada na agricultura, dependente do mercado exterior, com a força de trabalho escrava, com a população concentrada no campo e poucas cidades mais populosas como o Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador.

Entre as medidas administrativas e legais instituídas durante o Império, no que diz respeito a saúde, destaca-se a regulamentação da "Inspeção de Saúde dos Portos", a criação da "Comissão de Engenheiros" e da "Junta de Higiene Pública".

Em 1843, pelo decreto nº 268, o governo imperial regulamenta as "Inspeções de Saúde dos Portos", estabelecendo que não são as Câmaras Municipais e sim o governo imperial, através do Provedor de Saúde (designado pelo Imperador e devendo ser um médico ou cirurgião) que nomeará os empregados encarregados da inspeção dos portos. A estrutura da provedoria contava com: um provedor e dois secretários intérpretes

(131) Ibidem. p. 81.

que alternavam o serviço diário com um agente, um guarda bandeira e um guarda - no Rio de Janeiro; com um provedor e um secretário - na Bahia, em Pernambuco e no Maranhão; e com um provedor e um guarda nos demais portos e alfândegas. Coube a este serviço a realização das visitas sanitárias às embarcações que chegaram aos portos brasileiros. Ninguém podia entrar ou sair de uma embarcação sem que tivesse recebido a visita da saúde e o descumprimento deste artigo do decreto implicava em punições. O contato com outras embarcações suspeitas, a ocorrência de algum óbito ou doença, bem como a procedência de locais identificados como contagiantes era motivo para decretação de períodos variados de quarentena ⁽¹³²⁾.

No segundo Império é criada a "Junta de Higiene Pública" e uma "Comissão de Engenheiros", pelo decreto nº 598 de 1850. A Comissão de Engenheiros cabiam os trabalhos de saneamento da capital e de outras povoações do Império, incluindo limpeza do espaço interno; organização da captação e distribuição de água e secagem de lugares alagadiços. A Junta de Higiene Pública, era formada por um presidente, nomeado pelo governo, por dois cirurgiões-mores da armada e do exército ⁽¹³³⁾, pelo inspetor do Instituto Vacínico e pelo Provedor de Saúde do porto do Rio de Janeiro. Foram incorporados à Junta os Estabelecimentos de Saúde do Porto do

(132) BARBOSA, Plácidos & REZENDE, Cássio Barbosa de. Os serviços de saúde pública no Brasil - especialmente na cidade do Rio de Janeiro - 1808 a 1907. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909. v. 2, p. 66.

(133) Os cargos de cirurgião e físico-mor também existiam nos Hospitais Reais Militares e nos regimentos das tropas, eram os cargos mais importantes destas instituições no campo da saúde mas eram subordinado ao Físico e Cirurgiões renóis.

Rio de Janeiro e o Instituto Vacínico. Com este decreto, cria-se uma estrutura mais coordenada das ações de saúde no país, pois o referido decreto recomenda a criação de estruturas semelhantes a Junta de Higiene Pública do Rio de Janeiro nas demais províncias. Os fiscais das Câmaras executarão as medidas emanadas da Junta, a qual também poderá requisitar auxílio das autoridades judiciais e policiais (134).

Na segunda metade do século XIX, começa a mudar a estrutura econômica com o surgimento do mercado interno e da urbanização, criando condições para o início da industrialização. O Estado Imperial, nos anos de 1850 a 1868, forma uma sólida estrutura parlamentar, moderniza alguns setores da economia como o café e começa a valorizar o saber de médicos, engenheiros e bacharéis em direito. Estes profissionais tornam-se necessários à estruturação do estado brasileiro emergente, que precisa ser garantido por um arcabouço legal e institucional disciplinador da convivência social no espaço urbano, agora mais forte e mais produtivo. A cidade precisa ser saneada, ficando livre das epidemias ameaçadoras ao comércio externo e à imigração. Estas modificações da sociedade brasileira gestam o fim do Império criando condições para o golpe militar que instituiu a República (135).

(134) BARBOSA, P. & REZENDE, C.B. de. Op. cit. p. 525.

(135) - BAUSBAM, Leôncio. História sincera da República. Das origens a 1889. São Paulo, Alfa-Omega, 1982. p. 181-279.
 - LOPEZ, Luiz Roberto. História do Brasil Imperial. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1982.
 - LUZ, Madel. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro, Graal, 1982. p. 40-3.

A Lei Eusébio de Queiróz, em 1850, impede a continuidade da importação de escravos, acelerando assim a utilização do trabalho livre. A guerra da tríplice aliança contra o Paraguai, a serviço do imperialismo inglês, provocou um maior endividamento do Brasil com os banqueiros europeus e o fim da guerra, em 1870, provoca uma crise estrutural na economia e no sistema de governo vigente da época. Vários setores que antes apoiavam o regime passam a não ter mais interesse em defendê-lo. Os militares, por diversos motivos entram em conflito com o governo. Originários das classes populares, os militares do exército forjado no processo da guerra contra o Paraguai, viam poucas possibilidades de ascensão social no governo imperial que valorizava a marinha e não o exército e que, a partir de 1880, tomou várias medidas restritivas à expressão política e social dos militares. Identificavam-se com o ideal republicano pela influência da ideologia positivista, contrária à irracionalidade da hereditariedade do poder, mas que não excluía o autoritarismo como forma de exercício do poder. Os cafeicultores paulistas; os grupos sociais emergentes nas cidades como médicos, advogados, funcionários públicos e estudantes apoiados pela burguesia industrial emergente (que só se fortalece após a primeira guerra mundial) e a igreja, que queria se independizar do estado, destacam-se como setores que defendem a República.

O clima de lutas no interior do bloco de poder - militares e fazendeiros do café - apoiados pela classe média e estudantes, somado às pressões das massas populares - imigrantes e trabalhadores livres das cidades, deixa o governo

Imperial sem apoio significativo e sem alternativa de projeto de desenvolvimento econômico ao modelo agrário baseado no trabalho escravo vigente até então.

Com a Proclamação da República em 1889, os conflitos continuam na luta pela hegemonia de poder. Militares, oligarquia cafeeicultora, industriais e liberais monarquistas disputam o poder republicano. O conflito civis/militares, desde 15 de novembro foi o mais intenso. Os militares "florianistas" e positivistas, defendiam a ditadura militar como a estratégia do poder para a República e o grupo de militares identificados com Benjamim Constant, acreditava que os militares tinham cumprido o seu papel e deviam voltar aos quartéis. Apesar da divergência, os dois grupos se unem contra a hegemonia da oligarquia paulista. De 1894 a 1914 o poder foi exercido pela oligarquia cafeeicultora paulista e mineira. É a política "café com leite" e o Rio Grande do Sul tenta entrar para quebrar esse bloco de poder. A classe média apoia os cafeeicultores mas estão excluídos do exercício do poder. O conflito central, neste período, se dá entre o bloco no poder e os operários, que desenvolvem intensas lutas sociais por direitos trabalhistas; por liberdade de expressão, de organização e pelos direitos de expressão política. O momento é de crise e a política econômica de "saneamento financeiro", de Joaquim Murinho, com a finalidade de acumular reservas para cumprir o acordo estabelecido pelo presidente Campos Salles (1898) com os bancos credores ingleses e alemães para pagamento da dívida externa, causa de desemprego, inflação, corrosão de salários e insatisfação popular.

Nos últimos anos do segundo Império, o Marquês de Ma

moré, ministro de Pedro II, em 1885, fez uma reforma na organização de saúde pública, criando o "Conselho Superior de Saúde Pública" e também regulando o trabalho do menor nas fábricas, a proteção aos doentes mentais e os serviços de higiene escolar. A reforma permaneceu letra morta até o início do século XX⁽¹³⁶⁾. Em 1887, D. Pedro II assina a "Convenção Sanitária entre o Império do Brasil, a República Argentina e a República Oriental do Uruguai", estabelecendo critérios para o controle sanitário dos navios nos portos dos três países. Em 1889 esse acordo foi denunciada por Rui Barbosa na imprensa e gerou polêmica na Academia Nacional de Medicina, por ser considerado humilhante para o Brasil por submeter os brasileiros a intenso controle sanitário pela gravidade da febre amarela no país, além do acordo não ter passado por discussão com os médicos e com a sociedade. Neste mesmo ano foi regulamentada a inspeção e o controle dos gêneros alimentícios, inclusive foram criados laboratórios para análise e exame dos alimentos. Os currículos dos cursos de medicina foram modificados a fim de capacitar os médicos para o exercício destas funções⁽¹³⁷⁾.

LUZ, citando FONTENELLE, assim caracteriza a situação da saúde no Brasil por ocasião da Proclamação da República:

"... estava então a higiene pública ainda em seu primeiro estágio evolutivo, restringindo-se quase exclusivamente a trabalhos de salubridade geral, de acordo com a norma genérica de considerar as doenças transmissíveis e epidêmicas como originárias de condições particulares de ambiência, ou seja, do ar, da água e do solo. É assim que vemos avultar neste pe

(136) LUZ, Madel. Op. cit. p. 70-1.

(137) Ibidem. p. 72.

ríodo as obras de Engenharia, captação de águas, drenagem, canalização, dessecamentos, construção de cais, aterros e desmontes de morros, - de par com preceitos e trabalhos de higiene visando ao meio ambiente, cuidados de asseio: de ruas e praias, temores de miasmas e exalações, medo de maus cheiros, preocupação com as fermentações, etc ... Neste período de tempo, vimos a realização integral de dois esforços antagônicos: partindo da organização despoticamente centralizada criada pelo príncipe D. João, chegou-se à municipalização de todas as atividades sanitárias; depois em movimento contrário, progressivamente desenvolvido, voltou-se à unificação administrativa dos trabalhos de Higiene Pública inteiramente nas mãos do Governo Central, e apenas separada no que se referia aos serviços terrestres e marítimos" (138).

5.1.2.3 - A política de saúde após a proclamação da república:

O 15 de novembro trouxe modificações na forma de organização dos serviços de saúde. O caráter federativo da República se reflete no setor saúde, a descentralização é a lógica da organização do estado e também da estrutura organizativa dos serviços de saúde. Segundo este espírito, o Serviço de Saúde e Assistência, criado durante o Império, passa para o âmbito do município, no recém criado Distrito Federal.

O governo provisório, em fins de 1889, cria o "Conselho de Intendência Municipal" com o objetivo de zelas pela saúde da população da cidade e regulariza o Serviço de Polícia Sanitária. O Inspetor Geral de Higiene recebeu amplos poderes para organizar e dirigir a as

sistência pública, inclusive podendo deliberar sobre isolamento nosocomial de doentes que não possuíssem condições financeiras para tratarem-se em suas próprias casas. A nível institucional foram criados, após a Proclamação da República, órgão de pesquisa na área da saúde como: o Instituto Bacteriológico de São Paulo em 1892, o Instituto Soroterápico de Manguinhos, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã também em São Paulo, em 1899.⁽¹³⁹⁾ Em 1893, uma lei do Senado estabelece a criação de serviços públicos de socorro médico nas vias públicas. Estes foram os primeiros serviços públicos civis de assistência individual. Até aqui as instituições religiosas e de caráter filantrópico é que se ocupavam desta assistência, além hospitais militares das atividades, liberais dos médicos, cirurgiões e praticos de saúde.

Apesar da Carta Constitucional de 1891, instituir a descentralização administrativa, as propostas de centralização de poder no governo federal voltavam constantemente, capitaneadas pelo grupo florianista no Congresso Nacional. Em 1895, o então Ministro do Interior, Dr. Gonçalves Ferreira, propõe uma organização unitária e centralizada, semelhante a da Argentina, como solução para o problema da administração sanitária brasileira. A derrota do grupo florianista inviabiliza a proposta. São as crises epidêmicas do início do século XX que levam a mudanças na organização da administração pública do setor saúde. É criado um Código Sanitário uniforme em todo o país, e um órgão federal de saúde - o Departamento Federal de Saúde, com poderes de intervir nos es

(139) Ibidem. p. 89.

tados e municípios⁽¹⁴⁰⁾.

Do lado da corporação médica verifica-se uma tentativa de aproximação com o aparelho de estado, na segunda metade do século XIX. A medicina, nesta época já se encontra estruturada no país, principalmente no Rio de Janeiro, na Bahia e em São Paulo e o desprestígio que os físicos e cirurgiões sofreram durante o período colonial, isto é, o alijamento do exercício do poder e a não participação na definição das estratégias para o setor, começa a mudar.

Além da Academia Nacional de Medicina, que desenvolve o papel de instituição de ensino, em 1829 um grupo de médicos funda, no Rio de Janeiro, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro com o objetivo de "sob os auspícios do governo, tratar dos interesses médico-sociais e do ensino da medicina"⁽¹⁴¹⁾. A Sociedade Médica começa a influenciar a organização e o ensino no setor e, assim, em 1830, a Comissão de Saúde Pública da Assembléia Legislativa solicita à Sociedade a elaboração de um plano de organização para as escolas médicas do Império. Em 1835, a Regência oferece à Sociedade de Medicina o título de Academia Imperial de Medicina. Tanto as Academias ou Escolas de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia como a Sociedade ou Academia Imperial, representam a corporação médica nas suas instâncias de formação e de organização associativa e, é através delas que o grupo médico tenta aproximar-se do poder, oferecendo uma estratégia de organização do espaço urbano, insalubre, poluído de "miasmas" e epidemias. A higiene é a solução para os proble

(140) STEPAN, N. Op. cit. p. 88.

(141) LOBO, F.B. Op. cit. p. 31.

mas das cidades e uma estratégia útil ao estado imperial. O saber médico da época explicava a doença como determinada pelo meio ambiente; é preciso então transformar esse meio ambiente para erradicar os males da cidade. A história da Sociedade mostra o seu papel de reprodutora e mantenedora do estado escravista imperial⁽¹⁴²⁾. A partir de 1870, com a deterioração do sistema, começa a surgir questionamentos no interior da instituição de modo a adaptar-se às necessidades da nova realidade.

No final do século o saber médico hegemônico sofre mudanças, em consequência, dentre outras, da polarização do debate entre os modelos de "ciência contemplativa", da Academia Nacional de Medicina (antiga Academia Imperial de Medicina) determinante nos rumos das políticas oficiais para o setor até essa época, e o modelo de "ciência experimental" do Movimento Tropicalista Bahiano, importante na época, mas excluído do poder e do ensino da medicina no Rio de Janeiro tendo alguma influência inicialmente e depois sendo aceito por quase todos os médicos da Faculdade de Medicina da Bahia. O modelo de ciência experimental que vai ganhando corpo, traz no seu conteúdo a tendência centralizadora. Um dos defensores deste saber e deste modelo foi Manoel Vitorino Pereira, que fazia parte do Movimento Tropicalista Bahiano e que assumiu a presidência da República interinamente, por quatro meses, em 1896, e neste período assinou o decre

(142) LUZ, Madel. *Op. cit.* p. 76. Neste trecho do texto a autora diz que todo o ritual da Academia era rico em demonstrações de obediência ao estado e as ideologias dominantes. "O princípio hierárquico era fundamental para a reprodução da própria instituição, assim como a fidelidade da Academia àquele modelo de medicina que reproduzia uma forma pré-capitalista de visão do mundo e de dominação social".

to que unifica os "Serviços de Higiene da União", criando a "Diretoria Geral de Saúde Pública", primeiro esboço do que bem mais tarde seria o Ministério da Saúde (1930 - Ministério da Educação e Saúde e Ministério da Saúde em 1953) (143).

A ruptura com a descentralização instituída pela Constituição de 1891 veio através da saúde. A ordem médica estabelece "formas centrais de controle da sociedade civil, que se faz não só através de controle dos corpos - na medida em que se dá grande ênfase às campanhas de vacinação - como também da criação de práticas preventivas, estabelecendo a perspectiva de um projeto de um 'Estado Sanitarista', através de um conjunto de instituições" (144). Apesar da polarização entre os projetos da Academia Nacional de Medicina, que de consultor do governo no Império, passa a exercer o poder através da ocupação de cargos na Diretoria Geral de Saúde Pública - responsável pela definição e controle da execução das políticas de saúde, e a Escola ou Movimento Tropicalista Bahiano que não estava no poder, estes dois projetos tinham em comum a estratégia de centralização de comando. As divergências estavam no estatuto científico que baseava um e outro conhecimento, ou seja, o meio ambiente é reconhecido pelas duas correntes como causador de doenças, no entanto, a base do raciocínio da Academia do Rio de Janeiro é metafísico, as conclusões são tiradas de elaborações mentais feitas em gabinetes e o raciocínio da Escola

(143)-LUZ, M. Op. cit. p. 76-8.

-BARBOSA, P. & REZENDE, C.B. de. Op. cit. p. 97.

(144) LUZ, M. Op. cit. p. 78.

Tropicalista é de base positivista, da ciência experimental, da investigação controlada, da pesquisa laboratorial.

O método positivista de investigação e de raciocínio só se torna hegemônico na orientação das políticas estatais, no início de 1900, com as estratégias de combate a febre amarela, a cólera e a varíola feitas por Oswaldo Cruz.

As epidemias, como a febre amarela, que existe no país desde o século XVII, quando foi identificada em Pernambuco pela primeira vez, só começam a ser consideradas como problema a ser enfrentado pelo governo, no século XIX, pelas necessidades de intercâmbio internacional e do desenvolvimento econômico. Em 1902, surge a Organização Sanitária Pan-Americana. Em 1903, consolida-se a Convenção Sanitária Internacional e cria-se a "Office International d'Hygiène Publique", ratificada pela Convenção de Roma de 1907, que contou com o aval de 54 países. Em, 1920, a Sociedade das Nações cria o Serviço de Informações Epidemiológicas. O Brasil é reconhecido internacionalmente como o paraíso das doenças transmissíveis, situação esta que causa preocupações nos demais países devido o papel de grande exportador de alimentos desempenhado pelo Brasil⁽¹⁴⁵⁾.

A capital federal inicia este século, atormentada pela varíola, pela febre amarela, pelo sarampo, pela escarlatina, pela influenza, pelas doenças intestinais e pela tuberculose⁽¹⁴⁶⁾, Destas, as preocupações governamentais dirigem à febre amarela e à varíola, porque eram motivo

(145) LUZ, M. Op. cit. p. 83.

(146) STEPAN, N. Op. cit. p. 68.

de impedimento para a continuidade do comércio internacional e, para a continuidade da vinda de imigrantes europeus necessários ao desenvolvimento capitalista e porque atingiam indiscriminadamente toda a população, todas as classes sociais. A tuberculose, por exemplo, que depende de condições individuais e sociais para exacerbar a sua infectividade, atingindo a classe operária e os pobres de forma mais intensa e grave do que aos mais privilegiados socialmente, não era objeto das preocupações governamentais. Em 1920, no Congresso de Haia, o representante brasileiro Hirário Gouveia, foi obrigado pelas pressões das autoridades dos outros países a dizer que o Brasil tentaria eliminar a doença no menor espaço de tempo possível.

Em 1902, Rodrigues Alves, ex-presidente do Estado de São Paulo, assumiu a presidência da República após uma campanha eleitoral em cima do projeto de modernização do país, da cultura, da vida social e da economia. Para modernizar era necessário transformar a capital federal em uma cidade limpa e saudável capaz de mudar a nossa imagem no cenário internacional. Rodrigues Alves vinha da administração paulista que tinha investido na organização de um sistema de saúde que em 1892 já era relativamente amplo⁽¹⁴⁷⁾. Em 1899, quando foram identificados os primeiros casos de peste bubônica no porto de Santos, a organização sanitária do estado permitiu que a ação oficial fosse imediata, conseguindo controlar a doença. O diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo, Adolfo Lutz e seu aluno Vital Brasil, desloca

(147) Ibidem. p. 68.

ram-se imediatamente para Santos a fim de investigar o problema. Com a vitória do pronto diagnóstico da doença, na sua chegada ao Brasil, as autoridades estaduais requisitaram uma fazenda nos arredores da cidade, chamada Butantã e nomearam Adolfo Lutz e Vital Brasil para organizar um laboratório para fabricar vacinas e soros contra a peste. Nesta época, já tinha sido identificado o bacilo da peste, a "pasteurella pestis", por dois cientistas: o francês Alexandre Yersin e o japonês S. Kitasato. Em 1896, Haffkine criou uma vacina contra a peste e por volta de 1898 Yersin usou os primeiros soros anti-pestíferos, no entanto, o ciclo da transmissibilidade da doença (a pulga do rato infectado transmite o bacilo aos seres humanos) só foi demonstrado em 1914 portanto, em 1900, o controle da doença era feito através do uso de vacinas e soros. Os serviços de saúde da esfera federal e do município do Rio de Janeiro estavam pouco familiarizados com os conhecimentos sobre a doença e completamente desorganizados, uma vez que a duplicidade de comando e de função entre a esfera municipal e federal causava desencontro, inoperância e ineficácia⁽¹⁴⁸⁾. Oswaldo Cruz, recém chegado dos seus estudos no Instituto Pasteur, em Paris, acompanhou o Dr. Chapot-Prévost à Santos, por ordem do governo federal, para investigar a ocorrência da doença em Santos, o que provocou reação dos paulistas inclusive pela imprensa por considerarem intromissão da união na administração estadual e desrespeito para com os cientistas paulistas.

(148) STEPAN, N. Op. cit. p. 68.

Os primeiros casos de peste chegaram à capital federal em 1900 e, neste mesmo ano, 259 pessoas morreram no município, vítimas da doença. A falta de unicidade de comando e de decisões e o desconhecimento das descobertas recentes sobre a doença gerou essa situação. É somente em 1903, com Oswaldo Cruz, que a unificação dos serviços de saúde, inscrita no decreto de 1896 que criou a Diretoria Geral de Saúde Pública, tornou-se realidade na capital federal⁽¹⁴⁹⁾.

Em 1899, sob a ameaça de que os casos de peste identificados em Santos assolasse o Rio de Janeiro, a prefeitura do Rio de Janeiro resolveu criar um pequeno laboratório para produzir soro e vacinas contra a peste, para isso, por indicação do Barão Pedro Afonso, diretor do Instituto Vacínico, foi requisitada uma fazenda próxima a cidade conhecida por Manguinhos, onde os trabalhos de manuseio com o bacilo ficassem longe da concentração urbana. Os recursos municipais e o surgimento de uma nova epidemia que atacou os rebanhos de gado do Estado do Rio, fizeram com que a municipalidade solicitasse a passagem da responsabilidade administrativa e financeira do Instituto para o âmbito federal. Em 1900, o Instituto passou a chamar-se oficialmente de Instituto Soroterápico de Manguinhos e, por indicação dos técnicos do Instituto Pasteur, consultados pelo governo brasileiro sobre a disponibilidade de um técnico capacitado para exercer a funções de diretor do Instituto, o médico brasileiro Oswaldo Cruz assume o trabalho na instituição e a direção do órgão em 1902.

(149) Ibidem.

Mas a preocupação primordial do governo brasileiro era a febre amarela. Em 1899, com a invasão de Havana pelas tropas americanas, a violência da epidemia da febre amarela fez com que o governo americano testasse a teoria do Dr. Carlos Finlay, até então rejeitada pelos médicos. A teoria apontava o mosquito "aedes aegypti" como o transmissor do vírus da doença. Em 1900, poucos meses antes da Comissão Reed anunciar em Havana a transmissibilidade da febre amarela pelo mosquito; em São Paulo, os doutores Luiz Pereira Barreto, Adolfo Lutz e Emílio Ribas já tinham tomado conhecimento da teoria Finlay e foram autorizados pelo então presidente Rodrigues Alves, a testar a teoria fazendo inoculações em seres humanos. A febre amarela não tinha característica epidêmica na cidade de São Paulo e sim em outras cidades como Santos e Ribeirão Preto. No Rio de Janeiro, o clima quente e as características de umidade do solo propiciavam a reprodução do mosquito e a transmissibilidade da doença.

Ao assumir o governo federal em 1902, Rodrigues Alves, a fim de efetivar a sua proposta de modernização e de saneamento da capital federal nomeou, por indicação do Dr. Sales Guerra, o doutor Oswaldo Cruz para dirigir o Departamento Federal de Saúde, órgão federal de organização do setor saúde no país. O departamento que era dirigido até esta época pelo Dr. Nuno de Andrade, contava apenas com o trabalho do diretor, o de cinco auxiliares, um inspetor sanitário, cinco criados e um cocheiro⁽¹⁵⁰⁾. A precária estrutu

(150) STEPAN, N. Op. cit. p. 34-5.

ra do departamento indicava a sua desvalorização frente à estrutura de estado. As diversas tentativas frustradas de combate a febre amarela na capital, a duplicidade administrativa com os estados e municípios e o estatuto do conhecimento científico, ainda em bases metafísicas, além da nossa precária tradição em pesquisas, fez com que o órgão federal fosse inoperante, restringindo as suas atividades a imposição de quarentenas aos principais portos do país.

Oswaldo Cruz acumula dois cargos, de diretor do Instituto Soroterápico de Manguinhos - 1902 e de diretor do Departamento Federal de Saúde - em 1903. O doutor Cruz define estratégias de organização dos serviços de saúde para enfrentar o desencontro administrativo do setor e fazer a saúde de no Brasil entrar numa nova fase: a da pesquisa experimental e do conhecimento racional metódico da ciência positiva, em pleno desenvolvimento nos países industrializados. Dentre estas estratégias, estavam dois projetos de lei encaminhados ao Congresso Nacional em 1903: um que pretendia transformar o Instituto Soroterápico de Manguinhos em uma instituição de pesquisa, semelhante ao Instituto Pasteur de Paris e outro que propunha a unificação dos serviços de saúde federais e municipais do Rio de Janeiro. O primeiro projeto foi negado pelo Congresso, porque as preocupações com a questão saúde eram de caráter emergencial e imediatista, pesquisa não era prioridade. O segundo, após muita polêmica, foi aprovado em dezembro daquele mesmo ano e estabelecia: a criação do "Serviço de Profilaxia da Febre Amarela"; a unificação dos Serviços de Saúde Federais e Municipais do Rio de Janeiro e a criação de um "Código Sanitário" uniforme em

todo o país. O artigo que instituiu a vacina obrigatória foi separado do projeto original tal era a reação negativa que causara nos parlamentares da oposição e da população. Os motivos da reação negativa e do debate em torno do projeto como um todo foram: a crítica à tendência centralizadora da lei, isto é, a excessiva interferência do governo federal nos assuntos de jurisdição estadual; a mocidade de Oswaldo Cruz para assumir tal responsabilidade, além da ameaça que representava alguém tão pouco conhecido concentrar tanto poder; o custo da lei e o descrédito na veracidade dos resultados da Comissão Reed. A oposição às estratégias propostas por Oswaldo Cruz era feita pela Igreja do Rio de Janeiro que entendia a vacina obrigatória como uma limitação a liberdade de escolha dos indivíduos; pelos militares positivistas que eram oposição ao governo civil hegemônico das oligarquias cafeeiras de Minas Gerais e São Paulo; por muitos comerciantes que viam nas atividades de limpeza e alargamento das ruas uma ameaça ao bom andamento dos seus negócios e entendiam que estas denunciavam as precárias condições higiênicas da cidade; pela parcela mais conservadora da categoria médica que acreditava nos métodos tradicionais, isto é, nas medidas de fumigação e desinfecção, além de acharem que a teoria Finlay ainda não estava comprovada e pela população que se sentia desrespeitada com a invasão das casas, com a ameaça da vacina obrigatória e por sentir-se insegura quanto a necessidade e eficácia das medidas em curso (151).

(151) STEPAN, N. Op. cit. p. 88-9.

A vacina obrigatória que foi apreciada em separado do projeto original, foi aprovada em outubro de 1904. O povo do Rio de Janeiro viveu um período de intensas lutas e apreensões neste ano, a mobilização popular contra as medidas da polícia sanitária conseguiu conter a aplicação da vacina obrigatória, naquele ano, e canalizou a insatisfação do povo do Rio de Janeiro contra os governos das oligarquias paulistas, que Rodrigues Alves representava, e contra a continuidade da política instituída no governo anterior de Campos Salles, que acertou com os banqueiros ingleses e alemães um novo empréstimo e um prazo maior para o pagamento da dívida externa brasileira as custas de arrocho salarial, desemprego e inflação⁽¹⁵²⁾. A estratégia modernizadora foi implantada com medidas enérgicas e centralizadas e na saúde: a campanha da febre amarela, coordenada por Oswaldo Cruz, foi a pioneira. A campanha contou com recursos especiais destinados pelo governo e autorizados pelo Congresso, foram recrutados muitos técnicos e inspetores sanitários, a cidade foi dividida em 10 distritos sanitários, os pacientes infectados eram isolados do contato com mosquitos, as fontes de larvas eram destruídas, os mosquitos existentes no domicílio e arredores eliminados e o destino dos dejetos deixou de ser preocupação durante a campanha. Cada distrito sanitário era chefiado por um delegado de saúde, médico, e contava com seis ou sete médicos, com inspetores sanitários e vários acadêmicos de medicina, encarregados de fiscalizar o

(152) SEVCENKO, Nicolau. A revolta da vacina - mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo, Brasiliense, 1984. p. 42-4.

serviço de limpeza das casas⁽¹⁵³⁾.

Com os resultados positivos da campanha da febre amarela o governo conseguiu maioria no Congresso para aprovar, em outubro de 1904, a vacina obrigatória. Uma vez contida a febre amarela, era preciso atacar a outra prioridade que era a varíola. O Rio de Janeiro era um dos principais focos epidêmicos e em 1904, a doença tirou a vida de 4201 pessoas só no município. O governo de posse da autorização do Congresso passou a regulamentação da lei, que foi feita por Oswaldo Cruz e sancionada pelo presidente Rodrigues Alves, não cabendo nova discussão pelo legislativo. O texto da regulamentação foi o estopim para a revolta popular e para os ataques da oposição e da imprensa. O decreto foi considerado extremamente rígido, incluindo "desde recém-nascidos até idosos, impondo vacinações, exames e reexames, ameaçando com multas pesadas e demissões sumárias, limitando os espaços para recursos, defesas e omissões. O objetivo era uma campanha massiva, rápida sem quaisquer embaraços e fulminante: o mais amplo sucesso no mais curto prazo"⁽¹⁵⁴⁾. A regulamentação foi publicada no dia 9 de novembro, no dia seguinte já ocorreram manifestações populares com comícios improvisados nas ruas centrais da cidade, as quais foram duramente reprimidas pela polícia. O governo ordenou a repressão imediata e a prisão dos oradores, mas o povo reagia e enfrentava a polícia com pedradas. O policiamento ostensivo foi aumentado, mas o povo estava disposto a lutar. No dia

(153) BARBOSA, P. & REZENDE, C.B. de. Op. cit. p. 109-10.

(154) SEVCENKO, N. Op. cit. p. 18.

onze, a coordenação das manifestações foi centralizada por um único comando a "Liga Contra a Vacina Obrigatória" que tinha sido criada recentemente, no último dia cinco, congregava líderes trabalhistas, os militares positivistas e os jovens oficiais. As lideranças tentavam dar ao movimento um cunho insurrecional contra as oligarquias paulistas e pelo ideal republicano dos militares. O governo cercou a cidade com a polícia e o exército mas o povo revoltado com o autoritarismo das medidas governamentais, por mais três dias tomou as ruas e atacou os carros, as luminárias públicas, os calçamentos, ergueram barricadas e verdadeiras trincheiras, atacavam repartições públicas e delegacias, redistribuíam armas, querosene e dinamite. As autoridades perderam completamente o controle da situação e para conter a rebelião convocaram as tropas do exército e da marinha, as unidades do exército que se encontravam nas regiões de fronteira, armaram o corpo de bombeiros, bombardearam bairros e periferia da cidade com embarcações de guerra e por último colocaram nas ruas a guarda nacional. Só assim conseguiram conter os revoltosos. O número de mortes neste episódio foi enorme e o governo nunca registrou as perdas ocorridas.

Como o governo, as lideranças do movimento perderam o controle da rebelião. No dia 16 de novembro, o governo revoga a obrigatoriedade da vacina e a revolta reflui. O governo passa à repressão dirigida aos acusados de liderar e estimular a revolta, prende e desliga militares do exército, civis são presos e processados, populares são perseguidos e presos. A cidade reaparece destruída e marcada pela bata

lha que ocorrera⁽¹⁵⁵⁾.

Assim o Brasil adentra o século XX, assolado pelas epidemias, preocupado apenas com o desenvolvimento econômico e estruturando as bases do que será mais tarde o Estado brasileiro centralizador e autoritário.

5.2 - A Formação dos Médicos:

Se alguma coisa realmente muda no setor saúde no século XIX, esta é o reconhecimento da medicina como uma profissão, isto é, o governo colonial e depois o imperial e o republicano reconhecem que para cuidar das doenças é necessário um conhecimento especial, formalmente estruturado, regulado por normas que estabeleçam condições para o exercício profissional e que é preciso promover intercâmbio entre os conhecimentos produzidos no país com o saber desenvolvido nos centros de produção científica da Europa e da América.

A divisão técnica do trabalho ou na maioria das vezes a superposição de funções exercidas pelos trabalhadores da saúde, desde a colonização até aqui, começa a aparecer com uma mudança de qualidade tanto no exercício prático quanto no processo que a determina. As doenças são vistas como causadas pelo meio ambiente, sem uma explicação racional, experimental ou demonstrativa de como evoluem ou de como se processa o seu desenvolvimento nos seres humanos, é o saber de base metafísica que predomina no ensino e na prática dos médicos até o final do século. O atraso no desenvol

(155) SEVCENKO, N. Op. cit. p. 12-40.

vimento do conhecimento de saúde é bastante considerável em relação aos resultados já obtidos pelo homem em outros países. O microscópio, a prensa e o telescópio já eram uma realidade; a circulação sanguínea e as células nervosas já eram conhecidas pelo homem e Descartes e Newton já utilizavam a ciência objetiva na física e na matemática. A introdução do pensamento positivista no país, que só se deu de forma predominante no início do século XX, tanto no ensino como na prática institucional de saúde, representou uma ruptura com o fundamento do conhecimento hegemônico até então, que era a metafísica, e promoveu, sem dúvida nenhuma, o desenvolvimento da pesquisa experimental, o enfrentamento de diversos tabus, permitiu a demonstração do processo de transmissibilidade de diversas doenças e a aplicação de terapêuticas eficazes em diversos estados mórbidos. No entanto, a doutrina positivista, também abriu caminho para o autoritarismo, legitimou a ideologia da neutralidade científica, da racionalidade do trabalho para auferir mais produção e mais lucro ao capital e da divisão social do trabalho do modo capitalista de produção como necessária ao desenvolvimento do processo produtivo, sem qualquer questionamento do custo social que isso possa trazer⁽¹⁵⁶⁾. O positivismo, além

(156) Sobre a necessidade da divisão pomenorizada do trabalho, ver o excelente artigo de STEPHEN MARGLIN, que analisando o processo de trabalho nas sociedades capitalistas contemporâneas diz que "A organização hierárquica do trabalho não tem como função social a eficácia técnica, mas a acumulação. Interpondo-se entre o produtor e o consumidor, a organização capitalista permite gastar, para a expansão das instalações e melhoria dos equipamentos, muito mais do que fariam os indivíduos, se pudessem controlar o ritmo da acumulação do capital ... Nem a hierarquia nem a divisão do trabalho nasceram com o capitalismo. A divisão social do trabalho, a especialização das tarefas é uma característica de

disso, negou todo o conhecimento anterior por considerar que a produção daquele conhecimento não tinha base científica. Para os positivistas a produção científica começa com a aplicação do método comtiano que permite a produção objetiva e neutra do conhecimento. As implicações desta negação do conhecimento e das práticas terapêuticas anteriores ao positivismo tiveram consequências sérias para o saber, pois só a partir da segunda metade do século XX estes conhecimentos e práticas foram sendo reconhecidos pelos trabalhos que mostraram as consequências da medicalização, os efeitos da iatrogênia, do hospitalismo e a falência do modelo médico biologicista hegemônico no setor saúde, no tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, carenciais e de base emocional. As alternativas solidárias de auto-ajuda, as terapêuticas com ervas, os rituais místicos, o conhecimento das doenças auto-limitadas, o resgate das práticas orientais de interpretação das doenças e cuidado do corpo, vieram fazer o contraponto com o raciocínio positivista e com as terapias alopáticas ortodoxas,

todas as sociedades complexas e não um traço particular das sociedades industrializadas ou economicamente evoluídas; ... A divisão técnica do trabalho, tampouco, é exclusiva do capitalismo ou da indústria moderna. A produção têxtil, por exemplo, mesmo sob o sistema corporativo, era dividida em tarefas separadas, cada uma controlada por especialistas ... O artesão, membro de uma guilda, controlava o produto e o processo de produção. O que devemos esclarecer é porque a divisão do trabalho de tipo corporativo sucumbiu a divisão do trabalho de tipo capitalista, na qual a tarefa do trabalhador tornou-se tão especializada e parcelada, que ele não tinha praticamente mais produto para vender e, em consequência, devia submeter-se ao capitalista para combinar seu trabalho com o dos outros operários e fazer, do conjunto, um produto mercantil".

MARGLIN, Stephen A. Origem e funções do parcelamento das tarefas. In: GORZ, André. Crítica da divisão do trabalho. São Paulo, Martins Fontes, 1980. p. 41-3.

além de mostrar a necessidade da interdisciplinaridade e da ruptura com o modelo hegemônico de raciocínio e de produção do conhecimento em saúde⁽¹⁵⁷⁾.

A medicina é reconhecida pelo estado brasileiro no processo de institucionalização, que ocorre mais claramente durante o século XIX.

Chamarei de processo de institucionalização da medicina ao processo de absorção do saber e da prática dos exercentes das ações de saúde pelas instituições governamentais de ensino ou definidoras e executoras das políticas estatais de saúde; bem como pelas instituições de caráter civil como: associações corporativas e movimentos autônomos e organizados do setor ou ainda, por unidades institucionais como: o hospital, a enfermaria ou o posto de atendimento. LUZ, em "As Instituições Médicas no Brasil", define instituições como:

"um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Estes conjuntos (instituições), permeabilizam a grande parte das atividades humanas dentro da sociedade, em cada momento histórico. Esta rede de instituições viabiliza a hegemonia e portanto a manutenção de toda a imensa infra-estrutura que sobre ela repousa ... Neste sentido, trata-se de ver as instituições como conjunto articulado, como ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, envolvendo uma estratégia de luta - não necessariamente aberta - entre grupos e classes sociais constitutivos destas instituições e inseridos em um bloco histórico" (158).

(157) - ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde - némeses da medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

- CAPRA, Fritjof. O ponto da mutação. São Paulo, Cultrix, 1982.

(158) LUZ, Madel. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 30-1.

Até 1808, os físicos e cirurgiões, como os demais exercentes das ações de saúde, atuavam no âmbito da prática liberal, de característica artesanal e, apesar da medicina já estar submetida a uma normatização institucional, no que diz respeito a prática e a formação profissional, no Brasil esta vinculação institucional é muito tênue, pelo pequeno número de profissionais, pela dispersão geográfica, pela fraqueza das instituições e pela praticamente inexistente estrutura estatal.

Com a criação das primeiras escolas de formação de clínicos e cirurgiões em Salvador e no Rio de Janeiro, que também revolucionam o locus hospitalar, transformando-o num espaço de ensino e terapêutico e, mais tarde com a estruturação de órgãos municipais, estaduais e federais responsáveis pela saúde, além do surgimento da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e do Movimento Tropicalista Bahiano, caracteriza-se a mudança em relação à prática anterior, uma ruptura com a prática e o saber popular, a mudança de uma prática autônoma, sem regras perfeitamente estabelecidas, para uma prática institucionalizada no campo de formação, de normatização e da prática intra-instituição.

Dentre os diversos ofícios da saúde no Brasil, dois se destacam no século XIX, os físicos e os cirurgiões, que eram ofícios independentes, e se estruturam como uma única profissão, institucionalizada, reconhecida pelo Estado, proprietária de um saber especial que necessita ser transmiti

do por peritos legalmente reconhecidos e que precisa de li cença especial e legal para o exercício profissional. A me dicina institucionaliza-se e tornar-se hegemônica no setor saúde ⁽¹⁵⁹⁾. Seu saber e sua prática são impostos à popula ção e aos demais ofícios como o científico, o verdadeiro, o único, objetivo, neutro e superior. Aos médicos formados é concedido o direito de exercer qualquer ramo da arte de curar ⁽¹⁶⁰⁾.

Este saber hegemônico, que influência e define as estra tégias governamentais no setor saúde, se impõe perseguindo e proibindo as práticas não oficiais, os "charlatães", os san gradores, os entendidos e tantos outros. Como podemos ver pelo estabelecido na Lei de 3 de outubro de 1832, que refor^{ça} m^{ul}ta a organização das Escolas, "Academias Médico-Cirúrgi^{cas} do Rio de Janeiro e da Bahia", no artigo 11º, fica defiⁿⁱdo o impedimento do ofício de sangrador e no 13º está ex^{pl}ícito que só quem pode curar, ter botica ou partejar são os diplomados pelas escolas oficiais ⁽¹⁶¹⁾. MACHADO, diz que:

(159) "Hegemonia" é utilizada no sentido de preponderante, de dominante, não único mas que é passado pelos grupos no poder como único, como verdadeiro. Gramsci, trabalh^a o conceito de hegemonia como o poder político-ideológico que a classe dominante procura es^{te}nder ao conjunto da sociedade, à totalidade das classes e gr^upos sociais.

GRAMSCI, Antônio. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.

(160) Lei de 3 de outubro de 1832. Art. 12º - "Os que obtiverem o título de Doutor em Medicina pelas Faculdades do Brasil, poderão exercer em todo o império indistintamente qualquer dos ramos da arte de curar".

LOBO, F.B. Op. cit. p. 81.

(161) Lei de 3 de outubro de 1832. Art. 11º - "As Faculdades concederão os títulos seguintes: 1º de Doutor em Medicina, 2º de Farmacêutico, 3º de Parteira. Da publicação desta lei em diante não se concederá mais título de Sangrador. Os diplomas serão passados pelas Faculdades em nome das mesmas, no idioma nacional, e pela forma que elas determinarem". Art. 13º - "Sem o título con

"A primeira metade do século XIX, sobretudo a partir de 1830, quando a Sociedade começa a funcionar, a medicina canta o seu louvor - a posição e a importância da medicina, as virtudes do médico, as vantagens do reconhecimento da 'verdadeira medicina' - e cria o charlatanismo como desvio. Ufanistas cantos de guerra: a medicina ocupa uma posição central no saber e seus braços sustentam a sociedade. O projeto médico defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber" (162).

A intervenção médica se dá em todas as áreas. A partir de 1830 ganha peso a medicina legal; os processos criminais precisam de um aval médico para caracterizar a existência ou não de um crime; os médicos interferem na regulação de casamentos, na legitimidade de filhos, na investigação de paternidade, na determinação de privilégios sociais em épocas especiais da vida, dentre outras (163).

5.2.1 - A Escola de medicina em especial a do Rio de Janeiro:

O atraso no desenvolvimento do espírito científico dos portugueses, o peso da Igreja Católica e os objetivos mercantilistas, fizeram com que saúde, educação e o desenvolvimento da ciência não fossem preocupação dos colonizados.

Os jesuítas, do século XVI ao século XVIII, ensinam

ferido ou aprovado pelas ditas Faculdades, ninguém poderá curar, ter botica, ou partejar, enquanto disposições particulares, que regulem o exercício da medicina, não providenciarem a este respeito. Não são compreendidos nesta disposição os Médicos, Cirurgiões e Parteiras, legalmente autorizados em virtude da lei anterior".

LOBO, F.B. Op. cit. p. 80-1.

(162) MACHADO, R. Op. cit. p. 193-4.

(163) Ibidem. p. 194-5.

ram, fundaram colégios e eram responsáveis por praticamente toda a rede de ensino da colônia até sua expulsão do país. O ensino básico, com a saída da Companhia de Jesus, ficou a descoberto por um longo período e o ensino superior não conseguiu estabelecer no país até a vinda da família real. Na segunda metade do século XVIII, abundaram reclamações dos governadores das províncias e de autoridades civis e religiosas à Coroa, sobre as precárias condições disponíveis na colônia para o atendimento aos doentes, da pouca disponibilidade de físicos e cirurgiões habilitados e solicitavam solução para o problema. LOBO cita que o procurador e demais religiosos da Ordem de São João de Deus da Bahia encaminharam ofício, em 1757, ao Vice-Rei Conde dos Arcos, comunicando que:

"na Vila da Cachoeira ha atualmente tres ou quatro cirurgiões, com tantas outras boticas, que todas não compoem uma que preste e os mesmos cirurgiões não são da profissão, nem boticários; em São Pedro da Moritiba, que dista meia legua da Cachoeira ha quasi outras tantas boticas, se não peores, da mesma categoria"(164).

O governador da Bahia, 1787, encaminha ofício à Martinho de Mello e Castro, na metrópole, denunciando que a

"Junta do Promedicato em Observância das Reais Ordens tem expedido para esta Capitania os Juizes Comissários de Medicina e Cirurgia, com o justo fim de coibir que a saúde dos povos se entregue ao curativo de pessoas, falhas da arte de sangrar e medicar ... Na própria cidade poucos são os médicos e dessa mínima parte conta - dos os que caritativamente assistem os enfermos de pauperados, porque como lhes não presentem com que lhes satisfaçam as visitas, os desamparam e finalmente se eximem de os visitar. Por esta razão eles no aperto da necessidade recor-

rem aos cirurgiões, que os medicam com mais pontualidade, e dessa assistência até são privados porque o Juiz Comissário de Medicina os inibe do curativo, condenam e procedem à captura contra eles. Os sangradores, que comumente são pardos ou pretos, que aprendem com outros tais se não têm com que satisfaçam as mesmas condenações, são capturados e proibidos do exercício do sangrar e tirar dentes ... É de se notar que eles são remediados e pagam os emolumentos do exame, são aprovados e nunca jamais reprovados, podem imediatamente exercitar as suas ocupações muitas vezes sem os requisitos necessários" (165).

A história da organização da ciência e do ensino básico e superior no Brasil foi o resultado de iniciativas individuais ou de grupos ou religiosas. Ao governo colonial não interessava este investimento, pois o conhecimento, e a possibilidade de auto-desenvolvimento soava à Corôa como uma ameaça de ruptura dos laços de dependência colonial. O investimento no ensino superior no Brasil veio através do campo de saúde com as primeiras escolas de formação de médicos que foram as Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808. As justificativas para o investimento na área já foram mais detalhadamente explicados na análise da política de saúde do período. Não foram apenas as reclamações dos administradores coloniais sobre as condi

(165) LOBO, F.B. Op. cit. p. 8-9.

ções de saúde da colônia e a escassez de recursos humanos qualificados que motivaram D. João VI a autorizar o ensino médico-cirúrgico no país e sim um complexo de fatores político-econômicos que tornaram o combate as grandes endemias e epidemias e a disponibilidade de recursos humanos de saúde de qualidade compatível com o desenvolvimento da ciência nos demais países, uma necessidade política. Algumas atividades e medidas foram precursoras do ensino médico-cirúrgico no Brasil, dentre elas está a resolução da metrópole de 1799, de que, para solucionar o problema das solicitações da colônia de pessoal qualificado para assistir em saúde, as Camaras Municipais concedessem pensões aos que mostrassem habilidades para o ofício para cursarem a Universidade de Coimbra ou a Academia de Lisboa. Esta medida gerou reação de diversas Câmaras que mudaram de opinião respondendo que havia médicos em número suficiente na região. Só em 1800, a metrópole atendendo a reiterados pedidos, autoriza o encaminhamento de quatro estudantes, indicados pela municipalidade do Rio de Janeiro, para cursar matemática, medicina e cirurgia em Coimbra (dois para o primeiro curso e um para cada um aos outros). Outra em 1799, na Bahia, onde funcionou um curso de cirurgia e anatomia que o Cirurgião-Mor José de Oliveira Dantas solicitou ao Governador da Província que considerasse como Aula Régia. A resposta dada pelo governador foi negativa alegando que para aceitar a solicitação era necessário que o solicitante fosse "um dos professores mais hábeis que existisse e que o referido Cirurgião-Mor atuava em regimento composto por homens pardos como

elle ..."(166) , caracterizando um critério de avaliação pessoal e discriminador e não um critério técnico ou de necessidade da região. LOBO, cita outra iniciativa de ensino médico-cirúrgico no país antes de 1808, foi a determinação do Governador de São Paulo, General Antônio de França e Horta ao Físico-Mor da Província Dr. José Marciano do Amaral, para que ministrasse um curso de cirurgia no Hospital Militar local, o curso se realizou e foram diplomados, pelo próprio governador, seis alunos, o que foi comunicado à metrópole em 1804 (167) .

Antes ainda da criação dos cursos médico-cirúrgicos, no século XVII e no século XVIII, estudaram medicina em Coimbra, respectivamente, 35 e 112 brasileiros.

Com a criação dos cursos médico-cirúrgicos em Salvador e no Rio de Janeiro foram dados os primeiros passos para a unificação da medicina. Em 12 de abril de 1809 resolve o regente que "sendo de absoluta necessidade que no Hospital Militar e da Marinha desta Corte se formem cirurgiões, que tenham também princípios de medicina, mediante os quais possam mais convenientemente tratar os doentes a bordo das naus, e os povos daqueles lugares em que hajam de residir nas distantes povoações do vasto continente do Brasil ..." (168) . Outras medidas também foram tomadas neste sentido até a unificação da medicina estabelecida em 1832.

Os Hospitais Reais Militares sediaram as escolas. As aulas teóricas eram ministradas em sala especial dentro do

(166) LOBO, F.B. Op. cit. p. 10.

(167) Ibidem. p. 11.

(168) Ibidem. p. 15.

hospital e as aulas práticas eram ministradas nas enfermarias.

As normas disciplinares eram rígidas, obrigando os praticantes a comparecerem às aulas e em caso de falta era preciso justificá-la e legalizar a justificativa com atestado do médico. Faltas por doença por um período de sessenta dias ou mais, motivava a perda do ano letivo e vinte faltas sem justificativa já motivavam a perda do ano. O ensino cirúrgico durava quatro anos. O professor avaliava as capacidades do aluno ao término do curso e este solicitava licença para clinicar às autoridades médicas reais, que eram o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor, restabelecidos como autoridades máximas do reino em janeiro de 1809. Os doutores Manoel Vieira da Silva e José Correa Pinçaço foram nomeados como Físico e Cirurgião Mores do Reino, Estado e Domínio Ultramarinhos. As autorizações para o exercício profissional concedidas tanto pela anterior Junta do Promedicato e seus delegados, quando as concedidas pelos Físicos e Cirurgião Mores foram passíveis de muitas críticas e denúncias de concessão de títulos não pela qualificação profissional dos solicitantes e sim por corrupção das autoridades responsáveis.

Os cursos, inicialmente, ao serem implantados eram cursos de anatomia e cirurgia. Em 1811 o Dr. Vicente Navarro de Andrade, recém chegado de Paris, após ter cursado medicina em Coimbra e ter sido designado pelo Reitor daquela Universidade para visitar os cursos e estabelecimentos assistenciais de saúde da capital francesa, trouxe reconhecida formação acadêmica e experiência para o Brasil. Aqui chegando verificou as precárias condições dos cursos médico-ci

rúrgicos no país e foi designado pelo governo para elaborar um projeto de reforma. O projeto era bastante avançado em relação ao estado dos cursos no país, mas o jogo de interesses e favores da política palaciana não permitiu que o projeto fosse aprovado. O projeto estabelecia que:

"Deverão ser compreendido na Escola Médico-Cirúrgica todos os ramos que essencialmente fazem parte da medicina, da cirurgia e da farmácia, para servirem de matérias de estudos, e de aplicação mais ou menos profunda, aos que se destinam a um ou outro ramo da arte de curar, e como se não podem começar com aproveitamento estudos de tanta dificuldade e importância sem precederem conhecimentos preliminares, determinar-se-ã quais estes devem ser e como deles deverão fazer-se cargo os estudantes.

Matérias do Curso Médico: 1º ano: anatomia e fisiologia; 2º ano: patologia geral, terapêutica, semiótica, higiene; 3º ano: explicação dos sistemas de história natural, botânica médica, matéria médica, farmácia; 4º ano: patologia médica especial; 5º ano: clínica, medicina legal, história da medicina. Parte complementar do curso médico: no 3º ano: operações cirúrgicas, arte obstetrícia e clínica interna; no 4º ano: patologia especial cirúrgica e clínica interna; no 5º ano: clínica externa.

Preparatórios para o curso médico: latim, filosofia racional e moral, geometria, elementos de álgebra e física e química (para matrícula no 3º ano).

Matérias do curso cirúrgico: até o 3º ano as matérias são comuns ao curso médico; no 4º ano há a cadeira de operações cirúrgicas e arte obstétrica, e a de patologia especial cirúrgica; no 5º ano: clínica cirúrgica. Matérias complementares e preparatórias: deverão os estudantes frequentar simultaneamente com os anos facultativos as seguintes matérias não só preparatórias, mas complementares da cirurgia; nas seguintes aulas se haverão simplesmente como ouvintes: no 1º ano, física; no 2º ano, química; no 3º ano, patologia interna especial; no 4º ano, clínica externa, no 5º ano, clínica interna ... (...).

Matérias do curso farmacêutico: aqueles estudantes que frequentarem um ano a química na escola da Academia Militar e nele forem aprovados, poderão matricular-se na qualidade de estudantes boticários nas disciplinas do

3º ano do curso médico-cirúrgico, aonde se aprende a chave dos sistemas para poder conhecer os produtos da história natural, aonde se faz a demonstração das plantas usadas na medicina, aonde finalmente se aprende a preparar os medicamentos. Tendo sido aprovado nas matérias deste curso, frequentarão mais um ano na qualidade de praticantes a botica da escola, e sendo nestas matérias examinados e aprovados, se lhes passarão cartas, em virtude das quais poderão exercer as funções de boticários em quaisquer lugares dos domínios portugueses" (169).

No entanto, a reforma aprovada foi a elaborada pelo Dr. Manoel Luiz Alvares de Carvalho, em 1813. Os requisitos para cursar a escola limitaram-se a saber ler e escrever corretamente; o curso só formava cirurgiões ao invés de médicos, cirurgiões e farmacêuticos como na proposta de Navarro; e, a organização dos conteúdos curriculares era mais precária e tênue que a de Navarro (170).

(169) LOBO, F.B. *Op. cit.* p. 19-20.

(170) *Ibidem.* p. 21-2.

"Decreto de 1 de abril de 1813, que passou a ser conhecido com o nome de reforma de Manoel Luiz ou do Bom Serã. PLANO DOS ESTUDOS DE CIRURGIA. 1) Os estudantes para serem matriculados no primeiro ano do Curso de Cirurgia devem saber ler e escrever corretamente; 2º Bom Serã que entendam as línguas francesa e inglesa, mas esperar-se-á pelo exame da primeira, até a primeira matrícula do segundo ano, e pelo da inglesa, até a do terceiro; 3º) A primeira matrícula se fará de 4 até 12 de março e a segunda de 2 a 6 de dezembro; 4º) O curso completo será de cinco anos; 5º) No primeiro aprende-se a Anatomia em geral até o fim de setembro, e deste tempo até seis de dezembro ensinar-se-á química, farmácia, e o conhecimento dos generos necessários a matéria médica e cirúrgica sem aplicações; o que repetirá nos anos seguintes; 6º) Todos os estudantes assistirão desde o primeiro ano ao curativo, o qual se fará das sete horas até as oito e meio da manhã e daí até as dez, ou ainda mais será o tempo das lições da Anatomia e de tarde quando for preciso; 7º) No segundo ano repete-se aquele estudo com aplicação das entranhas, e das mais partes necessárias à vida humana, isto é, a Fisiologia, das dez até as onze e três quartos da manhã e de tarde se conveniente for; 8º) Aqueles estudantes que souberem latim ou geometria sinal que seu espírito está acostumado a estudos, matricular-se-ão logo pela primeira vez neste segundo ano, e nenhum outro o poderá pretender, porque não é de se presumir que tenha os conhecimentos necessários para o exame das matérias do segundo ano,

Em 1826, a Lei de 9 de setembro, promulgada pela Assembléia legislativa e sancionada por Pedro I, faz importantes mudanças na organização do ensino superior da medicina. Em primeiro lugar estabelece a independência das escolas em relação à burocracia estatal, de modo que a concessão de diplomas passa a ser incumbência do corpo docente das escolas, e cria duas modalidades na categoria de cirurgiões: os "cirurgiões" que podem exercer a cirurgia em qualquer parte do Império uma vez que se apresentem às autoridades legais com sua carta de examinação e os "cirurgiões formados" - que podem exercer a cirurgia e a medicina em todas as partes do Império (171).

o qual, como outros quaisquer exames deste Curso, sempre será pú**bl**ico; 9º Deste segundo ano por diante até o último haverá sabatinas e todos os meses dissertação em língua portuguesa; 10º) No terceiro, das quatro da tarde até as seis, dará um lente médico as lições de Higiene, etiologia, patologia, terapêutica; 11º) Deste até ao fim do quinto ano não há feriados nas enfermarias, mas somente nas aulas, se não houver operação de importância a que devam todos assistir; 12º) No quarto, instruções cirúrgicas e operações das sete horas até as oito e meia da manhã, e as quatro da tarde lições e prática da arte obstetrícia; 13º) No quinto, prática de Medicina das nove até as onze da manhã e as cinco da tarde haverá outra vez assistência as lições do quarto e a obstetrícia; 14º) Neste ano, depois do exame, podem haver a Carta de aprovado em Cirurgia; 15º) Aqueles porém que, tendo sido aprovados plenamente em todos os anos, quizerem de novo frquentar o quarto e quinto ano e fizerem os exames com distinção, se lhes dará a nova graduação de formados em Cirurgia; 16º) Os Cirurgiões formados gozarão das prerrogativas seguintes: 1º) Preferirão em todos os partidos aos que não tem condecoração; 2º) Poderão por virtude das suas Cartas curar todas as enfermidades, aonde não houverem Médicos; 3º) Serão desde logo membros do Collégio Cirurgico e opositores às Cadeiras destas Escolas, e das que se hão de estabelecer nas Cidades da Bahia, Maranhão, e em Portugal; 4º) Poderão todos aqueles que se enriquecerem de princípio e prática, a ponto de fazerem os exames que os Médicos se determinam chegar a ter a formatura, e o grau de Doutor em Medicina; 17º) Os exames são os dos preparatórios, os dos anos letivos; as conclusões magnas e dissertações em latim".

(171) LOBO, F.B. Op. cit. p. 29.

A medicina e a cirurgia que eram ofícios diferentes com espaço de atuação, valorização social e processo de formação diferentes e independentes, começam agora o processo de unificação, passando de ofícios diferentes à especialidades de uma mesma profissão que é a medicina. A institucionalização da medicina no ensino formal e na prática hospitalar é um dos fatores que contribui para esta mudança, bem como a influência do intercâmbio internacional. É importante considerar que nesta época, na Europa, a medicina já estava unificada e institucionalizada, influenciada pela mudança de paradigma teórico, que recuperou o trabalho de característica manual e experimental do cirurgião, desprestigiado no saber de base metafísica, passa a ter status privilegiado dos clínicos com a introdução dos princípios positivistas da ciência objetiva e experimental contemporânea da industrialização. Apesar desta mudança de paradigma ainda não estar concretizada no Brasil, o intercâmbio internacional na formação das escolas, certamente trouxe esta tendência para o âmbito do setor saúde, tendência esta reforçada pela pouca disponibilidade de profissionais formados no país, necessitando que os cirurgiões diplomados desenvolvessem também as atividades clínicas. Além dos lentes das Academias Médico-Cirúrgicas terem obtido formação em Coimbra ou nas Universidades européias, a Corôa subsidiou o estudo de vários jovens brasileiros nestas Universidades como forma de prover o país com maior quantidade de profissionais formados na arte de curar⁽¹⁷²⁾. A dependência do modelo mé

(172) LOBO, F.B. Op. cit. p. 66.

dico europeu e da sua produção científica era clara, assim como em muitos setores, até hoje, permanece a dependência externa.

Em 1828 e 1830 alguns projetos tramitaram na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, objetivando fazer reformas no ensino médico-cirúrgico. Em 1828, o deputado baia no Ferreira França apresentou projeto propondo que os cursos médicos titulassem em três áreas: bacharelado em letras, no primeiro ano de curso; em artes, no segundo ano e doutor em medicina no terceiro ano. Em junho de mesmo ano, o deputado Lino Coutinho, que era professor da Academia da Bahia, apresentou projeto para criar escola no Maranhão, além das do Rio de Janeiro e Bahia, as quais ensinariam farmácia, cirurgia e medicina, com duração de três, quatro e seis anos respectivamente.

Os debates na Assembléia Legislativa foram intensos e a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829 entra no debate e, por solicitação da Comissão de Saúde Pública da Assembléia, elabora um plano de organização das escolas do Rio de Janeiro e Bahia. O plano foi remetido à Assembléia em 1831, neste mesmo ano D. Pedro I abdicou e o diretor da Academia Médico-Cirurgica do Rio de Janeiro licenciou-se, as propostas introduzidas no plano da Sociedade de Medicina não foram aprovados, na época, mas quase todos os seus postulados aparecem posteriormente na Lei de 3 de outubro de 1832.

A Sociedade de Medicina influenciava diretamente no governo, elaborando propostas para a organização e ensino no setor, mas os médicos ainda não exerciam o poder, as deci

sões eram do Imperador ou da Assembléia Legislativa. O estreitamento de laços com o poder aumenta até a participação efetiva no aparelho de estado no fim de 1800 e início de 1900 com Oswaldo Cruz. A concessão do título de Academia Imperial de Medicina à Sociedade, em 1835, pela Regência, puntua a relação estreita entre a entidade e o aparelho de estado (173).

O plano da Sociedade propunha, dentre muitas disposições, a transformação das Academias Médico-Cirúrgicas em Escolas ou Faculdades de Medicina que formariam médicos, passando por um curso de seis anos; farmacêuticos - que teriam uma formação de três anos além de um ano de prática em uma botica com um boticário licenciado (o ano de prática poderia ser concomitante ou não ao último ano do curso) e parteiras - que receberiam ensino especial, não especificando a duração nem a organização disciplinar deste curso. O plano estabelecia a relação estreita entre o ensino e o hospital, instituiu doze disciplinas a serem ministradas na formação dos médicos e organizadas da seguinte forma: 1º ano - física, química e botânica médicas; 2º ano - anatomia geral e descritiva com assistência as lições de fisiologia; fisiologia, higiene, patologia externa e clínica externa; 4º ano - patologia interna, clínica interna e medicina operatôria; 5º ano - clínica ad Libitum, matéria médica, farmacologia, terapêutica e arte obstétrica; 5º ano - clínica ad libitum, medicina legal e história da medicina (174). O curso de farmácia teria no primeiro ano - física e botânica, no

(173) LUZ, M. Op. cit. 1982. p. 121-7.

(174) LOBO, F.B. Op. cit. p. 32.

segundo ano - química e botânica, no terceiro ano - farmácia e química⁽¹⁷⁵⁾. Para fazer medicina era necessário ter pelo menos dezesseis anos completos, saber latim, francês, lógica, aritmética e geometria; para fazer farmácia era necessário o mesmo limite mínimo de idade que o exigido para medicina, saber francês, aritmética e geometria; para o curso de parteira era necessário ser mulher, ter mais de vinte anos, saber ler e escrever corretamente, apresentar atestado de bons costumes, passado pelo juiz de Paz da Freguesia competente⁽¹⁷⁶⁾.

A unificação da medicina e a transformação das academias em Escolas ou Faculdades Médico-Cirúrgicas que diplomavam médicos, farmacêuticos e parteiras, só se torna realidade com a Lei de 3 de outubro de 1832. Os requisitos para matricular-se nos cursos eram os mesmos da proposta da Sociedade de Medicina, bem como a organização curricular. Em 1834, foi instituído o juramento para os diplomados: "Juro que no exercício das minhas letras, cujo emprego me concede o grão que ora se me confere, pelo presente juramento, me conduzirei com honra e dignidade e que com elas procurarei sempre fazer o bem à humanidade e contribuir para os progressos da medicina no Império cuja Constituição política juro outrossim, defender"⁽¹⁷⁷⁾.

Uma alternativa ao saber hegemônico da época é também a ciência experimental que, no final do século XIX assume a hegemonia no setor é a homeopatia que é conhecida no

(175) Ibidem. p. 39.

(176) Ibidem. p. 40.

(177) Ibidem. p. 92.

país desde 1844 mas que até os dias de hoje, mais de um século depois, ainda é colocada a margem das escolas, das entidades médicas e dos órgãos oficiais da saúde, como algo ameaçador, fora dos padrões explicativos do modelo biologicista positivista e fora do modelo de causa ambiental das doenças. O médico francês, Dr. Bento Mure, funda no Rio de Janeiro em 1844, o Instituto Homeopático Brasileiro. A congregação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro posiciona-se contra às atividades do Instituto e contra a concessão de diploma para o exercício da arte por não considerar a formação, dada pela referida instituição, como válida. As justificativas para a proibição das atividades do Instituto não se baseiam na avaliação dos resultados obtidos pela prática da medicina homeopática e na crítica aos seus principios e sim na ameaça das Escolas oficiais perderem o controle da formação e do exercício profissional no setor saúde.

O diretor da Congregação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 31 de outubro de 1849 propôs que fosse nomeada uma comissão para apresentar parecer ao governo sobre a necessidade de fechar aquela instituição. Em 20 de dezembro de 1849 o diretor da Congregação encaminhou ofício ao governo, ressaltando os inconvenientes do Instituto Homeopático expedir diplomas pois "de improviso arvoram em mêdicos, criados dos cafês, sapateiros, criadores e outros 'pois' a autorização de dar diplomas com denominação de certificados é um invento capcioso com o fim de iludir a lei e de infringi-la mesmo a favor dos charlatões e aventureiros que especulam com embustes sobre a credulidade públi

ca" (178) .

As instalações da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro eram precárias e assim permaneceram por muitos anos. Sua primeira instalação foi na antiga enfermaria dos jesuítas, que teve sua construção iniciada em 1567, logo após a fundação da cidade do Rio de Janeiro, e em 1691 já funcionava como enfermaria e botica. Com a saída dos jesuítas do prédio em 1759, este foi ocupado pelo governo que mandou instalar ali o Hospital Real Militar, muitos anos após e foi neste prédio que D. João VI mandou funcionar a Academia Médico-Cirúrgica. O prédio não passou por reformas e as suas precárias condições foram objeto de muitas reclamações por parte do corpo docente, nenhuma solução efetiva foi dada ao problema e a escola mudou várias vezes de local, funcionando parte no Hospital Real Militar, parte em uma edificação precária na Praia de Santa Luzia e parte na Santa Casa do Rio de Janeiro.

A estrutura disciplinar era bastante rígida e os alunos deviam cumprir o cerimonial da Corte, inclusive o "beija mão" do Príncipe Regente e do Imperador, sofrendo punições em caso de desobediência. Esta prática só foi suprimida na segunda metade do século XIX. Mas o desenvolvimento do ensino médico-cirúrgico no Brasil foi permeado de dificuldades, pela falta de estrutura física adequada, pelos conflitos entre corpo docente, corpo discente, administração monárquica e estrutura administrativa da Santa Casa de Misericórdia.

A interferência do Estado monárquico nas escolas já foi devidamente caracterizado pela forma como ocorriam as mudanças curriculares, isto é, por intervenção direta do Imperador e de seus Ministros o que causou reação da corpo ração médica que desejava ser consultada e intervir na defi nição das reformas (179).

Os conflitos entre o corpo docente e discente da es cola do Rio de Janeiro e administração da Santa Casa ; são relevantes para caracterizar os conflitos institucionais, permitindo analisar as relações de trabalho e a divis ão so cial do trabalho no setor saúde na época. Retomarei est á an álise em breve.

Depois da reforma de 1832, que criou a Faculdade de Medicina no Brasil, outra reforma, a de 28 de abril de 1864, merece destaque porque desfez grande parte das prerrogati vas de autonomia das escolas conseguidas na Lei de 1832. Es ta no va lei foi motivo de muitas críticas por parte dos pro fessores, principalmente dos que se identificavam com a Es cola Tropicalista Baiana que se posicionaram reiteradas ve zes através da Gazeta Médica, órgão de divulgação do pensa mento dos clínicos e pesquisadores da corrente filosófica que identificava a escola na época, contra as medidas esta belecidas na nova lei. A lei de 28 de abril de 1854 tirou o direito da faculdade de escolher o seu diretor, esta prerro gativa passou a ser do Imperador e o diretor seu homem de

(179) - OLIVEIRA, Carlos Roberto. Medicina e estado - origem e desen-
volvimento da medicina social no Brasil. - Bahia 1866 - 1896.
Rio de Janeiro, 1982. p. 277. Tese de Mestrado apresentada
ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do
Rio de Janeiro.

- LOBO, F.B. Op. cit. p. 1.

confiança; os catedráticos de cada cadeira passaram a ser escolhidos pelo Imperador, a partir de uma lista tríplice; a aposentadoria dos lentes passou de 25 anos de serviço para 30 anos e os vencimentos que eram integrais passaram a ser apenas a metade do salário; a faculdade perdeu o direito de organizar os seus próprios regulamentos, de definir a distribuição das matérias e de gerir os recursos obtidos com as matrículas; os critérios de aprovação dos alunos ficaram mais rígidos, caiu a aprovação por disciplina passando para aprovação anual e a repetição de dois anos de curso era motivo de reprovação; foram criadas as Memórias Históricas das Faculdades que eram documentos feitos por um professor designado pelo diretor, versando sobre os trabalhos desenvolvidos pela faculdade naquele ano, bem como sobre os principais problemas encontrados, sendo que o documento serviria de subsídio para os legisladores⁽¹⁸⁰⁾.

As críticas à nova lei eram muitas, desde a falta de autonomia das faculdades para tomar as medidas mais simples como a definição da disposição curricular das disciplinas até as críticas à inutilidade das Memórias Históricas, uma vez que estas se resumiam a um enumerado de fatos sem qualquer análise e viesada pela descrição do professor indicado que deveria fazer a análise do seu trabalho e dos demais colegas. Outro problema sério que o novo regulamento permitia era a interferência direta dos interesses político-clientelísticos do governo na aprovação dos alunos, na dispensa de provas e de cursar uma ou outra disciplina e de conceder

(180) OLIVEIRA, C.R. Op. cit. p. 279-80.

cargos a professores não habilitados ou pelo menos fora dos critérios vigentes de formação e titulação. Um exemplo claro destas medidas tomadas pelo governo, privilegiando alguns alunos foram as medidas adotadas por ocasião da guerra do Paraguai, ou seja, as inúmeras dispensas de exames preparatórios no tempo que era exigido pela lei, sob pretexto de remuneração dos serviços prestados na guerra; permissão para matricular alunos no final do ano letivo sem que estes tenham cursado regularmente as disciplinas com direito a prestar exames e passar de ano; promoção de não titulados a médico⁽¹⁸¹⁾. O reconhecimento governamental pelos serviços prestados ao estado é demonstrado através da concessão de benefícios, independente do ônus que estes pudessem trazer à qualidade da assistência de saúde prestada à população.

Em 19 de abril de 1879, o governo imperial instituiu uma nova reforma no ensino envolvendo o nível primário, secundário e superior. No que diz respeito aos cursos médicos foi reafirmada a aprovação global e as mulheres conseguiram o direito de formar-se em medicina. As faculdades de medicina, passam a ter três cursos anexos: o de farmácia, o de parteiras e o de cirurgia dentista⁽¹⁸²⁾.

Neste período outras profissões foram abertas ao sexo feminino, a de taquígrafa, de encadernadora, de revisora e muitas denúncias foram feitas, em jornais dedicados a mulher brasileira como no periódico "A Mensageira" (que ini

(181) - Ibidem. p. 288-92.

(182) - Ibidem. p. 296-7.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem, legislação e assuntos correlatos. Rio de Janeiro, Artes Gráficas da FSESP, 1974. p. 19-25.

ciou a circular em 1897), sobre as discriminações sofridas pela mulher no mercado de trabalho e em especial a situação das primeiras formandas de Direito que estavam cerceadas no seu direito de exercer a profissão de advogada⁽¹⁸³⁾. O trabalho era iminentemente masculino e as mulheres também eram excluídas da participação política, não tinham direito ao voto e conquistavam gradualmente o acesso a educação em todos os níveis.

Os problemas de falta de professores e de baixa remuneração, continuaram inclusive com a nova reforma de 1881, que só alterou a anterior no que diz respeito ao critério de aprovação dos alunos que voltou a ser por disciplina e no dispositivo que permitia o aluno fazer exames concomitantes podendo formar-se em até três anos, este último dispositivo logo caiu pela forte reação dos professores⁽¹⁸⁴⁾.

Em 1882 o governo imperial instituiu uma reforma que foi seguida por novos estatutos das faculdades, definidos em 1884, esta reforma estabeleceu o modelo germânico nas escolas médicas que até então seguiam o modelo francês. O modelo germânico era o da ciência experimental e do método racional, instituiu-se o positivismo científico nas escolas médicas brasileiras. O saber médico hegemônico no Brasil era o conhecimento teórico de base metafísica e os princípios da ciência positiva, que veio a dominar toda a produção científica até grande parte do século XX e praticamente até nossos dias na biologia e nas ciências da saúde, foram introdu

(183) MOTT, Maria Lúcia de Barros. *Imprensa feminina no século passado. Mulherio*. São Paulo, 7(31):15, ago. 1987.

(184) OLIVEIRA, C.L. *Op. cit.* p. 298.

zidas nas reflexões e nas pesquisas pelos médicos da Escola Tropicalista Baiana em 1866, sem que até a reforma estatutária de 1884 estes princípios fossem a base da formação dos médicos. Manteve-se a estrutura da faculdade do decreto anterior com o curso de medicina e os três cursos anexos. Houve, neste período subsequente a reforma, algumas melhorias nas instalações das escolas que ampliaram o espaço físico e equiparam-se com aparelhos, instrumentos e reagentes. Em 1887 o velho problema infra-estrutural retorna com a pouca dotação orçamentária para as escolas.

A República encontra o ensino superior em especial o da saúde nestas condições. Em 1891, Benjamim Constant, ministro da instrução pública, institui uma nova reforma que se desdobra em novos estatutos e regulamentos, entre as mudanças, que não foram muitas, destaca-se a decisão de aumentar o número de docentes, a decisão de que estabelecimentos particulares também poderiam dar cursos de nível superior. Os problemas financeiros e políticos da República mostraram que as mudanças de melhorias e autonomia das escolas ainda estavam longe de ocorrer.

Essa reorganização das Faculdades de Medicina transforma-as em Faculdades de Medicina e Farmácia e mantém anexos os cursos de parteira e odontologia.

Após a Proclamação da República muitos projetos foram apresentados ao Congresso Nacional com o objetivo de criar Universidades no Brasil sem conseguirem ser aprovados, somente em setembro de 1920, cinco séculos após a criação da primeira Universidade em solo americano, que o Brasil teve uma organização de ensino superior deste tipo. O decreto nº

11.530 de março de 1915 instituiu a Reforma Maximiliana, que reorganizava o ensino secundário e superior no Brasil e no artigo nº 6 ficava estabelecida a possibilidade do governo federal criar Universidades quando entendesse ser conveniente⁽¹⁸⁵⁾. Esse dispositivo legal permitiu que o Presidente Epitácio Pessoa, em 1920, criasse a Universidade do Rio de Janeiro, primeira Universidade brasileira. O Decreto nº 14.343 de 7 de setembro de 1920, instituiu que a Universidade do Rio de Janeiro reuniria a Escola Politécnica do Rio de Janeiro, a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Direito.

5.3 - O Saber Médico e a Divisão do Trabalho no Setor Saúde:

Com a criação das primeiras escolas de formação de médicos, no Brasil, institucionaliza-se o saber de saúde, existente até então, transformando-o em saber médico. Os poucos físicos e cirurgiões aprovados existentes no Brasil, antes do país ser sede do governo português, tinham pouco poder tanto no espaço governamental quanto no espaço institucional hospitalar, onde atuavam eventualmente como forma de

(185) O artigo nº 6 do Decreto nº 11.530 dizia o seguinte:

"Art. 6º - O Governo Federal, quando achar oportuno, reunirá em Universidades as Escolas Politécnica e de Medicina do Rio de Janeiro, incorporando a elas uma das Faculdades Livres de Direito, dispensando-a de taxa de fiscalização e dando-lhe gratuitamente edifício para funcionar.

§ 1º - O Presidente do Conselho Superior do Ensino será o Reitor da Universidade.

§ 2º - O Regimento Interno, elaborado pelas três Congregações Reunidas, completará a organização estabelecida no presente decreto".

LOBO, F.B. Op. cit. V. 2. p. 110.

contribuir com a assistência caritativa que as enfermarias religiosas e as Santas Casas prestavam à população, quanto no âmbito do social. Seu trabalho dava-se no espaço da assistência privada as camadas mais privilegiadas da sociedade colonial e nos hospitais militares depois do século XVIII. Apesar dos físicos terem cursado Universidades fora do país, seu trabalho em pouco se diferenciava do desenvolvido pelos práticos e demais exercentes da prática de saúde no país. O status do trabalho dos físicos e cirurgiões aprovados não era maior do que o dos demais exercentes das ações de saúde ao contrário muitas vezes as suas orientações e explicações sobre as doenças foram objeto de críticas e receio por parte da população que confiava mais nos seus curandeiros, sangradores, etc., menos intelectualizados, mais práticos e mais próximos da realidade do doente. E, apesar da Europa já contar com recursos tecnológicos como o microscópio (1590), o telescópio (1608) e já ter descoberto a vacina contra a varíola (1796), o Brasil continuou sem desenvolver pesquisas e sem intercambiar os conhecimentos nativos sobre o efeito terapêutico das ervas medicinais e dos rituais de cura com as instituições científicas internacionais. A igreja católica domina as Universidades portuguesas e os ramos da ciência nas colônias, o saber é de base metafísica, o estudo da anatomia em cadáveres humanos bem como as necrópsias são proibidas e os recursos tecnológicos não estão disponíveis no Brasil.

No decorrer do século XIX, as duas primeiras Escolas Médico-Cirúrgicas que se estruturaram lentamente, sofrendo constantes intervenções governamentais e recebendo pouco in

centivo financeiro, polarizaram duas correntes de pensamento norteadoras do ensino e da pesquisa em saúde. As primeiras medidas das escolas foram para legalizar o ensino e a profissão, buscando impor um reconhecimento social e uma valorização do seu saber as custas da perseguição dos demais exercentes das ações de saúde considerados como charlatães, indignos e incapazes de exercer adequadamente a arte de curar. As Escolas Médico-Cirúrgicas, transformadas em Faculdades institucionalizam também o ensino da Farmácia e da arte de partejar, além de tomar a cirurgia como parte integrante da medicina, que passa a ter duas especialidades básicas: a clínica e a cirurgia.

A institucionalização se dá nas escolas, nos hospitais que passam a ser terapêuticos, nas associações médicas e na organização estatal de serviços de saúde pública com vistas ao saneamento do espaço urbano.

209

5.3.1 - A divisão do trabalho no setor saúde:

A institucionalização do trabalho médico no espaço hospitalar é um lócus privilegiado para analisar a transformação das relações de trabalho e o processo de imposição da medicina como a verdadeira ciência da saúde e dos médicos como os seus legítimos representantes e que buscam exercer o poder institucional e o controle do processo de trabalho na saúde, onde "enfermeiros - irmãs enfermeiras ou aleigos treinados", e boticários fiquem com a incumbência de desenvolver parte do trabalho que tem como resultado final a ação terapêutica de saúde. Esta, agora, só pode ocorrer com o trabalho coletivo, não mais de forma independente, é preci

so a concorrência do trabalho médico que controla o processo de trabalho em saúde, detendo o saber sobre a causa, a sintomatologia e o desenvolvimento das doenças e que delega aos enfermeiros a aplicação dos medicamentos e os cuidados básicos com os doentes e aos boticários o controle e manipulação dos medicamentos a serem fornecidos para uso médico. A divisão técnica do trabalho antes mais clara e independente já assume características da divisão social do trabalho, propriamente dita, ou seja da divisão parcelar do trabalho, típica do trabalho industrial já em pleno desenvolvimento na Europa e em estruturação no Brasil. O produto final é uma ação de saúde que resulta da concorrência do trabalho de diversos profissionais não mais independentes entre si, mas responsáveis por parcelas do trabalho controlada pelo médico, que vai assumindo gradativamente o papel de gerenciador⁽¹⁸⁶⁾ do trabalho em saúde nas instituições hospitalares e ambulatoriais. A falta de autonomia dos trabalhos que antes eram independentes e autônomos gerou conflitos até hoje facilmente identificáveis na prática dos atuais profissionais de saúde.

Os conflitos entre o corpo docente e discente da Facul

(186) Gerência - entendida como a organização racional do trabalho no modo capitalista de produção, que envolve o controle do processo de trabalho e do trabalho alienado, isto é, da força de trabalho que é comprada e vendida. A função da gerência que no início do capitalismo é desenvolvida pelo proprietário do capital, passa, com o aprimoramento do desenvolvimento deste modo de produção, a ser exercida por trabalhadores contratados que ao mesmo tempo são empregados e pequenos empregadores do trabalho alheio, são melhor remunerados que os demais, representam e articulam-se com os proprietários do capital, controlam o trabalho de outros e organizam o processo de trabalho objetivando tirar o maior resultado possível.

BRAVERMAN, H. Op. cit. p. 61-124.

dade do Rio de Janeiro com a administração e os funcionários da Santa Casa de Misericórdia por ocasião do desenvolvimento das aulas práticas de ensino da enfermagem na Santa Casa, exemplificam bem a dificuldade das relações de trabalho entre os exercentes das ações de saúde com a imposição do trabalho médico como o verdadeiro e hierarquicamente superior aos demais, ou seja, o processo de passagem do trabalho de característica artesanal, baseado na divisão técnica do trabalho para o trabalho de característica empresarial baseado na divisão parcelar do trabalho.

O governo imperial concedeu favores a administração da Santa Casa e com a necessidade de campo para o exercício prático do ensino médico, não suprido pelos hospitais militares, estabeleceu, em 1813, que as enfermarias da Santa Casa fossem usadas para este fim. Esta decisão gerou vários conflitos entre a escola e os funcionários da Santa Casa, inicialmente, e com a administração logo a seguir. Em 1824 a direção do estabelecimento, mandou preparar alojamento especial para receber os alunos de medicina em regime de internato, esta medida provocou uma agudização do clima de tensão existente entre os alunos, os professores e os funcionários da Santa Casa. Em 1825, a administração revogava a medida do ano anterior e propunha a redução do número de internos de 23 para 12 e em 1829 o Provedor Domingos Teixeira solicita a retirada da escola do espaço da Santa Casa (187). LOBO, aponta como uma das causas do conflito existente na instituição, a aspiração de "enfermeiros e demais em

(187) LOBO, F.B. Op. cit. p. 104-5.

pregados subalternos da Santa Casa" em tornar-se médicos ou cirurgiões, uma vez que até 1826, a lei permitia que indivíduos que tivessem freqüentado um hospital durante alguns anos solicitassem à Junta do Promedicato ou mais tarde ao Físico e Cirurgião Mores exame de habilitação e expedição da carta de médico ou cirurgião⁽¹⁸⁸⁾. LOBO, continua dizendo que "com a criação dos cursos em 1808 começaram os problemas. Surgiram rivalidades entre os alunos dos cursos médico-cirúrgicos, e os indivíduos que pretendiam regularizar sua situação para exercer a medicina ou a cirurgia"⁽¹⁸⁹⁾. Os médicos apossados do saber de saúde e garantidos pelo ensino oficial que sistematiza a reprodução deste saber, hostilizam os demais práticos que desempenhavam de forma independente a sua prática, norteados pela experiência, pelo legado da tradição oral e pelo treinamento com os já experientes (relação mestre-aprendiz) e eram uma ameaça real às suas aspirações de ter a sua prática reconhecida como uma profissão. Além disso os médicos professores e os alunos de medicina já entram na instituição amparados pelo governo e em situação privilegiada em relação aos demais. Os professores, seus auxiliares e alunos tomam para si o poder de decidir sobre o diagnóstico e a terapêutica a ser implementada com os doentes, delegando às Irmãs de Caridade da Santa Casa a tarefa de administrar os medicamentos prescritos, esta situação provocou reações por parte das mesmas que descumpriam, as ordens médicas freqüentemente, mudando dosagens

(188) Ibidem. p. 104.

(189) Ibidem. p. 104.

dos remédios prescritos, as receitas e discutindo os diagnósticos feitos pelas autoridades médicas⁽¹⁹⁰⁾. O conflito foi intenso, nem os médicos permitiam interferência no seu poder legal, nem as religiosas aceitaram sem reagir essa limitação do seu espaço de atuação. Claramente não se estabelece uma relação interprofissional típica da divisão técnica do trabalho e sim um conflito típico da busca de implantação do trabalho alienado, sob a gerência do médico.

A partir de 1854, as Faculdades de Medicina formam médicos clínicos e cirurgiões e são estruturados em anexo os cursos de parteira e de farmacêutico, a reforma de 1879 institui também o curso de cirurgia dentista em anexo àquela Faculdade. Todos os cursos são ministrados por médicos que compõem a Congregação da Faculdade, determinam os currículos, os pré-requisitos para ingresso nos cursos, concedem diplomas e estabelecem as normas para o exercício profissional. O controle da formação profissional não é daquele ofício ou profissão específica e sim dos médicos que se apossam do saber de saúde e delegam parcelas específicas do ato de saúde para determinados profissionais que serão formados e exercerão suas atividades sob controle médico⁽¹⁹¹⁾. Esse processo é semelhante ao que ocorreu na Europa quando as primeiras Universidades formam médicos que tentam controlar o exercício profissional das demais corporações de artífices que ainda são independentes no processo de formação profissional e no exercício da prática. No Brasil esta situa

(190) Ibidem. p. 105.

(191) Os decretos nº 1387/1854, nº 7247/1879 e nº 9311/1884 - caracterizam bem essa realidade. Vide:
BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública.
Op. cit. p. 15-8.

ção se verifica no período colonial até o início de 1800. Mais tarde com a institucionalização das diversas profissões da saúde, contemporânea ao processo de estruturação do modo capitalista de produção, verifica-se uma mudança na divisão técnica do trabalho e hierarquicamente organizada com a supremacia do trabalho intelectual dos médicos sobre o trabalho de características manual dos demais, vigente até então. A mudança com a estruturação do capitalismo, verifica-se no processo de formação profissional e no trabalho em si, no espaço hospitalar agora terapêutico e de domínio do médico que controla o processo de trabalho em saúde, delegando funções aos demais profissionais da saúde:

O século XIX no Brasil é o século da institucionalização do trabalho médico, que acompanha as mudanças estruturais da sociedade brasileira, num processo dinâmico que acaba por forjar a supremacia médica no setor saúde. Estes, começam a se impor no espaço hospitalar como o elemento central bem como nas instituições governamentais de planejamento e execução das ações coletivas de saúde no início do século XX. As organizações da corporação médica que se destacam são a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e a Associação Médico-Farmacêutica de Beneficência Mútua da Bahia (esta surge a partir de 1870). As primeiras Sociedades Científicas do século XVIII, que apesar de frágeis eram multiprofissionais, passam a ser basicamente corporativas de defesa dos interesses médicos como grupo social interessado em se impor como elemento central no setor saúde e participar efetivamente do exercício do poder de estado.

5.3.2 - O saber médico:

A justificativa para sustentar a supremacia médica no setor baseada no argumento implícito nos termos das leis, de que o saber médico sistematizado nas escolas seria de qualidade superior ao utilizado pelos práticos é bastante questionável, pois os próprios médicos denunciavam a precariedade do ensino e o atraso do conhecimento em saúde em relação ao já acumulado pelos pesquisadores na área de outros países.

Para caracterizar o saber dos físicos e cirurgiões utilizo, inicialmente, as teses apresentadas à Escola Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro, no ano de 1833, por ser este o volume mais antigo, encontrado na Escola de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e que contém a produção científica da época, materializada no saber dos mestres da escola e dos concorrentes a docência.

A corrente hegemônica, do saber metafísico e universalista, pode ser bem caracterizada com os conteúdos constantes no volume de teses de 1833. Assim, na tese "Sobre a Atmosfera"; apresentada e defendida em 21 de fevereiro por Francisco de Paula Candido, Bacharel em Ciências e Doutor em Medicina pela Acadêmia de Paris, para concorrer a uma vaga na "Cadeira de Physica-Médica", o autor faz uma descrição sobre a atmosfera, seus limites, a pressão e peso do ar, sua composição com o objetivo de analisar a relação entre as alterações do estado elétrico da atmosfera, a cólera, as febres intermitentes e a existência de miasmas.

"As proporções do oxigênio, e nitrogênio da atmosfera não tem sofrido variação alguma: todas as analyses são unanimes para o provar ... Recentemente em Paris o Instituto de França

procedeo a esta analyse para ver se obtinha algum dado sobre o principio da desastrosa epidemia da Cholera-Morbus: o resultado foi o que todos esperavão, isto he, acharão-se as proporções conhecidas, e nada mais. ... He o ar que nos vivifica, fornecendo o elemento indispensável à respiração; mas ao mesmo tempo elle he muitaz vezes o vehiculo da morte, quando ou infectado por miasmas, ou peccando por algum outro principio, destroe directamente o equilibrio vital, ou indirectamente negando a economia, os principios sem que não vivemos um só instante; ou em fim, obra de mil maneiras, que tem escapado à penetração de Medicos. Durante a epidemia de Cholera-Morbus em Paris, a atmosfera deo sempre indicios de electricidade negativa: seria pois curioso que se observasse, se nos paizes aonde reinão endemica, ou epidemicamente as febres intermitentes, que segundo a opinião geral, são occasionadas por miasmas vegetaes, ou animaes; seria curioso, digo, e util, que se observasse n'esses lugares o estado electrico da atmosfera, que podia confirmar para sempre a presença dos miasmas, que tem escapado a mais refinada analyse, ainda que parecendo manifestos por caracteres physicus. Assim se o estado electrico da atmosfera podesse ser destruido, ou mudado por hum agente, como o chloro, por exemplo, he, para assim o dizer, evidente que existem miasmas no ar. Isto huma vez demonstrado, a hygiene publica e particular ganharia grandemente, e os medicos racionarião sobre dados positivos" (192).

As demais teses apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, e arquivadas no volume de teses do ano de 1883, eram dissertações para concorrer a vagas em diversas disciplinas. O outro concorrente à vaga na cadeira de Physica-Médica era o Doutor João José

(192) CANDIDO, Francisco de Paula. Algumas considerações sobre a atmosfera. Rio de Janeiro, Typographia de Gueffier, 1833. (Primeiro dos volumes sobre teses encontrados na Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

de Carvalho, que apresentou tese sobre Hygrometria; para a Cadeira de Clínica Externa concorreram dois cirurgiões, com os temas: "Considerações gerais sobre hernias abdominais" e "As inflamações gangrenosas em geral, e especialmente sobre o carbunculo e sua diferença da pustula maligna"; para a cadeira de Química teve um concorrente que apresentou o tema "Considerações sobre a maneira de se fabricar assucar no Brasil, e analyse da agoa gazoza"; para a Cadeira de Clínica Médica foi apresentado o tema "A origem natureza e desenvolvimento dos tuberculos pulmonares"; para a cadeira de partos oferecida as "senhoras brasileiras", concorreram dois doutores em medicina, um formado pela Universidade da Bolonha e outro pela faculdade de Paris, concorreu também um cirurgião formado pela Academia Médico-Cirúrgica no Rio de Janeiro. Os temas apresentados foram, respectivamente: "Da hemorragia uterina, considerada como complicação sobrevinda ao processo do parto, e à expulsão do feto", "Considerações sobre os cuidados e os socorros que se devem prestar aos meninos na ocasião de seu nascimento", "Ensaio sobre o Ministério das mandb̃ras em geral, demonstrado por classes" (193).

Já vimos, no capítulo quatro, que a base do conhecimento dos físicos, cirurgiões barbeiros, jesuítas, práticos, sangradores, etc, era semelhante na materialização deste conhecimento que são as medidas práticas de intervenção terapêutica. No que diz respeito a fundamentação teórica, a forma de raciocinar e investigar clinicamente e no tipo de aparelho formador, haviam diferenças claras entre os poucos físicos

(193) TESES. Rio de Janeiro, UFRJ, 1833.

de formação européia e os demais que aprenderam praticando com familiares ou mestres, aprendizagem típica do trabalho do artesão. O saber universalista e teórico dos físicos ver sus o saber da observação prática e do legado da tradição oral dos demais. Esse conhecimento de base universalista e teórico, continuou sendo o hegemônico, depois da medicina institucionalizada até praticamente o final do século XIX. A diferença estava no espaço social ocupado pelos médicos que, a partir daí, conseguem fazer valer pela força, pela maior articulação com o Estado e pela legislação a sua su premacia no setor.

Dois modelos claramente diferenciados caracterizam o saber médico da segunda metade do século XIX, o da Socieda de de Medicina do Rio de Janeiro, ambientalista multicausal e com base experimental, e o da Escola Tropicalista Baiana, positivista, baseado na pesquisa metódica, em busca da especifi cidade para chegar a generalizações. A hegemonia do positi vismo na produção e reprodução do conhecimento médico sô ocorre após a reforma do ensino de 1882 e com a institucional ização do modelo sanitarista de Oswaldo Cruz no início do século XX.

O modelo hegemônico que percorre praticamente todo o século XIX pode ser exemplificado pela resistência dos mé dicos ocupantes dos cargos oficiais do âmbito da saúde e dos médicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro face às descobertas do Dr. Finlay, sobre o mosquito aedes aegypt como agente transmissor da febre amarela, preferindo acreditar que os miasmas, emanações fétidas dos animais e de plantas em decomposição e as condições ambientais por si sô

eram responsáveis pelo processo de transmissibilidade da doença. O conflito entre este modelo e o defendido pelos membros da Escola Tropicalista, exemplifica a relação entre as duas correntes de pensamento e as denúncias dos tropicalistas às fragilidades do modelo hegemônico. Um episódio, que foi bastante polêmico e divulgado, foi o conflito ocorrido entre o Dr. Wücherer da Escola Tropicalista Baiana e o Conselheiro Jobim da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro sobre a etiologia da "Hipoemia Intertropical ou Ancilostomíase". O médico alemão radicado na Bahia era defensor do modelo alemão positivista de investigação e formulação de generalidades a partir de constatações objetivas. Defendia a necessidade de uma diferenciação entre a anemia e a "hipoemia", considerava a deficiência alimentar como causa da anemia mas dizia que era necessário fazer uma diferenciação entre a causa das duas doenças.

"Para isto faz um diagnóstico diferencial baseado na anatomia patológica, menciona o agente etiológico (*ancilostomum duodenale*) e relata que este foi unicamente encontrado em indivíduos falecidos de cansaço (o nome popular da doença) ou no decurso da moléstia. Esta ordem (falecidos no decurso da moléstia) indica a ordem presente em seu modelo de conhecimento. A ordem seria: inicialmente descoberta do agente etiológico através da autópsia, em seguida, através de uma evolução detalhada das fases que a doença atravessa nos portadores, e do uso de diagnósticos diferenciais; por fim novo retorno à autópsia, no sentido de buscar uma confirmação de sua teoria. Descreve o verme, seus costumes e sua localização no corpo humano e termina por explicar que a anemia que verifica na opilação é efeito da subtração de sangue pelos vermes. Assim ao determinar a causa,

nomeia a doença: anacilostomíase. Note - se que o nome anterior da doença - hipoemia - está ligado ao empobrecimento do sangue, que era tomado como causa; na realidade não passava de um efeito. Estas inversões causa- e feito serão uma constante ao se analisar o modelo de conhecimento da Escola em comparação com o da Sociedade. Termina afirmando que a mudança da patologia deve seguir-se uma mudança de terapêutica, deixando perceber uma relação de dependência existente entre esses dois momentos de seu modelo" (194). Por

Por outro lado o Conselheiro Jobim apontava causas combinadas na origem da doença e não a especialidade causal, a seguinte citação do representante da sociedade sobre a etiologia da "hipoemia" caracteriza a concepção de saúde dominante e representada pela instituição:

"O uso exclusivo de alimentos feculáceos, como farinha de mandioca, milho, feijão, nos parece uma das causas predisponentes do seu desenvolvimento ... Os efeitos da umidade, o andar descalço, mal vestido e dormir no sereno ... igualmente julgamos que muito contribui para o seu desenvolvimento o abuso de bebidas alcoólicas ... Se dizemos bebidas alcoólicas de má qualidade é porque temos a nossa cachaça como pior que o pior vinho" (195).

A preocupação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro é com a saúde das cidades, não em devolver a saúde aos indivíduos e a preocupação da Escola Tropicalista Baiana é com os indivíduos, em

(194) LUZ, M. Op. cit. p. 130.

(195) JOBIM, J.M.C. Discurso sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro. In: LUZ, M. Op. cit. 1982. p. 125.

recuperar a força de trabalho, como caracteriza LUZ, mostrando a articulação dos intelectuais da Escola Tropicalista com a burguesia industrial, emergente e interessada na recuperação da força de trabalho, e a da Sociedade de Medicina e Cirurgia com os Estado Imperial Escravista e depois com as oligarquias rurais onde a preocupação é com o saneamento das cidades, pois a força de trabalho básica era desenvolvida por escravos facilmente substituíveis. A preocupação com a recuperação da força de trabalho não era questão fundamental, naquele momento, mais tarde os escravos encarregados de carregar os dejetos das cidades aparecem como objeto de preocupação e são vistos, não como homens doentes devido o tipo de trabalho que realizam, mas sim como causadores de doenças, como parte do que precisa ser saneado nas cidades (196).

As críticas mais veementes à precariedade do ensino médico no país vieram da Escola Tropicalista, através do seu órgão oficial de divulgação a Gazeta Médica da Bahia e os pontos principais de crítica eram a falta de autonomia das escolas em relação ao estado monárquico; a precariedade da situação dos professores que ia desde as críticas quanto aos baixos salários, quanto ao modelo de ensino basicamente teórico, quanto a precária formação destes e pela convivência com a intromissão do estado nas escolas; o desrespeito do governo para com as disposições legais que garantiam a corporação médica (como os critérios para concessão de títulos e normatização do exercício profissional) e as denúncias

(196) LUZ, M. Op. cit. 1982. p. 121-30.

cias sobre os supostos "malefícios" que o "charlatanismo" causava às pessoas, além de denúncias de práticas médicas consideradas inadequadas pela má formação dos médicos (os "médicos charlatões").

O saber médico hegemônico no Brasil, não era uma alternativa inovadora de conhecimento onde os médicos brasileiros tivesse optado pelos princípios universalistas em função de pesquisas e de uma estruturação clara de conhecimentos em oposição ao método positivista, defendido pela Escola Tropicalista Baiana e hegemônico em outros países, e sim, era basicamente a continuidade da reprodução do conhecimento dominado pela Igreja Católica, na Idade Média na Europa e até mais tardiamente em Portugal e na Espanha. A perseguição aos "charlatões" envolvia os práticos e também os homeopatas, por exemplo, que utilizavam outro princípio de raciocínio e de terapêutica, alternativo ao modelo positivista e ao modelo universalista das Escolas Médico-Cirúrgicas e da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e que tiveram o seu Instituto Homeopático Brasileiro perseguido pelo novo poder médico instituído, não conseguindo, em função disto, desenvolver-se como escola. Hoje a Homeopatia consegue ser uma especialidade médica mas ainda alternativa e periférica em relação ao ensino formal das Universidades brasileiras. Esta situação parece aproximar mais a causa da implantação do poderio médico e da sua apropriação do conhecimento em saúde e do gerenciamento do processo de trabalho na saúde com a identidade de um grupo dentre os diversos exercentes das ações de saúde, com as classes dominantes nos diversos momentos históricos, produzindo discurso,

saber e tecnologia necessárias à manutenção do status quo e a ordem social estabelecida, do que ao senso comum da supremacia médica no setor saúde, onde os demais profissionais são vistos como auxiliares do trabalho médico central. Interessa-se neste trabalho basicamente mostrar o processo de estruturação das profissões na área da saúde, em especial a medicina e a enfermagem por serem os elementos centrais do ato de saúde e pela minha impossibilidade, para o âmbito deste trabalho, ampliar o leque de abrangência da historicidade das demais profissões.

6 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

Este capítulo trata do processo de institucionalização da enfermagem e resgata, inicialmente, a institucionalização do trabalho dos precursores do que hoje se conhece como enfermagem profissional ou moderna.

Uma das primeiras vertentes do trabalho da enfermagem, organizado como serviço reconhecido socialmente foi o trabalho caritativo e assistencial aos indivíduos objetivando o cuidado do corpo e da alma. Outra foi o trabalho leigo das parteiras, curandeiras e práticas que assistiam os indivíduos através de um trabalho de cunho profissional, tipo do artesão mas não institucionalizado (tanto no que diz respeito ao tipo de formação quanto o que diz respeito ao processo de trabalho em si). E, outra, como já foi caracterizado, foram os cuidados prestados, nos domicílios, por mães e escravas aos filhos e aos incapacitados. Sem contar o trabalho dos feiticeiros e sacerdotes, das sociedades tribais, que incluía uma assistência global aos indivíduos necessitados de assistência de saúde.

Dada a importância quantitativa, qualitativa e histórica do trabalho das parteiras e dos praticos religiosos e

leigos, no campo das atividades de enfermagem, a análise da institucionalização destas práticas precede a análise da institucionalização da enfermagem como um campo do saber na área da saúde.

A escola de formação de enfermeiros, no Rio de Janeiro, em 1923, é destacada como elemento chave no processo de institucionalização da enfermagem e, a última parte do capítulo, trata da análise do saber específico deste campo do conhecimento e das implicações da prática de enfermagem institucionalizada na divisão do trabalho do setor saúde e como se reproduz a divisão do trabalho internamente na enfermagem.

6.1 - Caracterização do Trabalho dos Precurssores da Enfermagem no Brasil:

6.1.1 - As parteiras:

Os fenômenos relativos a procriação nos primórdios da humanidade eram encarados como parte da vida dos indivíduos como as demais funções fisiológicas e a assistência ao parto e a parturiente não envolvia a concorrência do trabalho de outras pessoas como uma atividade especializada. As mulheres de uma mesma tribo ou grupo populacional se ajudavam pela experiência e vivência dos fenômenos relativos ao parto e nos primeiros cuidados com os bebês. Ou qualquer pessoa que estivesse perto no momento do parto ajudava a parturiente.

Quando a população aumenta e surgem as primeiras civilizações da Antiguidade e mais precisamente no período

posterior que se convencionou chamar de Idade Média, a história registra a existência de múltiplos exercentes das ações de saúde que se organizavam em corporações para o exercício e a formação profissional, além da medicina clínica que se organizava de forma especial nos mosteiros e nas Universidades. Mas a população camponesa, que era a grande maioria, recebia uma assistência de saúde de pessoas do seu próprio seio que aprenderam com a experiência e com a tradição oral e que eram entendidas na arte de curar. Eram especialmente mulheres, chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pelos médicos, pela Igreja e pelos poderosos. Essas mulheres além de promover curas cuidavam das atividades relativas ao trabalho de parto e os primeiros auxílios às crianças recém-nascidas. Era um trabalho com características de ofício, essencialmente feminino e que foi duramente perseguido do século XIV ao século XIX em toda a Europa, numa ação conjunta da corporação médica e das Igrejas Católica e Protestante, onde eram perseguidas as mulheres que se ocupavam das atividades de cura, incluindo aí as curandeiras e as parteiras, todas abrigadas sob a denominação de bruxas (197).

No Brasil as atividades de cunho profissional de assistência a parturiente não são encontradas entre os indígenas mas aparecem com o processo de colonização. As caracte

(197) EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre. Witches, midwives and nurses - a history of women healers. London, Writers and Readers Publishing Cooperative, 1976. p. 24.

As autoras registram também que as bruxas foram dizimadas na Europa. Que novecentas foram mortas em Wertzberg, na Alemanha e outras tantas na Itália, França, Inglaterra, etc. Que em Toulouse, quatrocentas foram mortas em um só dia.

ísticas deste trabalho são semelhantes as descritas na literatura mundial; tinha reconhecimento popular; era de aprendizagem empírica mas com uma particularidade, pois no processo de institucionalização da medicina, acompanhado de intensa perseguição aos curandeiros e práticos em geral, a formação de pessoal para a assistência ao parto foram absorvidas pelas escolas de medicina na forma de curso anexo como o de formação de farmacêuticos.

O trabalho das parteiras foi institucionalizado quando se estruturaram os cursos de formação de parteiras, anexos as Escolas de Medicina em 1832 e quando a sua prática passa a dar-se no espaço institucional hospitalar, não mais de forma independente mas sob controle médico.

O artigo nº 2 da Lei de 3 de outubro de 1832, estabelece que cada Academia contará com quatorze professores, todos de profissão médica, portanto estes ensinarão também os alunos dos cursos de farmácia e de parteiras. Não foi recuperado o saber popular nem os práticos não médicos tiveram possibilidade de ensinar os profissionais da sua área. Aos médicos coube o direito de exercer todos os ramos da arte de curar (artigo nº 12 da mesma lei), às parteiras diplomadas foi delegado o direito de partejar e aos farmacêuticos o de ter botica e mexer com os medicamentos. A institucionalização da prática das parteiras lhes retira a autonomia e a vinculação com a comunidade, transformando-as em uma profissão auxiliar, subordinada as regras emitidas pelas escolas médicas que normatizam o exercício profissional das três profissões, bem como emitem e validam diplomas.

Com a institucionalização da formação de profissão

nais de saúde no Brasil, as mulheres coube as atividades relativas aos fenômenos da procriação e aos homens as demais (medicina e farmácia). Só em 1879, os cursos institucionalizados foram oferecidos indistintamente para homens e mulheres.

A sociedade oitocentista brasileira era basicamente patriarcal de exclusão das mulheres dos direitos mínimos de cidadania como o direito de voto, excluindo-as do exercício de cargos públicos e discriminando-as quanto ao acesso a rede de ensino. Essa característica fica claramente retratada na legislação do ensino formal profissionalizante do setor saúde na época.

A legislação vigente na época me permite perceber, ao analisar os requisitos para o ingresso nos cursos de parteira (vide os critérios para ingresso no curso expressos no artigo nº 22 da lei de 1832 e na reforma de 1854)⁽¹⁹⁸⁾, que esta era uma atividade menos letrada que a da medicina e a única que era exigido um atestado de "bons costumes", co

(198) O artigo 22 da Lei de 1832 estabelece como critérios para cursar a Academia que: "o estudante que se matricula para o Título de Doutor em Medicina, deve: 1º) ter pelo menos dezesseis anos completos; 2º) saber latim, qualquer das línguas francesa, ou inglesa, philosophia racional e moral, arithmetica e geometria. O que se matricula para obter o título de Pharmaceutico, deve: 1º) ter a mesma idade; 2º) saber qualquer das duas línguas francesa ou inglesa, arithmetica, geometria, ao menos plana. A mulher que se matricula para obter o título de parteira, deve: 1º) ter a mesma idade; 2º) saber ler e escrever corretamente; 3º) apresentar um atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguesia respectiva".

A reforma de 1854, mantém a mesma estrutura básica dos cursos de medicina, farmácia e parteira e estipula, ainda, nos requisitos para inscrição no curso de parteira que: "as pessoas do sexo feminino que frequentarem este curso deverão ter pelo menos 21 anos de idade, e apresentar, sendo solteiras, licença de seus pais ou de quem suas vezes fizer, e, sendo casadas, o consentimento de seus maridos".

BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Serviços de Saúde Pública, Op. cit. p. 13-7.

mo se este tipo de atestado garantisse a idoneidade moral da concorrente ao curso e, também, como se os médicos e os boticários não necessitassem de uma conduta moral digna para o exercício de sua profissão ou como se estes estivessem "acima de qualquer suspeita", não precisando assim apresentar um certificados destes valores.

As reformas de 1879 e de 1884, também mantêm a estrutura básica dos cursos da legislação anterior, sendo que a reforma de 1879, além da mudança em relação a discriminação sexual, incluiu como lente do curso de parteiras uma parteira.

O que fica claro é que de um ofício independente a arte de partejar passou a ser uma atividade subordinada e controlada pela medicina. Às parteiras coube as atividades de cunho manual e devidamente delimitadas dentro da globalidade da assistência a parturiente, a puérpera e ao recém-nascido, aparecendo então com característica de divisão parcelar do trabalho, sem controle da decisão terapêutica, da avaliação clínica e da prescrição da assistência.

Relacionando o processo de institucionalização dos ofícios da área da saúde no Brasil, em especial no caso das parteiras, com o processo ocorrido nos demais países do mundo ocidental posso afirmar que há uma semelhança no que diz respeito a característica feminina do trabalho e ao papel de discriminação social vivenciado pelas mulheres, tanto na sociedade brasileira quanto nos países europeus e na América do Norte. No entanto, a absorção do trabalho das parteiras, como especialidade da medicina, se deu de forma menos abrupta no Brasil do que nos países capitalistas desenvolvi

dos, sendo que no Brasil, até hoje, mesmo com características diferenciadas do que era no século XIX, o trabalho das parteiras leigas ou profissionalizadas, formalmente, ainda tem importante peso no contexto das ações de saúde do campo obstétrico. Acredito que a diferença no processo de absorção do trabalho das parteiras como especialidade da medicina no Brasil em relação aos países capitalistas desenvolvidos possa ser explicada pelas diferenças na formação político-econômica destes países, onde o Brasil permanece por vários séculos com uma estrutura econômica predominantemente pré-capitalista, enquanto que as forças produtivas na Europa e nos Estados Unidos já estão nesta época, plenamente desenvolvidas nos moldes do modo capitalista de produção e os investimentos governamentais em formação profissional especializada e em produção científica são claramente diferenciados na relação países capitalistas desenvolvidos e subdesenvolvidos.

EHRENREICH e ENGLISH descrevem que na Europa e nos Estados Unidos, a partir dos anos quarenta do século XIX, os médicos se organizaram mais efetivamente nas escolas e em associações com o objetivo de se firmarem efetivamente como o grupo social hegemônico do setor saúde e que para um grupo ocupacional se firmar como grupo hegemônico é necessário; além da construção de um corpo de conhecimentos especial e reconhecido pela sua eficácia técnica, o estabelecimento de regras que normatizem o exercício profissional estabelecendo os critérios de participação no grupo⁽¹⁹⁹⁾. Nes

(199) EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. Op. cit. p. 47.

te processo de imposição da medicina como hegemônica no se tor saúde, surge a obstetrícia como uma especialidade médi ca. Afim de buscar a sua afirmação social como especialis tas, os obstetras desenvolveram uma campanha de perseguição pública às parteiras, acusando-as de ignorantes e incompe tentes e de serem responsáveis pela "sepsis puerperal" e pe la oftalmia neonatal. EHRENREICH e ENGLISH dizem que este fato realmente ocorreu nos Estados Unidos, na Inglaterra , na Alemanha e em diversos países europeus e que esta camp nha persecutória não foi acompanhada de uma melhoria na qua lidade do cuidado obstétrico. As mesmas autoras citam um es tudo feito pelo professor Johns Hopkins, em 1912 que con cluiu que os médicos americanos eram menos competentes que as parteiras e que, no entanto, foram os médicos que consegui ram garantir o monopólio da assistência na área obstétrica e não as parteiras. "Os doutores tinham poder e as partei ras não" (200) .

No que diz respeito ao saber e a formação profissio nal dos médicos e das parteiras no Brasil, a análise do cur rículo dos dois cursos e do conhecimento produzido pelos pro fessores da disciplina de partos dos cursos formais, relacio nando com a prática das parteiras permite visualizar que a absorção da prática das parteiras, para o âmbito do preparo formal, não pode ser explicada apenas pelo discurso oficial, de estratégia para o aprimoramento profissional da assistên cia a parturiente, mas também pela busca dos médicos em cons truir a sua hegemonia no setor.

(200) Ibidem. p. 51.

O Decreto nº 7247, de 19 de abril de 1879, estabelece no artigo 24, § 2, que as disciplinas do Curso Médico são:

"Physica medica; Chimica mineral com applicação à medicina; Botanica, especialmente com applicação a medicina; Anatomia descriptiva e mecanica da organização; histologia theorica e prática; Chimica organica; Physiologia theorica e experimental; Anatomia e physiologia pathologica; Pathologia geral; Pathologia medica; Pathologia cirurgica; Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira; Obstetricia; Anatomia topographica e medicina operatória experimental; Pharmacologia e arte de formular; Clinica e policlinica medica (1º); Clinica e policlinica medica (2º); Clinica e policlinica cirurgica (1º); Clinica e policlinica cirurgica (2º); Clinica obstetrica e gynecologica; Clinica psiquiatrica; Clinica ophthalmologica; Medicina legal e toxicologia; Hygiene publica e privada, e historia da medicina"(201). Em no § 6, que o Curso Obstétrico será composto pelas seguintes disciplinas: "Anatomia descriptiva; Phisica geral; Chimica geral, Physiologia; Obstetricia, Pharmacologia, Clinica obstetrica e gynecologia"(202).

A duração dos cursos era diferenciada. Pela legislação de 1854, já estava estabelecido que o curso de medicina teria a duração de seis anos, o de farmácia seria de três anos e o de parteiras de dois anos. As reformas seguintes (1879 e 1891) mantêm a estrutura básica dos cursos, sendo que a reforma de 1891 introduz mudanças significativas no

(201) BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Serviços de Saúde Pública. *Op. cit.* p. 20.

(202) *Ibidem.* p. 20.

que diz respeito ao reconhecimento dos cursos na área da saúde ao transformar as Faculdades de Medicina em Faculdades de Medicina e Pharmacia e ao absorver outro ofício da área da saúde que é a Odontologia para o campo do ensino formal. As Faculdades de Medicina e Pharmacia formam então: médicos e farmacêuticos e, em cursos anexos, formam dentistas e parteiras.

A reforma do ensino de 1901, pelo Decreto nº 3902 de 12 de janeiro, também mantém os quatro cursos formalmente institucionalizados e a faculdade como o espaço legal de formação de profissionais, reconhecidos oficialmente como habilitados para executar as ações de saúde no país. Nesta reforma, que mantém os dois anos de formação para parteiros, fica mais claramente delimitado o objetivo dos cursos de formação de parteiros⁽²⁰³⁾. Analisando a estrutura curricular definida no artigo 22 deste decreto, que estabelece como disciplinas a serem cursadas no primeiro ano, as seguintes: "Anatomia, descritiva e medico-cirurgica, da bacia e dos órgãos genito-urinarios da mulher"⁽²⁰⁴⁾, no segundo ano: "Clínica obstetrica, limitada a pratica do parto natural e a pequena intervenção obstétrica"⁽²⁰⁵⁾, posso depreender que os parteiros deveriam estar habilitados para a assistência ao parto em si e em especial ao parto normal sendo que a obstetrícia, aparece então, incorporada como uma especialidade ou um dos ramos da medicina cabendo, a esta última, a

(203) A expressão "parteiros" aparece porque o curso desde 1879 admite alunos de ambos os sexos.

(204) BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Serviços de Saúde Pública. Op. cit. p. 31.

(205) Ibidem. p. 32.

assistência integral a parturiente, ao recém-nascido e a puérpera. A formação é basicamente prática e os conteúdos teóricos estão direcionados para o exercício desta prática tipicamente manual, o raciocínio clínico e as decisões terapêuticas do tipo intelectual estão a cargo dos médicos que mantêm não só o controle da prática mas também o do ensino. No artigo 39, do mesmo decreto, fica estabelecido que as atividades da parteira, que participava como auxiliar no ensino, eram de caráter essencialmente dependente e auxiliar, sob controle e delegação médica, como se verifica pelo estabelecido no parágrafo único do referido artigo: "A parteira cumpre executar os serviços profissionais que lhe forem determinados pelo lente e pelo assistente de clínica obstétrica e gynecologica" (206).

Já se percebe, neste momento histórico no Brasil, o início da estruturação do trabalho em saúde nas bases da organização do trabalho típica do modo capitalista de produção, ou seja, a divisão parcelar ou permonorizada do trabalho, tendo o médico legalmente instituído como o centro da atenção em saúde e como o gerenciador institucional da assistência, delegando funções parcelares do trabalho em saúde a outros trabalhadores, sob seu controle no espaço institucional hospitalar.

Analisando as teses apresentadas no dia 26 de março de 1833 à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, para concorrer a uma vaga na cadeira de partos daquela faculdade é possível perceber a visão dos médicos da época sobre o trabalho das parteiras, as bases do conhecimento no campo da

(206) Ibidem. p. 32.

obstetrícia na época e a introdução dos princípios higiênicos médicos no espaço familiar. Dentre as teses apresentadas no primeiro volume de teses, existente na biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, destaquei a apresentada pelo Doutor Francisco Júlio Xavier, sobre o tema "Considerações sobre os cuidados e os socorros que devem prestar aos meninos na ocasião do nascimento e sob as vantagens do aleitamento natural", para caracterizar os pontos acima explicitados.

A tese do Doutor Xavier descreve uma série de cuidados a serem tomados no momento do nascimento para evitar a asfixia do bebê, os cuidados com o coto umbilical e a higiene do bebê. Ao descrever os cuidados que acredita serem os mais corretos para o cuidado com o coto umbilical, o autor justifica o porque se contrapõe aos cuidados prestados pelas parteiras buscando mostrar a supremacia técnica dos cuidados médicos científicos, como pode-se apreender pela seguinte passagem:

"Lavada a criança, deve-se imediatamente cuidar no seu vestuário ..., seguindo-se a aplicação de huma compressa branda, e de panno mui macio, em a qual se envolverá o umbigo... e coberto com outra compressa mais larga, e mais espessa, e tudo contido numa faixa de ventre, apertada de tal modo, que sirva tão somente a conter as compressas e jamais de comprimir muito o ventre, de cuja prática podem resultar graves accidentes. Este meio simples de tratar do umbigo he preferível a outro qualquer ...; devendo-se proscrever rigorosamente o uso, em que estão as parteiras d' este paiz de lhe fazerem applicações de substancias irritantes, bem como tabaco em pó, as folhas de fumo sô, ou com vinagre quente, os óleos de Cohaiba, a quina, etc., com as quaes pretendem, dizem ellas, evitar o mal, que chamão de sete dias, que me parece não ser outra cousa, senão uma peritonites desafiada por taes excitantes, e que quase sempre termina em gangrena Eu vi em Paris, no

Hospital da Maternidade, tratar-se o umbigo a todos os meninos pelo meio simples; que aconselho, sem jamais haver o menor accidente; e mesmo n'esta cidade o tenho feito com vantagem a todos os meninos, cujas mãis tenho partejado" (207).

Para entender a base do conhecimento dos médicos no campo da obstetrícia, adendo outra passagem do mesmo autor, na mesma tese: quando este descreve os cuidados que devem ser dados ao bebê acometido de asfixia:

"Quando a criança nascer asphyxiada, não deve ser logo separada da mãe Depois do coração a criança deve ser envolvida em pannos quentes, e levada para longe das vistas da mãe, e será mergulhada em hum banho quente, que se tornará mais excitante pelo addicionamento de huma porção de vinho, aguardente ou vinagre; procurando-se sempre conservar o mesmo grau de calor do banho, e até aumentá-lo; devemos excitar também a sua pelle por meio de fricções feitas com as mãos, panos Alguns authores aconselham ainda o excitamento da boca do recém nascido por meio de aguardente, ou vinagre, e o das fossas nazales por meio de pó, ou vapores irritantes, e também insufflação no anus da fumaça de papel queimado ..." (208).

Pode-se perceber que não existia uma ruptura fundamental entre o conhecimento dos médicos obstetras e o das parteiras práticas. A diferença estava no reconhecimento legal de um e outro saber pois, se era a experiência que determinava o uso de tabaco no coto umbilical pelas parteiras, não parece ser de outra fonte a fundamentação do uso de aguardente, vinagre ou vapores irritantes como estimulante nos casos de asfixia, recomendados pelos médicos. O conhecimento sobre o tétano umbilical, chamado popularmente de "mal dos

(207) XAVIER, Francisco Julio. Considerações sobre os cuidados que se devem prestar aos meninos na ocasião de seu nascimento e sobre as vantagens do aleitamento natural. Rio de Janeiro, Typographia Imperial e Constitucional de Seignot-Plancher E.G., 1833. p. 8. (Tese encontrada no primeiro volume de Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro - UFRJ - 1833).

(208) Ibidem. p. 11-2.

sete dias", estava em nível semelhante no que diz respeito ao conhecimento dos médicos e das parteiras.

Outro aspecto importante que pode ser depreendido, da mesma tese, diz respeito a medicalização da família, dos hábitos, valores e cuidados básicos. O médico, pela higiene, penetra nas famílias oitocentistas e torna assunto médico atividades básicas e culturais da vida dos indivíduos⁽²⁰⁹⁾. Como podemos verificar pelo cunho normativo e de busca de mudança de valores contidos nos seguintes trechos da tese de XAVIER:

"Todos os mamíferos nutrem seus filhos, por que suas mamas não foram feitas senão para nutri-los depois do seu nascimento (...) isto estava reservado para a mulher; não para a pobre, e desculpável por sua miséria, porque esta não he tão desnaturalizada, mas para a rica, rodeada de todos os favores, de todos os bens da fortuna; morra seu filho, com tanto que ella goze de todos os prazeres, que importa? He às mãis mercenárias, he às escravas que a maior parte das mulheres aqui confião seus filhos; he a ellas que entregão os cuidados de mãi, despresando-se tão barbaramente hum dos deveres que a natureza mais recommendou !! (...) A mulher não merece verdadeira mente o nome de mãi se não depois que tem aleitado o menino que deo à luz. (...) As mulheres que não aleitão seus filhos contrahem quasi sempre moléstias, provenientes desta infracção da natureza ..."(210).

Os conhecimentos básicos sobre a procriação e o cuidado com os filhos deixa de ser naturalmente acessível a todos os cidadãos como parte dos valores culturais, para ser a fundamentação de um serviço a ser comprado de um profissional especializado.

6.1.2 - O trabalho caritativo e a ideologia da submissão:

6.1.2.1 - A assistência religiosa:

A vertente do trabalho caritativo e religioso foi

(209) Sobre o assunto ler: COSTA, J.F. Op. cit.

(210) XAVIER, F.J. Op. cit. p. 15-6.

muito importante e hegemonizou a ideologia e o trabalho da enfermagem por longo período após o advento do cristianismo e sua persistência como doutrina religiosa poderosa em todo o mundo ocidental. Na enfermagem essa influência foi tão grande que até hoje o seu trabalho é visto como parte da assistência caritativa e, os profissionais de enfermagem, como exemplo de abnegação, de vida ascética e de dedicação aos pobres desvalidos e necessitados de ajuda.

O discurso de alguns autores mostram essa visão do trabalho de enfermagem. Sobre Catarina de Siena (da Ordem Terceira Franciscana - Europa século XIV, vulto precursor da enfermagem profissional européia), escreve PAIXÃO:

"Não se contentava com servir doentes no hospital. Procurava-os pelas ruas ou em casebres e providenciava a sua internação. Em 1372, durante uma epidemia, trabalhou dia e noite no hospital de Scala. ... Pode-se visitar, ainda hoje, seu pobre quarto, onde se conserva a lâmpada que lhe servia para procurar os doentes abandonados pelas ruas escuras de Siena. Catarina de Siena é um nome que deve ser guardado pelas enfermeiras como uma das mais perfeitadas realizadoras de seu ideal" (211).

Sobre Ana Neri, a mesma autora escreve:

"Fundada a primeira escola de enfermagem de alto padrão no Brasil, foi-lhe dado o nome de nossa heroína, primeira enfermeira voluntária de guerra em nossa Pátria e modelo de dedicação que deve ter toda enfermeira" (212).

A ideologia dominante na enfermagem brasileira, até a década de 80 pelo menos, reproduz esta característica da religiosidade e espírito caritativo. Sobre este aspecto, GERMANO apresenta ricas ilustrações do discurso das direções de enfermagem veiculados pela Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN, sem dúvida nenhuma um dos mais importantes veículos de divulgação da profissão no país. Alguns frag

(211) PAIXÃO, W. *Op. cit.* p. 43.

(212) *Ibidem.* p. 110.

mentos destes discursos servem de ilustração. Referindo-se aos princípios éticos fundamentais a serem considerados pelos enfermeiros, TURKIEWICZ aponta: "... respeito à natureza humana, relação do homem com seu semelhante, direção vertical do homem a Deus"⁽²¹³⁾. FORJAZ, diz que: "A enfermagem é uma profissão de caráter essencialmente social, a sua finalidade precípua é servir à humanidade segundo as necessidades do indivíduo e da sociedade"⁽²¹⁴⁾. E, MELLO que: "... deve a enfermeira manter uma nobre urbanidade de trato, recorrendo aos sentimentos de afabilidade e doação generosa ao serviço dos seus semelhantes, com o que muito lhes atrairá a confiança e o respeito"⁽²¹⁵⁾.

As conseqüências foram praticamente 60 anos de exercício profissional sem uma maior organização da categoria enquanto trabalhadores do setor saúde, em especial no Brasil, onde os Sindicatos de Enfermeiros surgem apenas na década de setenta e o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde (como se chama hoje o sindicato que congrega os empregados nas instituições de saúde, exceto os profissionais liberais e os que se organizam em sindicatos próprios) nunca foi assumido pela enfermagem e principalmente pelos enfermeiros como uma entidade sindical representativa dos seus interesses profissionais e trabalhistas.

E, a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, primeira entidade organizativa da categoria, criada em 1926 com o nome de Associação Brasileira das Enfermeiras Diplomadas cumpriu até os anos 80⁽²¹⁶⁾ o papel de reprodutora des

(213) TURKIEWICZ. O primado do espírito na profissão. In: GERMANO, R. Op. cit. p. 30.

(214) FORJAZ, Marina de Vergueiro. O aspecto social da enfermagem. In: GERMANO, R. Op. cit. p. 32.

(215) MELLO, Josefina de. Papel social da enfermeira. In: GERMANO, R. Op. cit. p. 32.

(216) A partir dos anos 80, desenvolveu-se na profissão um movimento de questionamento da prática profissional, analisando-a dentro do contexto histórico no qual ela se inseriu ao longo dos anos,

te perfil da enfermagem: "submissa", "obediente", "caridosa" e "humilde", bem como serviu para difundir as políticas governamentais para o setor⁽²¹⁷⁾.

A vertente do trabalho de enfermagem que se originou da assistência caritativa e religiosa, se estrutura no mundo ocidental com o advento do cristianismo, que instituiu uma nova forma de pensar e entender o processo de saúde e doença. Persistiu a visão mística do processo saúde/doença mas com características diferente do pensamento mágico e do politeísmo, anterior ao cristianismo. O Deus dos cristãos tinha duas faces, castigava os mortais por seus pecados mas também era o instrumento de redenção pois permitia que os pecados fossem expiados com o exercício de uma vida ascética de benefício aos pobres e de auto-penitência. Com isso proliferaram as ordens religiosas e as atividades assistenciais por elas desenvolvidas, dentre estas o espaço institucional precursor dos hospitais. O espaço do hospital dos primórdios do cristianismo, que persistiu praticamente durante toda a Idade Média, era um espaço de preparação para a vida eterna e de busca da salvação da alma para os doentes e para os que deles cuidavam. O diaconato, "instituição dos seguidores dos apóstolos de Cristo (diaconos e dia

dentro de um referencial crítico e que se reproduziu na pesquisa, em algumas áreas do ensino e na mobilização pela disputa das direções das entidades representativas da categoria. A Associação Brasileira de Enfermagem Seção - Santa Catarina assume uma postura combativa, crítica e de vanguarda na organização da categoria impulsionando o surgimento de um movimento nacional, "Movimento Participação", que assume a direção da ABEn - Nacional e da maioria das seções após o pleito de 1986. Essa etapa da história da enfermagem ainda precisa ser contada e analisada.

(217) GERMANO, R. Op. cit. p. 24-6.

conisas), visando a prática da caridade" (218), junto com os mosteiros e as xenodóquias constituíram-se nas instituições caritativas e assistenciais dos cristãos e praticamente as únicas do tipo até o século XVII em toda a Europa e nas suas colônias. No começo da Idade Média (400 d.c.), com o fim do Império Romano, com a desestruturação do modo de produção antigo e com o surgimento do cristianismo, que estimulou a superstição, e o desprezo a vida terrena, foi gerado um novo modo de produção, agora, não mais baseado nas atividades comerciais e industriais do tipo urbano, mas sim baseado no trabalho dos pequenos produtores rurais, que deixam suas terras no processo de deslocamento populacional causado pelas invasões dos chamados povos bárbaros, transformando-se em servos dos grandes senhores feudais.

Neste período que vai até a Renascença Carolíngia (século IX), os mosteiros foram, além de um espaço de abrigo aos pobres e doentes, os centros de arquivamento e reprodução de todo o conhecimento dos povos antigos. Os padres eram médicos, enfermeiros, farmacêuticos, sem uma estruturação clara de atividades para cada especialidade, que tanto podia dividir a especialização nestas áreas do conhecimento, quanto as ações eram realizadas de acordo com as necessidades sem separação de conhecimentos ou tarefas. O surgimento das Universidades, a partir do século X e as grandes epidemias como a da Peste Negra, "que reduziu em 1/3 a população européia entre 1340 e 1360" (219), impulsionaram o desenvol

(218) SILVA, Graciete Borges da. Enfermagem profissional - análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986. p. 34-5.

(219) Ibidem. p. 37.

vimento da medicina que retornou a história clínica de Hipócrates concomitante com a influência religiosa dominante. A enfermagem não se estrutura como ofício na Idade Média, nem na Renascença, ficando suas atividades restritas ao campo do assistencialismo religioso.

O trabalho caritativo reconhecido por quase todos os historiadores da área da enfermagem, como importante precursor do trabalho de enfermagem não tinha uma diferenciação específica dentre as demais ações de saúde desenvolvidas pelas irmãs de caridade, padres, irmãos ou pelos jesuítas e demais ordens religiosas que atuaram no Brasil. Santa Hildegarda, dentre outras religiosas que atuaram entre o século VI e XI na Europa e se destacaram como precursoras da enfermagem, é citada por PAIXÃO, por ter desenvolvido na Alemanha, um trabalho de destaque no campo assistencial e que envolvia a experimentação, a sistematização dos resultados dos cuidados e da assistência prestada, envolvia também o cuidado, a terapêutica, o diagnóstico e a administração do cuidado.

"Escreveu sobre doenças do pulmão, verminose, icterícia e desintéria. Dava grande importância a água em sua terapêutica, recomendando aos doentes que a bebessem em quantidade, e às enfermeiras, que proporcionassem frequentes banhos a seus pacientes. Conta-se que conseguiu curas notáveis e que seus conhecimentos médicos sobrepujavam os dos homens mais notáveis do seu tempo" (220).

No Brasil, a história destaca o trabalho do franciscano, Frei Fabiano e do jesuíta, Padre Anchieta, na assistência

(220) PAIXÃO, W. Op. cit. p. 37.

cia de saúde no período colonial.

O Padre Anchieta trabalhou na Santa Casa do Rio de Janeiro, no século XVI, onde desenvolveu ações de "professor, médico e enfermeiro"⁽²²¹⁾, escreveu sobre os costumes indígenas, o clima, as doenças mais comuns, a terapêutica empregada e as plantas medicinais usadas por eles. Das ações de saúde desenvolvidas por Anchieta destaca-se o uso de talas de casca de árvore, ligaduras de cipó, ventosas de chifre de boi, ervas medicinais e antídotos contra veneno de cobras. Os jesuítas controlavam a administração da Santa Casa e delegavam trabalhos auxiliares a outros religiosos ou fiéis treinados.

A assistência prestada no Brasil pelos jesuítas e pelas irmãs de caridade nos hospitais e Santas Casas tinha essa característica exemplificada com o trabalho de Anchieta. A divisão técnica do trabalho não estava completamente estabelecida e este trabalho reconhecido como precursor do trabalho de enfermagem representou um tipo de assistência de saúde mais global e não só o que hoje se conhece como trabalho de enfermagem, que é homogeneamente o cuidado e administração da assistência. O que se verifica, com a atuação intra-institucional, é a organização do trabalho baseada na divisão de tarefas, sendo que o controle do funcionamento da instituição e do processo assistencial era feito por alguns indivíduos hierarquicamente superiores na escala da ordem religiosa ou por administradores leigos, de reconhecido poder econômico e de status na sociedade da época.

(221) Ibidem. p. 101.

6.1.2.2 - Voluntárias leigas:

Entre as voluntárias leigas, destacadas como vultos da história da enfermagem e precursoras do trabalho profissional encontramos, no século XVII, Francisca Sande e Ana Justina Ferreira Neri. Esta última nascida na Bahia em treze de dezembro de 1814, casada com um oficial do exército Imperial, viúva aos trinta anos, mãe de três filhos, sendo que dois eram médicos militares e um era oficial. Durante cinquenta e um anos de sua vida Ana Neri viveu dentro dos padrões típicos das mulheres brasileiras de sua época e do seu nível social, isto é, dedicada as atividades domésticas e cuidado dos filhos. Com a eclosão da Guerra do Paraguai (1864-1870), o Brasil, a serviço do imperialismo britânico, investe grande parte dos seus recursos humanos e materiais na guerra que a Tríplice Aliança empreende contra o Paraguai, país bastante desenvolvido para a época, no que diz respeito a estrutura social e as condições de vida do povo mas que não se prestava aos interesses expansionistas e exploradores do governo britânico.

É neste momento histórico que é gestado o papel de heroína e de vulto reconhecido na área de enfermagem para Ana Neri. Com a guerra e o destacamento de seus filhos para a frente de batalha, Ana Neri escreve uma carta ao presidente da província colocando seus préstimos a disposição do governo para auxiliar nos cuidados aos doentes nos campos de batalha e solicitando autorização para acompanhar os seus filhos e ao mesmo tempo servir a pátria. A solicitação foi feita no dia seis de agosto de 1865 e a autorização foi imediata, uma vez que sete dias depois a voluntária já em

barcou para o Rio Grande do Sul, de onde seus feitos, no campo do cuidado aos soldados feridos e da organização das instalações necessárias à esse atendimento, passaram para a história (222).

Este trabalho voluntário não teve qualquer aproximação com um trabalho de tipo profissional e sim foi motivado pelo espírito cristão caritativo e pelo sentimento cívico. Seu trabalho foi imortalizado para a enfermagem pelo reconhecimento oficial que o governo Imperial lhe fez ao retornar a sua terra natal, condecorando-a com duas medalhas humanitárias a de segunda classe e a de campanha e pela recuperação dos seus feitos pela enfermagem depois que esta se organiza como profissão no país.

A história da heroína brasileira assemelha-se a de Florence Nightingale que, na Inglaterra, marca definitivamente o setor saúde estruturando uma nova profissão que se ocupará do cuidado aos indivíduos e coletividades e da administração do espaço assistencial. As semelhanças estão: no reconhecimento governamental e social do valor do trabalho hoje conhecido como trabalho de enfermagem; por ter sido um trabalho desenvolvido por mulheres pertencentes a parcela mais privilegiada da sociedade; por suas atividades assistenciais em período de guerra mas as diferenças entre a história das duas mulheres também eram relevantes. Ana Neri não passou por qualquer tipo de treinamento profissional e o reconhecimento de seu trabalho não teve conseqüências a médio

(222) - PAIXÃO, W. Op. cit. p. 110.

- _____ . Ana Neri e o ano internacional da mulher. Enfermagem em Novas Dimensões. 1(5):223-8, nov./dez. 1975.

- GERMANO, R.M. Op. cit. p. 24-6.

prazo para a estruturação da profissão de enfermagem. ; Flo
rence, ao contrário tinha realizado estágios nas instituições
francesas e alemãs (que contavam com um serviço de enferma
gem organizado para o treinamento de pessoal para o exercí
cio deste tipo de atividade) antes de participar como volun
tária na guerra da Criméia e, ao retornar, inicia o proces
so que culmina com a estruturação da enfermagem enquanto
profissão, criando um modelo que se expandiu em todo o mun
do.

6.2 - A Enfermagem Profissional:

Para entender o contexto de surgimento da enfermagem
estruturada como profissão da área da saúde, acredito ser
necessário apontar alguns marcos da história do mundo oci
dental que acabam por determinar a realidade dos anos ses
senta do século XIX, na Inglaterra, de onde a nova profes
são estrutura suas bases e as exporta, influenciando todo o
mundo ocidental.

6.2.1 - O surgimento da enfermagem como profissão no mundo:

O apogeu do imperialismo medieval foi marcado pelas
Cruzadas. Em nome da libertação da Terra Santa para os cris
tãos, a igreja católica empreendeu e apoiou inúmeras guer
ras contra os turcos que dominavam a Palestina. As Cruzadas
tiveram um cunho religioso, econômico e político, contri
buindo para a deterioração do modo de produção antigo e
propiciando a apropriação de grandes extensões de terra e a

instituição da servidão necessárias para o surgimento do modo de produção feudal (223).

O princípio do século XIV, marca o fim da expansão da economia feudal, onde vários fatores, dentre eles a Reste Negra e a Guerra dos Cem Anos contribuíram para acelerar a deterioração do modo de produção feudal produzindo "escas^zez de mão-de-obra, queda na produção e no consumo" (224). A partir do século XV as forças produtivas foram impulsionadas com os descobrimentos marítimos, e com a revolução agrícola e comercial (aperfeiçoamento do sistema de crédito e bancário, de^{cl}ínio da organização corporativa, aumento das riquezas mi^{nerais} vindas das colônias da América). As riquezas acumuladas neste processo propiciaram a grande expansão industrial dos séculos XVII e XVIII (225).

Este momento de transição para o capitalismo também é marcado por mudanças no âmbito do político e da produção intelectual e cultural. Há um enfraquecimento da nobreza feudal e a constituição dos estados-nação, de governos absolutos, em contraposição a descentralização política da sociedade feudal, numa aliança entre a burguesia e aristocracia até que, em fins do século XVII, a burguesia constitui-se a classe economicamente dominante em quase todos os países da Europa ocidental. No campo da produção intelectual, verifica-se o retorno ao espírito questionador dos clássicos da antiguidade, o Renascimento (século XIV a XVII), onde os ideais de glorificação do humano e do natural, se opõe a

(223) SILVA, G.B. da. Op. cit. p. 36-8.

(224) Ibidem. p. 43.

(225) Ibidem.

subordinação ao divino e sobrenatural. O desenvolvimento intelectual neste período foi intenso em praticamente todos os campos do conhecimento. No campo da saúde foi descoberto o microscópio (1673) que possibilitou inúmeros avanços na histologia e na fisiologia; Jenner descobriu a vacina anti variólica (1796); várias doenças foram descobertas como a pneumonia, a litíase biliar e a meningite, bem como foram inventados instrumentos para uso clínico⁽²²⁶⁾.

A medicina européia já está estruturada como uma profissão reconhecida e institucionalizada na sua formação universitária e na prática hospitalar. E a teoria biologicista é o paradigma teórico dominante. A enfermagem que teve algum desenvolvimento na era cristã, fazendo parte da assistência caritativa prestada por monges e ordens religiosas femininas, vive na transição para o capitalismo um período de decadência (de 1500 a 1860) não acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico que se deu nos demais campos do conhecimento. Alguns acontecimentos históricos tem sido apontados como a causa desta interrupção no desenvolvimento das atividades que posteriormente se estruturarão como específicas da profissão de enfermagem, são eles: a Reforma Protestante, a decadência da organização cristã dos mosteiros e instituições caritativas e a transformação do hospital num espaço terapêutico e de ensino⁽²²⁷⁾. Essa mudança, dos valores cristãos de auto-ajuda como forma de purificação da alma em busca dos benefícios divinos e de vida sim

(226) - Ibidem. p. 43-6.

(227) - PAIXÃO, W. Op. cit. p. 53-5.

- SILVA, G.B. da. Op. cit. p. 46-7.

ples sem acumulação de riquezas, para os novos valores protestantes fundados na busca dos benefícios terrenos, valorizando o esforço individual para conquistar ascensão social e glorificando os bem sucedidos na vida profissional e material, entendendo-os como o grupo selecionado por Deus, ocorreu como parte do processo de ascensão social da burguesia, como classe economicamente dominante, e de desenvolvimento das forças produtivas que gerou a Revolução Industrial e o capitalismo como modo de produção hegemônico.

Os hospitais agora são um espaço terapêutico e não mais caritativo de abrigo aos pobres e mantidos pela Igreja Católica. O estado capitalista emergente não assume as políticas sociais como tarefa e o trabalho de cuidado aos doentes e de administração do espaço hospitalar fica, principalmente na Inglaterra, berço do capitalismo e do anglicanismo, relegado ao plano das não prioridades, empregando para o desenvolvimento deste trabalho as mulheres das classes pobres que tinham sido excluídas da indústria e as marginalizadas pela sociedade da época, apontadas como bêbadas e prostitutas⁽²²⁸⁾.

Na saúde a prioridade é o modelo médico, biologicista; fundado na teoria microbiana, o cuidado é algo auxiliar, complementar mas não prioritário. No campo da enfermagem um fato vem propiciar uma revisão na necessidade deste tipo de trabalho, que são as guerras coloniais empreendidas pela Inglaterra contra os povos da Índia e especialmente na guerra da Criméia onde constata-se altos índices de mortalidade

(228) - SILVA, G.B. da. Op. cit. p. 47.
- PAIXÃO, W. Op. cit. p. 53-5.

dos soldados ingleses comparativamente aos russos e franceses. A diferença estava na qualidade do cuidado recebido pelos feridos e na estrutura funcional dos hospitais de guerra e não no tipo de assistência médica.

Florence Nightingale, nascida em Florença, em 1820, membro de uma família rica da sociedade inglesa, teve uma formação ampla, dominando o grego e o latim, falava diversas línguas e tinha bons conhecimentos de matemática. Desde cedo mostrou-se interessada pelo cuidado aos doentes, aos 24 anos tentou realizar estágio em um hospital inglês o que não lhe foi permitido pela família devido a má reputação do trabalho conhecido como de enfermagem e desenvolvido nestes hospitais. Florence, continuou interessada neste tipo de atividade e consegue, em 1851, realizar um estágio de três meses em Kaiserswerth, na Alemanha, numa instituição que procurava reviver naquele país o trabalho de assistência caritativa aos pobres e doentes prestados pelas diaconissas na Idade Média. Depois, fez algumas semanas de estágio com as irmãs de caridade na França além de inúmeras viagens na Inglaterra, Alemanha, França e Itália, analisando o trabalho reconhecido como de enfermagem e publicando artigos comparativos da situação dos diversos países⁽²²⁹⁾.

O começo da guerra da Criméia em 1854, trouxe notícias na imprensa inglesa do alto índice de mortalidade dos soldados ingleses abandonados nos hospitais ingleses improvisados. Florence que era amiga do Ministro da Guerra, ofereceu seus préstimos e conseguiu autorização para organizar

(229) PAIXÃO, W. Op. cit. p. 66-7.

os hospitais de guerra ingleses. O seu trabalho resulta em mudança do índice de mortalidade entre os soldados de 40% para 2%⁽²³⁰⁾. É reconhecida, oficialmente pelo governo ao retornar a Inglaterra e continua servindo a administração inglesa, como consultora para os assuntos da organização hospitalar de guerra. De volta à Inglaterra cria a escola de formação de enfermeiras, no Hospital São Thomas, em 1860, instituindo assim o ensino de enfermagem e estabelecendo as bases para a estruturação do trabalho desenvolvido neste campo específico do saber e da prática de saúde como uma nova profissão. A enfermagem profissional ou moderna⁽²³¹⁾, nasce sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro dos seus preceitos, isto é, basicamente dentro do espaço institucional hospitalar já organizado dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho.

A enfermagem nightingaleana, foi estruturada dentro dos seguintes princípios: formação em escola própria, dirigida por enfermeiras e anexa a um hospital no qual as alunas aprendem as práticas da enfermagem bem como tomam conta da assistência prestada pelo hospital; seleção rigorosa das alunas que devem ser do sexo feminino e dotadas de valores "morais, físicos, intelectuais e de aptidão profissional"⁽²³²⁾ dentro dos padrões considerados de melhor qualidade

(230) PAIXÃO, W. Op. cit. p. 70.

(231) "Enfermagem Profissional" - aqui refere-se ao trabalho de enfermagem sistematizado através do ensino, com características próprias, reproduzido nas escolas sob controle dos próprios enfermeiros e regulado por regras definidas.

(232) PAIXÃO, W. Op. cit. p. 73.

para aquela sociedade; ensino metódico com fundamentação de anatomia, fisiologia, formação na forma de internato, isto é, as alunas vivem na escola como um espaço de convivência e de formação dos valores morais e de condura ascética e caridosa; instituição de formas organizativas das ex-alunas a fim de normatizar o exercício profissional, preservar os princípios básicos da profissão e divulgar os conhecimentos produzidos; fundamentar as alunas para o exercício do cuidado aos enfermos e necessitados, para a manutenção administrativa do espaço hospitalar e para o ensino em enfermagem; formar alunas para o trabalho do tipo manual (as nurses - originárias das camadas pobres da sociedade) e outro grupo de alunas para o trabalho intelectual - ensino e administração hospitalar e do cuidado e difusão dos princípios nightingaleanos (as lady-nurses, originárias das camadas mais privilegiadas) (233).

A enfermagem nightingaleana se difunde por todo o mundo ocidental influenciando decisivamente na estruturação da nova profissão. O processo de firmar-se como profissão organizada sob controle e princípios próprios, utilizando os conhecimentos das demais áreas da ciência já acumulados pela humanidade e produzindo saber no campo da saúde é ainda hoje, mais de cem anos depois da sua estruturação dentro dos moldes de uma profissão organizada, motivo de conflito e disputas no setor saúde.

(233) - ALMEIDA, M.C.P. de. Op. cit. p. 42-3.
- SILVA, G.B. da. Op. cit. p. 52.

6.2.2 - A enfermagem profissional no Brasil:

Os antecedentes internacionais servem, neste estudo, de referência para entender as semelhanças e as especificidades do fenômeno de surgimento da enfermagem profissional no Brasil e por isso precederam e introduziram a análise da realidade brasileira. Já discuti anteriormente os precursores do trabalho da enfermagem, o contexto político-econômico estrutural brasileiro e as políticas sociais e de saúde dele emergentes, ensaiando assim a delimitação do momento que a profissão emerge em nosso país.

6.2.2.1 - As primeiras escolas para formação de pessoal de enfermagem no Brasil:

A primeira escola de formação de pessoal de enfermagem que encontramos registrada é a Escola Alfredo Pinto, fundada em 1890, sob a direção de médicos que atuavam na área da psiquiatria.

Apontarei alguns dados históricos a fim de permitir o entendimento do contexto social e sanitário do surgimento desta primeira instituição para formação específica no âmbito da enfermagem.

6.2.2.1.1 - Escola Alfredo Pinto:

O surgimento do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil é o resultado de intensa denúncia dos médicos e da Academia Nacional de Medicina das condições do atendimento médico recebido pelos doentes mentais nos cubículos a eles reservados existentes nas Santas Casas e faz parte do projeto normatizador dos médicos para a sociedade oitocentista (234). O discurso médico é assumido pelo estado imperial,

(234) MACHADO, R. et alii. Op. cit. p. 423-9.

materializado no projeto de José Clemente, Ministro da Guerra. O hospital para loucos representa a necessidade da sociedade da época de criar espaços específicos para os perturbadores da ordem como os bixigentos, os tuberculosos, os leprosos, os loucos⁽²³⁵⁾.

Para atender esta necessidade, em 1841, o Imperador Pedro II, pelo Decreto nº 82, cria no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II. O local escolhido foi uma chácara na Praia Vermelha que tinha condições precárias para o funcionamento de um hospital de assistência a doentes mentais e que manteve o atendimento aos doentes nos moldes da repressão aos marginalizados da sociedade, muito mais do que em moldes terapêuticos⁽²³⁶⁾. Esta situação do atendimento aos doentes mentais no Brasil assemelha-se ao do tipo instituído pela sociedade medieval ocidental.

O Brasil pretende organizar o espaço do hospital psiquiátrico nos moldes do organizado por Pinel e Esquirol, na França, mas sem passar por um debate no seio da sociedade brasileira, como ocorreu com a sociedade francesa⁽²³⁷⁾.

Na tentativa de atender a este projeto, em 1842, teve início a construção do Hospício Nacional de Alienados, em terreno próximo ao do Hospício Pedro II. Construído o novo prédio, em 1890, o Hospício Pedro II passa a chamar-se Hospício Nacional de Alienados e a funcionar independente da Santa Casa do Rio de Janeiro, anexando ao Hospício as co

(235) Ibidem. p. 426.

(236) COSTA, Zélia Sena. Curso de enfermagem da UNI-RIO. Rio de Janeiro, 1984. mimeo. p. 5.

(237) MACHADO, R. et alii. Op. cit. p. 428.

lônias de alienados da Ilha do Governador, instituindo as sim a assistência médico-legal aos doentes mentais⁽²³⁸⁾. O novo diretor geral da instituição, Dr. João Carlos Teixeira Brandão, estabeleceu as seguintes modificações na institução: "1 - criação da seção masculina, cuja vigilância ficou sob a responsabilidade dos 'guardas' e 'enfermeiros'; 2 - dispensou as irmãs de caridade, até então responsáveis pelo Serviço de Enfermagem e pela administração interna do Hospício, as quais sentindo-se diminuídas em sua autoridade, em função do novo sistema, resolveram abandonar o Hospício"⁽²³⁹⁾.

As modificações foram o resultado das críticas dos médicos em relação ao trabalho prestado pelas irmãs de caridade, as quais eram acusadas de colaborar e acorbertar os maus tratos sofridos pelos doentes por parte dos "guardas" e "enfermeiros" da instituição⁽²⁴⁰⁾. As modificações também foram justificadas pelos valores morais dos médicos que acreditavam que a assistência prestada por mulheres aos doentes do sexo masculino provocava estímulo a excitação sexual⁽²⁴¹⁾.

A saída das irmãs, levando consigo as serventes do sexo feminino, fez com que não houvesse pessoal disponível para realizar as atividades de cuidado e administrativas da assistência e da instituição de uma forma geral, levando os médicos a organizarem uma escola para formação de pessoal

(238) COSTA, Z. S. Op. cit. p. 6.

(239) Ibidem. p. 6.

(240) MACHADO, R. et alii. Op. cit. p. 456-72.

(241) PONTES, Clélea de. Contribuição à história da enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. A pioneira das Escolas de Enfermagem do Brasil. Rev. Bras. Enf., 24(3-4):199-214, abril/jun. 1971.

de enfermagem para atuar no espaço deixado pelas irmãs e preparar os guardas e serviçais do hospício para uma atividade profissional específica, ainda inexistente no país mas já estruturada na Inglaterra e em outros países, após a emergência da enfermagem nightingaleana. A França, tinha organizado um sistema de formação de pessoal de enfermagem baseado no modelo religioso e caritativo, anterior e institucionalização do modelo nightingaleano ao qual só aderiu após a Primeira Guerra (1914-1918), pela relação estabelecida entre enfermeiras inglesas e francesas. O modelo da escola que foi criada no Brasil, pelo Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890, foi baseado no da Escola Salpêtrière francesa a qual também forneceria enfermeiras francesas para atuar na instituição⁽²⁴²⁾.

A escola criada no Brasil tinha o nome de "Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras" e tinha como objetivo explícito, descrito no artigo nº 1 do decreto nº 791 o de "preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e os hospitais civis e militares"⁽²⁴³⁾. A determinante imediata da criação da escola foi a crise causada pela saída abrupta das irmãs de caridade e a necessidade de pessoal iniciado no ramo do cuidado e da administração mas, agora, não mais independente e com poder para determinar o tipo de assistência e os rumos da instituição e sim, um pessoal dotado de alguma qualificação profissional mas controlado e

(242) Apesar da bibliografia consultada sobre o assunto citar que viam enfermeiras francesas para atuar no Hospício Nacional de Alienados, não encontrei registro da atuação destas enfermeiras no Brasil ou na instituição citada.

(243) BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Serviços de Saúde Pública. Op. cit. p. 26.

formado para o exercício de parcela do ato de saúde sob con trole médico. O objetivo explícito no decreto mostra que o objetivo dos médicos e aceito pelo poder republicano recém instituído, era mais amplo do que atender a necessidade ime diata daquela instituição; a pretensão era formar esses no vos profissionais "enfermeiros e enfermeiras" através de uma escola controlada pelos médicos, dando continuidade a institucionalização do poder médico como elemento central da assistência de saúde já garantido pela regulamentação ofi cial do ensino da medicina.

O fenômeno da crise da saída das irmãs, assemelha-se ao fenômeno ocorrido na Europa, alguns séculos antes, e que determinou o período conhecido como período crítico da en fermagem, onde o modelo caritativo entra em decadência com o desprestígio do cristianismo e a emergência dos valores do protestantismo.

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, pelo decreto que a criou, contava com um curso ministrado pelos médicos do hospício auxiliados pelos "internos e inspe tores" nas visitas as enfermarias⁽²⁴⁴⁾. A direção, a estru tura básica e o corpo docente da escola não foi especifica do no decreto, o qual definiu o currículo do curso e os cri térios para o ingresso dos alunos. O currículo constava de: 1º) noções práticas de propedeutica clínica; 2º) noções ge rais de anatomia, physiologia, higiene hospitalar, curati vos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas catego rias de enfermos e aplicações balneotherapicas; 3º) adminis

(244) Ibidem. p. 26.

tração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias" (245). E, para ser admitido no curso, o pretendente deveria ter, no mínimo, 18 anos; saber ler e escrever corretamente além de conhecer noções de aritmética elementar e apresentar atestado de bons costumes. A duração do curso era de dois anos e ao final o aluno recebia um diploma do Diretor Geral da Assistência Médico-Legal de Alienados.

A escola passou por inúmeras dificuldades financeiras e organizativas por várias décadas e viveu por longo tempo a contradição entre o objetivo explícito de formar enfermeiros e enfermeiras para hospícios e hospitais e o objetivo imediato de resolver o problema da assistência do Hospício Nacional de Alienados. Como se pode verificar, dentre outros fatos, pelas modificações ocorridas após um período de crise da escola e instituídas após a sua inauguração oficial em 16 de fevereiro de 1905, a saber:

- O novo currículo da escola que modifica o anterior, institui conteúdos básicos de: anatomia, fisiologia, farmácia e administração de medicamentos, higiene, noções gerais de patologia, prática administrativa e disciplina além de cuidados e tratamentos dos alienados (246). Portanto, direcionando os cuidados e tratamento aos doentes mentais e não aos doentes de forma geral, como seria necessário para atuarem nas diversas áreas da assistência de saúde do campo hospitalar, como consta do objetivo da Escola;

- E, a relação dos alunos, os quais eram basicamente,

(245) Ibidem. p. 26.

(246) PONTES, C. de. Op. cit. p. 202.

oriundos do Hospício Nacional de Alienados.

Em 1923, outra iniciativa governamental no campo da estruturação profissional da enfermagem no Brasil surgiu, independente da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, mesmo emergindo do mesmo Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, a Escola de Enfermeiras D. Ana Neri se estrutura sob o modelo nightigaleano e, em 1931, é considerada oficialmente como escola-padrão servindo de base para a equiparação dos cursos no gênero do país. A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto com a reforma de 1921, continuou até esta época anexa ao Hospício e não foi equiparada a escola-padrão. Verifica-se que o governo estabelece leis e decretos e ele mesmo não os cumpre. As duas iniciativas de profissionalização da enfermagem, em moldes diferentes, convivem até 1959, quando, somente então, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto é equiparada e enquadrada na legislação que norteava o ensino da enfermagem no Brasil.

6.2.2.1.2 - Escola da Cruz Vermelha:

A Cruz Vermelha é uma instituição do tipo universal, criada pelo suíço Henri Dunant em 1863, inicialmente como "Comitê Internacional da Cruz Vermelha" e depois "Cruz Vermelha", com o objetivo de organizar instituições do tipo em todos os países a fim de promover a solidariedade entre os homens e a auto-ajuda contra o sofrimento e a morte, sem qualquer tipo de discriminação.

O caráter da instituição é claramente caritativo, do tipo das instituições cristãs de auxílio aos marginalizados

e desprivilegiados socialmente. A enfermagem que teve a sua origem básica neste tipo de assistência caritativa é um campo de atuação da Cruz Vermelha em diversos países, onde mantém cursos de formação de pessoal de enfermagem e de voluntários (247).

A Cruz Vermelha Brasileira foi fundada em 1908 com o auxílio da Sociedade de Medicina e o seu primeiro presidente foi Oswaldo Cruz, já reconhecido pelas suas realizações sanitárias. Em 1912 a Cruz Vermelha Brasileira é reconhecida internacionalmente e esteve representada na 9a. Conferência Internacional de Genebra. Em 1916 o grupo feminino da Cruz Vermelha inicia um curso para preparar voluntárias para atender as emergências na 1a. Guerra Mundial, neste mesmo ano a Cruz Vermelha cria também a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, subordinada ao Ministério da Guerra com o objetivo de preparar enfermeiras, em cursos de dois anos de duração. Com o Decreto nº 21141/32, que regulamenta a organização do quadro de enfermeiras do exército e determina as condições de funcionamento dos cursos de enfermagem dos hospitais e estabelecimentos militares, estende aos cursos da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha as mesmas disposições, no que diz respeito a concessão de diplomas e de fiscalização do ensino (248). Assim, além do curso de formação de enfermeiros e enfermeiras da Escola Alfre

(247) PAIXÃO, W. Op. cit. p. 97-100.

(248) - CARVALHO, Amália Corrêa de. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. São Paulo, 1972. p. 26. Tese de doutoramento apresentada a Escola de Enfermagem da USP.
- BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Serviços de Saúde Pública. Op. cit. p. 91-2.

do Pinto, os cursos que formam os enfermeiros sob o controle da Cruz Vermelha e, também, do exército brasileiro, não seguem os padrões estabelecidos pelo Decreto nº 20109/31, que regulava o exercício da enfermagem no país, bem como estabelecia os critérios para a equiparação das escolas de enfermagem⁽²⁴⁹⁾. A Cruz Vermelha Brasileira estrutura cursos de formação de voluntárias em diversos estados, além da Escola do Rio de Janeiro.

6.2.2.1.3 - Cursos de formação de enfermeiros do exército:

Os hospitais militares, existem, no Brasil, desde o século XVII, e o trabalho de saúde desenvolvido nestes estabelecimentos caracterizado como trabalho de enfermagem, só aparece regulado em lei em 1921, tratando da formação de pessoal de enfermagem para atuar nos hospitais do exército. Os cursos ministrados nos hospitais militares são considerados como idôneos, pelo governo que admite que formem enfermeiros sem cumprir os princípios do modelo da Escola Ana Neri. Não farei uma análise da legislação que regula a formação e o exercício dos enfermeiros do exército, por fugir do objetivo central deste trabalho, apesar de entender que esta análise forneceria elementos importantes para a compreensão da hierarquia e das relações de poder dentro de profissão e no setor saúde.

6.2.2.2 - A Escola Ana Neri:

Inicialmente aponto alguns dados e fatos que explicam o momento político-econômico-social brasileiro que pro

(249) CARVALHO, A.C. de. Op. cit. p. 26.

piciou o surgimento da enfermagem nightingaleana.

A Escola de Enfermeiras D. Ana Neri, surge no Brasil em 1923, e representa um marco fundamental na história da estruturação da enfermagem como profissão, organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e estabelecendo as normas que regulam o seu exercício profissional. A institucionalização do trabalho dos práticos e as iniciativas governamentais de institucionalização da profissão de parteiras e as primeiras escolas de formação de pessoal de enfermagem apesar de, sem dúvida nenhuma, representarem a institucionalização do trabalho de cuidado aos doentes e de administração do espaço hospitalar, ainda representam um passo no que veio, a partir de 1923, a ser conhecido como um ramo do saber e do trabalho de saúde, estruturado sob o signo de uma nova profissão no setor - a enfermagem profissional ou enfermagem moderna.

As primeiras escolas do campo da saúde representaram a estratégia médica e governamental de estabelecer regras de formação e de exercício da prática dos exercentes das ações de saúde de modo que a autonomia, antes existente, fosse substituída pelo controle do governo e da categoria médica, que se estrutura para ser a hegemônica do setor e que atua dentro do aparelho de estado servindo aos governantes e as necessidades de intervenção no espaço urbano e familiar para formar os indivíduos domesticados necessários ao estado. Os médicos se estruturam como intelectuais orgânicos da classe dominante trabalhando para criação das condições higiênicas do meio ambiente e de respeito as insti

tuições, necessárias para a implantação do capitalismo e para a convivência social no espaço urbano, de modo a manter as desigualdades de poder e de propriedade.

O aumento da população exige um número maior de profissionais para prestar assistência, bem como é necessário estruturar mais campos de conhecimentos que sistematizem a reflexão sobre a prática e reproduza novos conhecimentos típico da divisão técnica do trabalho.

A Escola Ana Neri, surge como marco de estruturação da nova profissão de enfermagem, num momento em que o estado brasileiro emergente institui as suas primeiras políticas no campo da saúde baseadas em diretrizes definidas e coordenadas por órgãos de saúde especificamente constituídos para o fim de instituir, coordenar e executar ações de saúde de cunho coletivo. A estruturação de órgãos de saúde, a nível nacional e nos estados, começa a se dar no século XIX mas só no início do século XX surge o Departamento Nacional de Saúde Pública que representa a organização estatal que vai dar origem ao Ministério da Educação e Saúde e depois ao Ministério da Saúde. As políticas de saúde emanadas deste órgão eram as de controle das grande endemias e epidemias que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao pleno desenvolvimento do comércio internacional.

O Brasil do início do século XX, sustenta-se politicamente no setor agrário-exportador cafeeiro e sofre, na década de 20, as conseqüências da crise do capitalismo internacional, constituindo assim as condições para a mudança da organização da economia brasileira nos moldes da expansão do mercado capitalista internacional. Outro fato

que permitiu a estruturação da economia brasileira nos moldes capitalistas foi o fim do trabalho escravo e o surgimento do trabalho assalariado, constituindo assim um amplo mercado interno necessário à organização da economia em bases empresariais capitalistas. A vinda de operários europeus, no final do século passado e no início deste, muito contribuiu para a constituição da classe operária brasileira que entra no cenário político nacional constituindo organizações próprias, as Sociedades do Socorro e Auxílio Mútuo e as Uniões Operárias. As organizações operárias sustentam movimentos reivindicatórios amplos e conquistam vitórias importantes para a classe operária.

A década de vinte, deste século é um momento de efervescência das lutas operárias que reivindicavam melhores condições de vida e pressionam o governo por políticas sociais e equipamentos urbanos adequados. Do âmbito da classe operária também se originam pressões no sentido do governo promover assistência aos problemas de saúde. Neste momento, surge então o Departamento Nacional de Saúde Pública e o governo estatiza, em 1923, através da Lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que eram organizações assistenciais independentes dos trabalhadores, constituindo assim o nascimento da Previdência Social que sofre transformações ao longo dos anos, chegando à década de oitenta totalmente monopolizada pela tecnocracia e pela burocracia de estado.

6.2.2.2.1 - Antecedentes imediatos da criação da Escola:

Para promover o atendimento às grandes endemias e epidemias o governo contava com pouquíssimo equipamento de

saúde, com alguns médicos e nem um outro profissional qualificado, no setor saúde, capaz de promover medidas curativas e preventivas aos indivíduos e as coletividades e de constituir-se em um elo entre o médico do consultório e as famílias, elemento este necessário ao modelo de política médica implantado no país com as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz. A direção do então Departamento Nacional de Saúde Pública estava, em 1920, a cargo do Dr. Carlos Chagas, iminente médico e cientista brasileiro, reconhecido internacionalmente por seus feitos, dentre eles a descoberta do agente etiológico da doença transmitida pelo barbeiro e que passou a levar o seu nome - Doença de Chagas⁽²⁵⁰⁾. O doutor Carlos Chagas após visita aos serviços de saúde dos Estados Unidos da América, em 1921, tomou contato com o trabalho profissional de enfermagem, estruturado dentro dos padrões nightingaleanos, e entendeu ser este profissional da área da saúde o elemento necessário à estratégia governamental sanitária⁽²⁵¹⁾.

Carlos Chagas motivado pelo que viu nos EUA, solicitou ao International Health Board auxílio para criar um serviço de enfermeiras de saúde pública a fim de atender as necessidades prementes das diversas Inspetorias do Departamento⁽²⁵²⁾. A International Health Board financiou todo o programa de implantação do Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública

(250) AGUINAGA, Hélio. Hospital São Francisco de Assis - História. Rio de Janeiro, Companhia Brasileira de Artes Gráficas, 1977. p. 56-62,

(251) PARSONS, Ethel. A enfermagem moderna no Brasil. In: Exposições e relatórios. Rio de Janeiro, UFRJ, 1927. (Acervo histórico da Escola de Enfermagem da UFRJ - Escola Ana Neri).

(252) *Ibidem*. p. 201.

blica e a criação de uma escola, organizada nos moldes das escolas americanas que utilizavam o modelo nightingaleano, mesmo mantendo a contradição de preparar as enfermeiras dentro das enfermarias hospitalares para o trabalho de saúde pública. Atendendo a solicitação do diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública à Fundação Rockefeller enviou para o Brasil, neste mesmo ano, a enfermeira Ethel Parsons para avaliar a situação da enfermagem no país e apresentar a solução adequada. O plano para a organização da enfermagem foi traçado por Mrs. Parsons e pelo Dr. Carlos Chagas, no qual ficou estabelecido que era necessário a implantação de uma escola moderna, nos moldes americanos, para formar enfermeiras diplomadas e estabelecer medidas para preparar as visitadoras do DNSP. Estas últimas foram contratadas, em janeiro de 1921 com o objetivo de exercer vigilância no domicílio dos casos de tuberculose⁽²⁵³⁾. E, foram treinadas em caráter emergencial pelos médicos do departamento, o que foi insuficiente para que o seu trabalho atingisse os objetivos do Departamento, necessitando de aperfeiçoamento, o que deveria ser feito, então, pelas enfermeiras diplomadas.

6.2.2.2.2 - A escola de enfermeiras e o serviço de enfermeiras do DNSP:

Para atender os dois objetivos traçados por Mrs. Parsons e por Carlos Chagas foi criado, em 1922, o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, no mesmo nível das Inspetorias e Hospitais existentes, que cor

(253) FRAENKEL, Edith. Histórico do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Annaes de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2(4):14-6, out. 1934.

respondiam as estruturas básicas de saúde existentes, e diretamente subordinados ao diretor geral, cargo correspondente ao de Ministro da Saúde da época. O serviço cooperaria com todas as Inspetorias nos assuntos relativos a enfermagem. Os documentos de enfermagem registram que esta estrutura centralizada à nível nacional, diretamente subordinada a direção geral, surgiu pela primeira vez no Brasil, uma vez que em outros países este tipo de estrutura só era encontrada no nível dos estados. E, que este fato foi bastante positivo para a profissão à nível internacional⁽²⁵⁴⁾. Esta característica mostra o prestígio que a nova profissão tem no momento de sua emergência, pois todos os demais órgãos vigentes na estrutura da instituição, no mesmo nível que o Serviço de Enfermeiras, eram órgãos centralizadores de programas e de instituições hospitalares e não existia órgãos correspondentes que centralizassem as atividades das demais profissões do setor saúde, já organizadas no campo do ensino e da legislação profissional. Este fato pode ser explicado pela forma e pelo momento histórico que surge a profissão, isto é no bojo das necessidades de implantação e expansão do capitalismo as quais a prática da enfermagem de saúde pública serviria, além de que as características ideológicas da profissão de submissão e servilidade ao estado e aos médicos não representavam ameaça a ordem vigente.

Para formar as enfermeiras para atuar no Serviço, era necessário uma escola, uma vez que não existia escola

(254) - PARSONS, E. Op. cit. p. 202.
- FRAENKEL, R. Op. cit. p. 9.

profissional do tipo nightingaleano na América Latina, exceto em Cuba, e um hospital para desenvolver o ensino. Para ser o hospital-ensino da enfermagem, foi remodelado o Asilo São Francisco de Assis que passou de albergue de mendigos a hospital. O asilo foi totalmente remodelado e foi criada uma escola para formação de enfermeiras, anexa ao hospital. O diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, novamente pediu auxílio a Fundação Rockefeller, que enviou uma missão de enfermeiras americanas, selecionadas e contradas para auxiliar na organização da escola e para chefiarem o serviço de enfermagem sanitária, até poderem ser substituídas por brasileiras formadas.

Para a implantação da escola, foi alugada uma casa contígua ao hospital para servir de residência das alunas que ficavam em regime de internato durante o curso. Foi feito um trabalho de divulgação e recrutamento das moças brasileiras das famílias de elite, com o intuito de firmar a nova profissão dentro dos moldes nightingaleanos.

Os requisitos para fazer o curso eram: ser mulher; ser diplomada por uma Escola Normal ou ter estudos equivalentes; apresentar um atestado firmado por médico da Saúde Pública avaliando as condições de saúde física, mental e ausência de defeitos físicos da candidata; ter entre 20 e 35 anos; apresentar referências de boa conduta, sendo que seria levado em consideração a experiência da candidata em direção de casa, no serviço educativo e comercial ⁽²⁵⁵⁾.

(255) PARSONS, Ethel & CHAGAS, Carlos. A enfermeira moderna - appello as moças brasileiras. Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas da Inspetoria de Demographia Sanitária, Educação e Propaganda, 1923, p. 7-8.

A profissão era portanto dirigida às moças brasileiras, convocadas para servir aos doentes e a pátria.

Os organizadores da nova profissão pretendiam romper com o estigma social do trabalho de enfermagem existente no Brasil, que correspondia, no seu entendimento, ao conceito que os ingleses tinham deste trabalho, antes de Florence Nightingale⁽²⁵⁶⁾. E, para isso recrutavam moças das famílias de elite e ofereciam salários correspondentes aos das demais profissões femininas da época. É importante perceber que apesar dos apelos e da preocupação em profissionalizar estas atividades de cuidado aos doentes, de forma independente como campo específico da prática e do saber de saúde, essa profissionalização não veio para romper a hegemonia médica no setor, nem a hegemonia masculina na sociedade, pelo contrário, todos os seus princípios reafirmam sua organização para a submissão aos homens, aos médicos e ao estado. Como se pode ver pelo oferecimento de salários, que seriam os mais altos, mas dentro dos padrões pagos às mulheres e não relacionado os salários mais altos pagos aos profissionais brasileiros de uma forma geral. Esses princípios foram perfeitamente absorvidos pela enfermagem que em todos os artigos que falam do aspecto feminino da profissão, ressaltam o papel de mãe das enfermeiras, seu espírito caritativo e seu papel de administradora do lar, sem questionar porque

(256) PARSONS, E. Op. cit. p. 209.

este papel que lhe foi delegado ou o porque da diferença sa larial percebida por homens e mulheres trabalhadoras⁽²⁵⁷⁾.

O Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, ficou responsável pelo trabalho sanitário de todo o município do Rio de Janeiro absorvendo, sob sua res ponsabilidade, as visitadoras de higiene treinadas para o trabalho das diversas inspetorias, desenvolvendo um traba lho de vigilância sanitária global, exceto no campo das doenças venéreas, e não por programas como era a organi za ção do Departamento Nacional. As enfermeiras dividiram o mu nicípio em zonas e distritos, sendo cada zona dirigida por uma enfermeira - chefe americana, e cada distrito por uma vi sitadora de higiene. Face a necessidade de treinamento ur gente destas visitadoras, já contratadas pelo Departamento, as enfermeiras americanas deram um curso de emergência, de seis meses, que formou 29 das 44 alunas. As visitadoras que fizeram o curso, receberam um certificado em caráter precá rio, com o compromisso do Departamento de substituí-las por enfermeiras diplomadas na medida que a escola formasse as alunas do curso regular que era de dois anos e quatro meses inicialmente. As visitadoras diplomadas em caráter precário teriam direito de ingressar na escola para completar os es

(257) Os textos abaixo relacionados mostram bem essa absorção da ideologia dominante.

- PARSONS, E. & CHAGAS, C. Op. cit.
- CELSO, Maria Eugenia. Hymno da enfermeira. A lâmpada - Órgão Oficial da Associação de Alumnas da Escola Ana Neri. Rio de Janeiro, 1(1):4, Jun. 1936.
- AS PIONEIRAS. Rio de Janeiro, UFRJ, 1925. (Publicado pelas alunas da classe diplomada em 1925, da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.

tudos. Foram feitos mais três cursos de treinamento de visi
tadoras, sendo que o último foi feito em 1924 e teve a dura
ção de 10 meses ⁽²⁵⁸⁾. O objetivo das enfermeiras americanas
era dar uma formação, dentro dos padrões dos EUA e não dar
cursos de emergência, pois era necessário introduzir no
país outro padrão da profissão, diferenciado do existente
atê então, e que formasse enfermeiras capacitadas para subs
tituir as americanas na direção da escola e no Serviço de
Enfermeiras.

A escola teve, desde o início, grande prestígio. Mui
tas candidatas procuraram a escola, de modo que no final do
ano de 1926, tinham sido formadas 35 enfermeiras, 14 na pri
meira turma (1925) e 21 na segunda (1926), pois o curso ti
nha duas entradas durante o ano. As alunas após formadas
foram absorvidas pelo serviço do Departamento Nacional,
substituindo totalmente as visitadoras no final do ano de
1926. As alunas que se destacaram no curso receberam bolsa
de estudos para cursos de aperfeiçoamento nos Estados Uni
dos. O mercado de trabalho era amplo e as solicitações de
enfermeiras diplomadas eram muitas, vindas dos departamen
tos estaduais de saúde pública; dos hospitais governamen
tais e particulares para chefiarem os serviços de enferma
gem ou organizarem escolas; além de solicitações de médicos
e famílias para cuidado de doentes particulares ⁽²⁵⁹⁾.

Em 1926, a Escola de Enfermeiras do Departamento Na
cional de Saúde Pública passou a se chamar Escola de Enfer
meiras D. Anna Nery, pelo Decreto nº 17.268/1926 e o curso

(258) FRAENKEL, E. Op. cit. p. 4.

(259) PARSONS, E. Op. cit. p. 207.

passou a ter a duração de dois anos e oito meses. Várias modificações foram sendo feitas nas instalações de ensino e de moradia mas a estrutura do curso continuou a mesma, isto é, com o ensino dentro do ambiente hospitalar, tendo por objetivo formar enfermeiras para atuar no campo da saúde pública e para o ensino. A administração do Hospital São Francisco de Assis, era feita pelas enfermeiras da missão americana e a assistência era feita pelas alunas do curso. O modelo era o inglês absorvido pelas americanas.

O Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, consolidou efetivamente o exercício profissional da enfermagem no país, nos novos moldes, ao tornar, a partir de agora, a Escola de Enfermeiras Anna Nery, em escola padrão, em relação a qual as escolas que formam enfermeiras diplomadas no país devem se equiparar para conseguir o poder legal de emitir diplomas⁽²⁶⁰⁾. O decreto estabelece também a permanência da Escola no Departamento Nacional de Saúde Pública, sem a incorporar na Universidade do Brasil, apesar de reconhecer, nos termos do decreto, que ela satisfazia os padrões técnicos encontrados nas Universidades de outros países.

Logo após a formatura das duas primeiras turmas de enfermeiras pela Escola Anna Nery, por incentivo das enfermeiras Ethel Parsons e Edith Fraenkel, um grupo de ex-alunas, em 1926, formou uma associação, que recebeu o nome de Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Esta forma organizativa, tem uma importância histórica fundamental por ser o embrião da principal forma organizativa dos enfermei

(260) FRAENKEL, E. Op. cit. p. 7.

ros brasileiros existente até hoje, que é a Associação Brasileira de Enfermagem, e por representar a primeira entidade organizativa da categoria. A criação da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas representou, também, a introdução no campo da enfermagem de mais um elemento fundamental na estruturação de uma profissão, ou seja, a existência de instâncias organizativas próprias que estabeleçam regras para o exercício profissional, promovam o intercâmbio de conhecimentos entre a categoria, além de ser o canal de expressão das necessidades da profissão.

A "Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas" é registrada em 1928, com o nome de "Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras", que emite o primeiro instrumento periódico de divulgação da profissão que é a Revista Brasileira de Enfermagem, publicada inicialmente com o nome de *Anaes de Enfermagem*, sendo que o primeiro número saiu em maio de 1932⁽²⁶¹⁾.

6.2.2.2.3 - A ideologia da enfermagem profissional e sua articulação da classe:

Assim nasce a enfermagem profissional brasileira, dentro do projeto sanitarista, importando o modelo das escolas e serviços de saúde americanos, para atender as necessidades do desenvolvimento capitalista internacional. Como podemos constatar, dentre outros fatos, pelos objetivos da Fundação Rockefeller a qual influenciou decisivamente na criação de condições para o surgimento da Escola Ana Neri.

(261) CARVALHO, Anayde Corrêa de. Associação Brasileira de Enfermagem 1926 - 1976. Brasília, Folha Carioca, 1976.

Dentre os objetivos da Fundação para a América Latina estava o de "criar as condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento capitalista" (262) atendendo aos interesses econômicos do grupo Rockefeller nos países desenvolvidos. A enfermagem se organiza, como a medicina, organicamente ao projeto da classe dominante do país. Além de servir ao seu projeto de implantação e estruturação, tira as mulheres do ambiente doméstico, como meta de vida, e as coloca no mercado de trabalho explorando ideologicamente os sentimentos cívicos de servir a pátria; o espírito de religiosidade, de caridade e altruísmo cristãos; garantindo a manutenção da figura do médico como elemento central da assistência em saúde e não questionando em nenhum momento o papel social que a nova profissão iria desempenhar. Os valores e a ideologia dominante foram absorvidas como sendo os valores e a ideologia da enfermagem. Como fica claro nas palavras das figuras eminentes da história da enfermagem e de médicos da época.

Mrs. Ethel Parsons, que dirigiu o Serviço de Enfermagem do DNSP, durante os dez anos que durou a missão das enfermeiras americanas no país, escreve que o Dr. Carlos Chagas:

"Com o mais alto idealismo, verdadeiro sentimento de patriotismo e uma clara visão das possibilidades no futuro desenvolvimento da profissão de enfermeiras no Brasil, resolveu ... que a Escola deveria ser estabelecida de acordo com os mais elevados e reconhecidos padrões do mundo. (...) Também previu que, para as moças brasileiras, seria essa uma oportunidade de um grande serviço a pátria, tendo ellas, pello allivio que trazem aos que soffrem, uma oportunidade de dedicação, que lhes traria mésse de satisfação ... espiritual" (263).

(262) GERMANO, R.M. Op. cit. p. 35.

(263) PARSONS, E. Op. cit. p. 203.

A mesma autora continua, e ao falar da camada social que pretendiam atingir para sensibilizar para o exercício da nova profissão, diz que:

"... por ser o projecto de uma Escola de Enfermeiras aventura nunca experimentada na América Latina, com excepção de Cuba. Interessar-se-iam sufficientemente as senhoras brasileiras, das melhores camadas sociaes, pela nova profissão A exaltação e a satisfação espiritual que cabem a uma enfermeira pela sua parte no allivio do sofrimento e na salvação de vidas, ainda lhes eram desconhecidas. Não havia negar que o preparo teria de ser penoso e exigente, pois que tratando-se de vida e de morte, o cumprimento rigoroso de uma disciplina, militar em conscienciosa exactidão, é necessário" (264).

As palavras de Edith de Magalhães Fraenkel, sobre a implantação da Escola, são também bastante elucidativas no que diz respeito a absorção da ideologia dominante:

"O plano grandioso do estabelecimento da enfermagem técnica no Brasil, não poderia ter sido levado avante sem o auxílio da benemérita Fundação Rockefeller. (...) A luta contra os preconceitos foi grande: as moças brasileiras desconheciam a nobreza da profissão, que nada tem de servil, e proporciona, além da independência econômica, a satisfação de ser útil e a oportunidade de trabalhar pelo grandecimento de nossa pátria" (265).

Na publicação de formatura das alunas da primeira turma da Escola Ana Neri, encontramos a seguinte citação que faz parte do "Juramento e Profissão de Fé das Enfermeiras Brasileiras", onde é reafirmado o papel submisso da nova profissão e a crença nos princípios cristãos:

"Comprometo-me solenemente a servir de todo o coração a aquelles cujos cuidados me forem confiados. (...) Trabalharei sempre com fide

(264) PARSONS, E. *Op. cit.* p. 204.

(265) FRAENKEL, E. *Histórico do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Anaes de Enfermagem*, 2(4):14. abril, 1934.

lidade e obediência para com os meus superiores e peço a Deus que me conceda paciência, benevolência e compreensão, no santo misterio de cuidar dos que soffrem" (266).

A absorção da ideologia dominante e a justificação da necessidade de enfermeiras diplomadas para, além de atender melhor os doentes, servir como auxiliar no trabalho médico e diminuir os gastos da instituição pode ser verificado pelo artigo de Bertha L. Pullen, no *Annaes de Enfermagem* de 1934. Refere-se assim a autora sobre o assunto:

"As enfermeiras bem preparadas tem um argumento persuasivo a apresentar ao público e este é o seguinte que a vida do doente está mais segura nas mãos de uma enfermeira diplomada; que o doente tem maior garantia de restabelecimento; que a observação científica tem valor real para o médico; que elas podem economizar as despesas do hospital, pelos seus serviços; e que ensinando os preceitos de saúde aos iletrados elas são ainda auxiliares prestimosas à economia nacional" (267).

A nova profissão, criada oficialmente, surge para atender as necessidades de saneamento do meio ambiente, complementando o trabalho médico já estruturado e dominante no setor, no entanto, a estruturação da enfermagem sob bases próprias, diferentemente das iniciativas anteriores, foi possível por ter surgido de dentro do aparelho de estado, após várias décadas de aplicação do modelo nightingaleano no mundo, e principalmente por não causar qualquer ameaça a hegemonia médica no setor. Como pode-se perceber pela declaração de Mrs. Ethel Parsons, na seguinte passagem, de documento já citado:

"... todo o serviço prestado pelo pessoal do

(266) AS PIONEIRAS. *Op. cit.*

(267) PULLEN, Bertha. *Aspecto da enfermagem no Brasil. Annaes de Enfermagem*, 2(4):12, abril, 1934.

Serviço de Enfermeiras é de cuidados de enfermagem e de educação sanitária, e nunca de maneira alguma, ultrapassa a linha de demarcação da ethica nas attribuições do médico. Primeiro, e sempre, devem as enfermeiras de saúde pública aprender que o seu dever é executar as ordens médicas, notificar o médico inteligentemente os symptomas e condições encontrados, prestar cuidados de enfermagem aos doentes a domicílio, e ensinar aos doentes e suas famílias, os princípios de prevenção de doenças e de uma vida sadia, approvedos pelas mais scientificas descobertas modernas" (268).

Na publicação, feita pela Escola Ana Neri, sobre os festejos da primeira "Semana da Enfermagem", encontra-se um artigo de autoria do professor Helion Pova, médico e professor da Escola, de onde destaca uma passagem que mostra a visão dos médicos sobre o nova profissão:

"Irmã gêmea e desvelada do médico, a enfermeira, como aquele, tem a seguir os seus passos, em dias de sol ou em noites de borrasca, a sombra inseparável de um código profissional, moral e social, ao qual em boa e em má hora, nenhum cumpridor de deveres ou executor de ordens tem a um só tempo a ventura e a desventura de estar subordinado ou jungido. Por isso, a moderna enfermeira deixou, pela cultura técnica, de ser a simples e bondosa serviçal posta às ordens do médico pela 'entourage' dos doentes. (...) Antes de mais nada, a nossa atual colaboradora, a enfermeira dos nossos dias, é um valor técnico, uma excelente e indispensável unidade de ação médica" (269).

As enfermeiras americanas que vieram para o Brasil, dirigiram a formação da nova profissão as mulheres brasileiras, originárias das camadas sociais mais privilegiadas, para formar um grupo de elite articulado ideologicamente com os interesses da classe dominante, dócil e servil aos médicos e ao estado, com o objetivo de: ser o elemento de ligação entre o atendimento médico institucional e o domicílio dos pacientes acometidos pela tuberculose e demais doenças endêmicas e epidêmicas do Brasil do início do século; de ser o elemento ad

(268) PARSONS, E. *Op. cit.* p. 11-2.

(269) POVOA, Helion. A grande missão da enfermagem como colaboradora da medicina. In: Primeira Semana da Enfermagem - Escola Ana Neri. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1940.

ministrador da assistência de enfermagem de prestar cuidados aos doentes e de formar pessoal auxiliar e novos enfermeiros para atuar na profissão.

6.3 - A Divisão do Trabalho na Enfermagem e na Saúde:

Apesar do objetivo das enfermeiras americanas em formar enfermeiras para prestar cuidados e promover educação em saúde diretamente aos pacientes e às famílias, o trabalho de enfermagem se estrutura, tanto no Brasil quanto na Inglaterra no bojo da organização da sociedade sob o modo de produção capitalista e como parte do trabalho coletivo. A enfermagem, reconhecida como profissão organizada, sempre exerceu as suas atividades assistenciais dividindo tarefas com outros trabalhadores de enfermagem aos quais coube o trabalho do tipo manual realizado sob o controle e supervisão do enfermeiro.

As enfermeiras formadas pela Escola Ana Neri, logo após sua absorção pelo Serviço do Departamento Nacional, são também absorvidas nos estados e para o ensino nas escolas de formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Logo após a formatura das primeiras turmas, as enfermeiras diplomadas começam a formar pessoal auxiliar para executar os cuidados e tarefas delegadas, de cunho manual, sob sua supervisão. Atendem assim as necessidades dos donos de hospitais de gastar menos com a remuneração do trabalho e para isso empregam pessoal de enfermagem do tipo auxiliar, gerenciado pelo trabalho de um enfermeiro.

Os cursos de formação de auxiliares de enfermagem, tinham a duração de três meses, inicialmente, e eram ministrados nos próprios hospitais ou eram cursos de até 18 meses ministrados em escolas especiais, anexas às escolas de for

mação de enfermeiras. A partir de 1936, com a criação do primeiro curso de formação de auxiliares, por D. Lais Netto dos Reis, junto a escola Carlos Chagas, em Belo Horizonte, com duração de 1 ano, ficou instituída a existência de cursos de formação de auxiliares de enfermagem em caráter permanente. Seguindo o exemplo da Escola mineira, foi criado um curso de formação de auxiliares de enfermagem, com duração de 18 meses, junto a Escola Ana Nery. A Lei 775 de 1949, institucionaliza, definitivamente, os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem, que ficou estabelecido em 18 meses, correspondendo a dois anos letivos ⁽²⁷⁰⁾.

A divisão parcelar do trabalho nas empresas do sistema capitalista, aparece também no setor saúde e internamente à enfermagem. O enfermeiro, formado para o ensino e para a administração da assistência de enfermagem, controla esta assistência, delegando tarefas específicas aos demais trabalhadores de enfermagem que executam um trabalho alienado, sem qualquer controle do processo e do produto final deste trabalho.

O enfermeiro por sua vez é um trabalhador assalariado, mas que executa um trabalho do tipo intelectual e gerenciador da assistência de enfermagem. Ao nível do trabalho em saúde, o trabalho de enfermagem é parte deste, e desenvolve-se com autonomia relativa em relação aos demais trabalhadores de saúde.

As atividades desenvolvidas no campo do setor saúde vão se modificando historicamente, com o aumento da popula

(270) PAIXÃO, W. Op. cit. p. 128-30.

ção, com o avanço do conhecimento na área e com as mudanças no âmbito da estrutura social. Depois do trabalho de assistência global desenvolvido pelo pajé, sem o concurso de outros trabalhadores, surgem os ofícios que desenvolvem uma prática autônoma típica da divisão técnica do trabalho em saúde no Brasil pré-capitalista. No processo de estruturação do capitalismo no Brasil, com a organização do estado e a institucionalização do trabalho em saúde, organizado nos moldes empresariais transforma-se o trabalho de saúde independente e do tipo artesanal, em trabalho assalariado pelo Estado ou por empresários da saúde. Neste processo os médicos se apropriam do saber de saúde, transformando-o em saber médico e assumem a gerência do trabalho em saúde, detendo o controle do ato de saúde e delegando a outros trabalhadores atividades parcelares.

As necessidades do avanço do conhecimento, em especial do de saúde, e as exigências quantitativas, cada vez maiores, de serviços de saúde, fizeram com que ramos das atividades de saúde fossem assumidas por grupos de trabalhadores que sistematizaram os conhecimentos que subsidiaram estas atividades, organizaram-se em instituições de ensino e associativas, além de estabelecerem regras para o seu exercício profissional, constituindo-se em novas profissões do campo da saúde. Mas as relações de trabalho destas profissões, no campo institucional, foram e são conflituosas envolvendo múltiplos fatores determinantes, dentre eles: a perda do controle do seu processo de trabalho pela divisão parcelar do trabalho; as relações de dominações homem/mulher e as articulações de classe dos exercentes das ações de

saúde.

Percebe-se que existe a especialização do conhecimento, típica da divisão técnica do trabalho concorrente com a divisão parcelar do trabalho, típica da organização empresarial capitalista. Assim, os médicos que se apropriaram do saber de saúde e institucionalizaram a prática assistencial como prática médica, garantida pelas leis que regulam o exercício profissional da medicina e pelas instituições formais de ensino e associativas, são impostos, articuladamente e a serviço do estado e da classe dominante nos diversos momentos históricos, como elementos centrais e detentores do poder decisório da ação em saúde. As profissões de farmacêutico, de dentista, de parteira e de práticos de enfermagem começam a se organizar como ramos do conhecimento em saúde mas sob o controle das escolas e dos órgãos fiscalizadores do exercício profissional da medicina. Só no século XX, farmacêuticos e dentistas são profissões independentes, organizadas e reguladas segundo normas próprias. A enfermagem, também, só se organiza como profissão, regulada por normas próprias a partir de 1923 e absorve definitivamente o trabalho das parteiras, dos práticos e dos auxiliares de enfermagem como parte do exercício profissional da enfermagem com a instituição da Lei nº 2604/1955, que regulou o exercício profissional da enfermagem até 1986, quando foi sancionada a lei nº 7498/86.

O primeiro trabalho de enfermagem que foi institucionalizado foi o dos práticos, no campo hospitalar, e o das parteiras pelo ensino e pela prática hospitalar. O trabalho de enfermagem já se estrutura sob a égide da divisão parcelar

ou pormenorizada do trabalho. As escolas de formação de enfermeiros desenvolvem atividades em paralelo às escolas que formam pessoal auxiliar e a institucionalização da profissão pelo ensino formal e pela legislação que regula a formação e o exercício profissional, da conta da formação do enfermeiro como administrador da assistência de enfermagem, como responsável pelo ensino e pela produção de conhecimentos de enfermagem e, os auxiliares, somando mais tarde os atendentes e os técnicos de enfermagem, como responsáveis pela assistência direta ao paciente desenvolvendo atividades delegadas e específicas sob controle e supervisão do enfermeiro.

Com a implantação do modo capitalista de produção e sua consolidação nos diversos setores da vida social, a organização do trabalho em saúde se estrutura cada vez mais nestes moldes, o que se verifica pelo parcelamento cada vez maior das atividades do campo da saúde, surgindo cada vez mais profissões e especializações em cada uma delas, além do parcelamento das tarefas mesmo internamente a cada ramo das atividades e conhecimentos de saúde estruturados como profissão, como se verifica, internamente à enfermagem.

6.4 - O Saber de Enfermagem na sua Emergência como Profissão:

ALMEIDA, estudando o "Saber de Enfermagem e sua dimensão prática" mostra que as primeiras expressões do saber de enfermagem foram as técnicas de enfermagem, que eram as atividades de enfermagem conhecidas desde os tempos mais re

mentos como a arte de enfermagem⁽²⁷¹⁾. A mesma autora diz que as técnicas, neste campo:

"Consistem na descrição do procedimento de enfermagem a ser executado, passo a passo, e especificam também a relação do material que é utilizado. Tanto pode ser um procedimento a ser realizado com o paciente, como banho de leito, curativo, sondagens, instilações e outros, como procedimentos relativos às rotinas administrativas, como admissão e alta de pacientes. Assim também procedimentos de manuseio de material hospitalar, como montagem de sala de operação, esterelização de instrumental e outros"⁽²⁷²⁾.

A sistematização das técnicas foi desde o primeiro currículo do curso de formação de enfermeiras, destaque entre os conteúdos a serem desenvolvidos com os alunos e foi também pelo controle da aplicação sistematizada destas técnicas, que as atividades de enfermagem foram reconhecidas como campo de atividades e de conhecimento especial na área da saúde. O primeiro currículo da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública, seguiu as diretrizes básicas do "Standard Curriculum", de 1917, que padronizou os currículos a serem desenvolvidos pelas escolas de enfermagem americanas. A implantação do sistema de ensino de enfermagem no Brasil, seguiu o modelo americano do sistema nightingale, onde as disciplinas teóricas tinham pouca duração e o ensino era baseado principalmente nas atividades práticas. As alunas de enfermagem eram obrigadas a desenvolver serviços diários, no Hospital de Assistência Geral, por um período

(271) ALMEIDA, M.C.P. de. Op. cit. p. 29.

(272) Ibidem. p. 29-30.

de oito horas diárias. As atividades de ensino teórico eram portanto ministradas além destas oito horas. As escolas ao mesmo tempo que formam enfermeiros, fornecem mão de obra para os hospitais, que tem o maior interesse neste tipo de trabalho fornecido por esta forma de organização de ensino, pois, além de melhor qualificado, praticamente não tem ônus para a instituição⁽²⁷³⁾.

O primeiro currículo da Escola de Enfermeiras do DNSP, foi estabelecido pelo Decreto nº 16.300/23, no artigo nº 429 e estabelecia os seguintes conteúdos a serem ministrados, inicialmente, em dois anos e quatro meses:

"(Parte Geral)

Princípios e métodos da arte de enfermeira;
 Bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermeira;
 Anatomia e fisiologia;
 Higiene individual;
 Administração hospitalar;
 Terapêutica, farmacologia e matéria médica;
 Métodos gráficos na arte de enfermeira;
 Física e química aplicadas;
 Patologia elementar;
 Parasitologia e microbiologia;
 Cozinha e nutrição.

Arte de enfermeira:

em clínica médica;
 em clínica cirúrgica;
 em doenças epidêmicas;
 em doenças venéreas e da pele;
 em tuberculose;
 em doenças nervosas e mentais;
 em ortopedia;
 em pediatria;
 em obstetrícia e ginecologia;
 em oto-rhino-laringologia;
 em oftalmologia;

Higiene e saúde pública;

Radiografia;

Campo de ação da enfermeira - Problemas sociais e profissionais.

(273) CARVALHO, A.C. de. Op. cit. p. 27.

Parte especializada (quatro últimos meses).
 Serviço de saúde pública; serviço administrativo hospitalar; Serviço de dispensários; Serviço de laboratórios; Serviço de sala de operações; Serviço privado; Serviço obstétrico; Serviço pediátrico" (274).

Percebe-se que no currículo de 1923, o destaque ao treinamento das enfermeiras para o desenvolvimento das técnicas de enfermagem, abrigadas na parte do currículo específico como "arte da enfermeira".

A produção teórica de enfermagem nos primeiros anos da estruturação da profissão, não foi encontrada na forma de teses de conclusão de curso ou em trabalhos apresentados para prestar concurso para professor, como na medicina, e sim, foi publicada através dos Annaes de Enfermagem - depois Revista Brasileira de Enfermagem - e também foi encontrada nas publicações do acervo histórico da Escola Anna Nery.

No Jornal "A Lâmpada", órgão de divulgação da associação das alunas da Escola Anna Nery, 1936, encontra-se um artigo de destaque sobre "Preparação e Esterilização de Material", que mostra a importância da sistematização das técnicas como expressão do saber de enfermagem. O artigo inicia como um questionamento: "Por quanto tempo levará o material cirurgico para ser esterelizado?" e continua justificando a necessidade de conhecer o funcionamento dos esterelizadores e a disposição correta do material no aparelho de modo a poupar tempo e custos, conseguindo assim um resultado mais eficiente e eficaz. Descreve como o ar é descarregado do esterelizador, como se dá a circulação de ar e va

(274) BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Serviços de Saúde Pública. Op. cit. p. 65-6.

por, dentro da câmara esterelizadora, como deve ser empilhada a carga, como devem ser colocados os tambores, descrevendo também a maneira de encher os tambores (275).

Na publicação, de 1940, sobre os primeiros festejos da Semana da Enfermagem, encontra-se um artigo da instrutora D. Iolanda Lindemberg, sobre "A Enfermeira e o Problema da Alimentação". Onde a autora destaca a importância da cadeira de nutrição constante no currículo de enfermagem por preparar as alunas através de:

"noções de arte culinária e economia doméstica; nutrição aplicada às várias idades, ocupações e estados fisiológicos, como por exemplo na gestação e na lactação (atenção especial é dada à dietética infantil, devotando-se grande parte do tempo ao estudo e preparo de fórmulas e regimes dietéticos), dietoterapia ... nas diferentes condições patológicas ..." (276).

As técnicas, como mostra ALMEIDA, representam efetivamente a primeira expressão do saber de enfermagem. As técnicas representam a sistematização das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem, de modo a racionalizar o trabalho, com o objetivo de conseguir o melhor resultado com o menor custo. É a aplicação dos princípios tayloristas sobre a gerência científica, onde o gerente controla o processo de trabalho que os demais trabalhadores executarão de forma parcelada. Para isso é necessário que o enfermeiro descreva detalhadamente como se desenvolvem as diversas atividades, de modo que possa delegar tarefas a ou

(275) UNDERWOOD, Weedenb. Preparação e esterilização de material. A Lâmpada, Rio de Janeiro, 1(1):3-4, jun. 1936.

(276) LINDEMBERG, Iolanda. A enfermeira e o problema da alimentação. In: 1a. Semana da Enfermagem, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1940. p. 54-5.

tros, conseguindo assim economia de tempo, energia e dinheiro⁽²⁷⁷⁾. Assim as atividades ou cuidados prestados pelos práticos de forma independente são apropriados pelos enfermeiros que os sistematizam dentro dos princípios do positivismo científico, transformando-os em saber de enfermagem a ser vendido como serviço e que será executado pelo pessoal auxiliar sob controle gerencial do enfermeiro.

(277) ALMEIDA, M.C.P. de. Op. cit. p. 34.



7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando as hipóteses ou premissas centrais não explicitadas mas que permearam todo o presente trabalho, posso dizer que:

19) As mudanças verificadas no setor saúde no Brasil, apesar de ocorrerem segundo sua própria historicidade, sofreram a influência dos fatores que provocaram as grandes mudanças na forma de organização da produção, da vida em sociedade e na produção do conhecimento do mundo ocidental.

Assim, a forma de vida e de reprodução da vida social dos indígenas brasileiros encontrada na ocasião da chegada dos colonizadores portugueses, guarda semelhanças com a organização social das sociedades tribais, com o modo de vida comunal, sem divisão social do trabalho, onde o ato de saúde é de característica totalizante, exercido pelo pajé ou feiticeiro sem o concurso do trabalho de outros profissionais.

No período colonial, instituiu-se a propriedade fundiária da terra, a economia era baseada no modelo agrário-extrativo-exportador dependente do trabalho escravo e, praticamente, inexistiu uma estrutura administrativa que possa

ser considerada como o estado brasileiro. Essas características que permanecem até meados do século XIX correspondem as formas pré-capitalistas de organização social e da produção, sem uma correspondência ao sistema feudal ainda existente na Europa na ocasião do descobrimento do Brasil. A instituição do modo de produção capitalista verificou-se no Brasil, quase dois séculos após o seu pleno desenvolvimento em vários países europeus e na América do Norte.

No período colonial, o setor saúde apresenta-se sem uma organização formal, as políticas de saúde praticamente inexistiram, sendo que as regras norteadoras do exercício profissional dos exercentes das ações de saúde eram as emitidas pelo Físico e o Cirurgião Mores que pouca repercussão tinha na colônia, pois não existia uma estrutura administrativa nem de recursos humanos capaz de garantir o cumprimento da legislação emitida.

Os exercentes das ações de saúde no Brasil, neste período, foram: os físicos, os cirurgiões, os cirurgiões-barbeiros, os práticos, os curandeiros, os anatomistas, os algebristas, as parteiras, os boticários, os sangradores e outros tais, que eram peritos na arte do ofício. Os médicos clínicos ou físicos e alguns cirurgiões examinados eram formados nas universidades européias sendo que os dois ramos do que hoje se conhece como especialidades da medicina - a clínica e a cirurgia - eram dois ofícios separados com formação e organização corporativa independente. Os demais eram homens de ofício, formados pelo treinamento em serviço e pelo legado da tradição oral, exercendo suas atividades assistenciais de forma autônoma e com características de es

pecialização do conhecimento, típica da divisão técnica do trabalho. Mesmo esta diferenciação da especialização do conhecimento não estava plenamente estabelecida, sendo que a prática predominante era o desenvolvimento das ações de saúde necessárias ao indivíduo que procurasse ajuda, independente de ser esta a função de um ou outro profissional. Este aspecto ficou bastante claro quando analisei o trabalho desenvolvido pelos religiosos, que tinha característica caritativa e não profissional, mas que foi um trabalho de saúde que envolvia o diagnóstico, a terapêutica e a aplicação do cuidado e das medidas necessárias ao tratamento do paciente, fossem elas clínicas ou cirúrgicas.

Esse tipo de estrutura assistencial, correspondeu a encontrada na Europa, no período conhecido como Idade Média, onde as atividades de assistência de saúde eram prestadas por homens de ofício organizados nas corporações de artesãos, sendo que as Universidades medievais funcionaram como a corporação dos físicos. As universidades foram responsáveis pelo ensino formal e pela emissão de normas disciplinadoras do exercício profissional médico. Tanto no Brasil como na Europa verificou-se, no período, a existência de instituições caritativas e religiosas que funcionaram como os primeiros hospitais. Foi no âmbito destas instituições assistenciais que se verificou a organização do trabalho em saúde na forma da divisão de tarefas ou seja, foi onde se registrou o início da divisão parcelar do trabalho em saúde.

No século XIX, desenvolve-se, no Brasil, o processo de institucionalização da medicina, isto é, a absorção da prática dos físicos e cirurgiões pelo estado, formalizando

o processo de formação dos médicos e a mudança do locus da sua prática para dentro do hospital e dos órgãos estatais da saúde pública. Este processo ocorre concomitante com a estruturação do estado brasileiro e no bojo das necessidades de consolidação do Estado Imperial escravista que necessita dos médicos para a intervenção do espaço privado da família oitocentista a fim de formar os cidadãos brasileiros domesticados e submissos ao estado. Os médicos são necessários ao projeto modernizador do espaço urbano, que precisa ser saneado para permitir o desenvolvimento do comércio internacional e mais tarde, após a Proclamação da República, criar as condições para a vinda da mão de obra especializada européia necessária para a implantação do modo capitalista de produção no país e para a expansão e reprodução do capital internacional.

É no bojo deste processo que os médicos se apropriam do saber de saúde e o institucionalizam como saber da medicina, além de legalizarem-se como elementos centrais do ato de saúde. Ocupam os cargos administrativos das instituições de saúde e assumem a gerência das ações de saúde, controlando e delegando atividades parcelares à grupos de trabalhadores que se especializam em ramos determinados da arte de curar, tudo sob os auspícios das escolas médicas e mais tarde da Inspeção de Fiscalização da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública.

A enfermagem, que teve sua origem nos cuidados prestados pelas mães no domicílio; em parte das ações dos religiosos nas instituições caritativas; na assistência prestada às mulheres durante o trabalho de parto pelas parteiras e

nas atividades dos práticos que cuidavam dos doentes nas instituições hospitalares e caritativas, foi institucionalizada como uma profissão da área da saúde, apenas no século XX, com a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública - Escola Anna Nery. As atividades de enfermagem foram institucionalizadas antes da Escola Anna Nery, tanto na prática hospitalar e no campo da saúde pública quanto no ensino, pelas escolas de formação de pessoal para assistir partos (Escolas de Parteiras anexa as Escolas de Medicina), para atuar nos hospitais (Escola Alfredo Pinto), para atuar em calamidades (Escola da Cruz Vermelha) ou para atuar no exército (Escola de formação de enfermeiros do Exército e da Marinha). No entanto, a sistematização dos cuidados prestados pelos precursores do trabalho profissional de enfermagem, como o saber específico de uma profissão, onde os seus exercentes controlam o processo de formação profissional e o exercício da prática pela existência de legislação própria e entidades associativas próprias, só foi encontrada no Brasil em 1923, mais de sessenta anos após o seu surgimento como profissão com estas características na Inglaterra do século passado.

A enfermagem, tanto no Brasil como na Inglaterra surge contemporânea ao capitalismo e organizada sob a égide da divisão parcelar do trabalho. Representa uma profissão que é executada no espaço institucional, como a farmácia e muitas outras profissões que surgem no setor saúde posteriormente. Surge sob a égide da divisão parcelar do trabalho em saúde executando parcelas do ato de saúde delegados pelos médicos e parcela as atividades de enfermagem internamente

a profissão. O enfermeiro é o gerenciador das ações de enfermagem e o médico é o gerenciador das ações de saúde.

29) A organização do setor saúde e o processo que forjou o aparecimento das políticas sociais e em especial as políticas de saúde, no Brasil, foi determinado, historicamente, pelo estágio do desenvolvimento econômico brasileiro e pelas necessidades político-econômicas de estruturação e consolidação dos estados - nação europeus, durante o período colonial e, depois, de formação do estado capitalista brasileiro, integrado ao mercado mundial, a partir da segunda metade do século XIX.

O desenvolvimento brasileiro, atrasado em termos culturais, científicos e econômicos, em relação aos países europeus e aos Estados Unidos da América, se deu devido ao processo de colonização ocorrido no país e a relação deste no mercado internacional, como fonte de exploração pelos países desenvolvidos para a acumulação internacional do capital e pela dependência econômica e tecnológica brasileira em relação aos países desenvolvidos.

39) A hegemonia médica, dentro do setor saúde, verificada na sociedade brasileira e mundial é um fenômeno que foi resultante do processo de apropriação pelos médicos do saber de saúde dos povos, transformando-o em saber médico. A hegemonia médica foi construída num processo de múltipla determinação que envolveu a relação orgânica dos médicos aos interesses das classes dominantes, nos diversos momentos históricos, o controle que este grupo exerceu sobre o processo de profissionalização dos demais exercentes das ações de saúde, controlando a formação e a emissão das nor

mas disciplinadoras do exercício profissional tanto dos médicos como dos demais e pela apropriação dos cargos administrativos gerenciais das instituições de saúde a serviço dos interesses econômicos hegemônicos e da manutenção do status quo, bem como pela intervenção, enquanto categoria, no próprio aparelho de estado.

49) A sistematização das parcelas do saber de saúde, que subsidiaram a prática de determinados grupos específicos de trabalhadores que foram encarregados de atividades parcelares do ato de saúde, gerou a organização de diversas profissões como a farmácia, a odontologia, a enfermagem, o serviço social, a nutrição, a psicologia.

A estruturação destas atividades como uma profissão só se completa com o estabelecimento de regras que normatizam o exercício profissional e com a emergência de formas associativas de organização de cada categoria. No entanto, o exercício da prática profissional se dá em uma determinada sociedade, em momentos históricos específicos, sofrendo determinações de diversos tipos: pelo tipo de políticas sociais emitidas naquela sociedade; pela forma de estruturação das instituições assistenciais; pelas relações no âmbito do micro social (relações de poder homem/mulher, articulações de classe, ideologia, valores culturais) e pelo modo de produção vigente. Assim, o ato de saúde, no Brasil, passa de uma ação global de um único indivíduo, especializado na arte de curar para a especialização de grupos de trabalhadores em ramos da ação de saúde os quais o desenvolvem, inicialmente, de forma autônoma, no modo de produção capitalista, com a ocorrência concomitante da divisão técnica e

da divisão parcelar do trabalho, desenvolvendo-se prioritariamente no âmbito intra-institucional.

59) A evolução do conhecimento em saúde acompanhou a evolução da ciência e os principais marcos da produção do conhecimento no mundo ocidental.

O pensamento místico/mágico/experimental das sociedades tribais; o conhecimento de base metafísica e de caráter universalista da Idade Média e o conhecimento de base positiva da ciência racional, objetiva e metódica, do capitalismo emergente. É importante considerar que estes marcos não representaram a totalidade do conhecimento, em cada momento histórico e sim são aqui destacados por terem hegemonizado a forma de pensar e produzir cientificamente em cada uma destas épocas. Não trabalhei as correntes contemporâneas do conhecimento científico nem a crise de paradigma atual por fugir do âmbito deste trabalho.

Acredito que estas considerações finais, mais do que conclusões, representam desafios a investigação, ao questionamento e a busca de saída para a crise do setor saúde. E, que o entendimento da causalidade do conflito entre os profissionais de saúde gere o salto qualitativo de busca de novas alternativas de relações de trabalho e de uma nova sociedade sem a alienação do trabalhador da enorme energia que é a sua capacidade produtiva e criativa.

"A classe operária no poder não pode, em nenhuma hipótese, limitar-se a tornar o trabalho mais leve, a reduzir-lhe a duração e a aumentar-lhe a remuneração; pois a determinação capitalista é - independente até das finalidades inaceitáveis da produção capitalista - a destruição do trabalhador, a negação da sua liberdade; em resumo, a sua alienação".

8 - BIBLIOGRAFIA

1. AGUINAGA, Hélio. Hospital São Francisco de Assis - história. Rio de Janeiro, Companhia Brasileira de Artes Gráficas, 1977.
2. A LÂMPADA - Órgão Oficial da Associação de Alumnas da Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, 1(1), jun., 1936.
3. ALMEIDA, Manoel Antônio de. Memórias de um sargento de milícias. 14 ed. São Paulo, Ática, 1986.
4. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de et alii. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem no Brasil. Ribeirão Preto, s/d. mimeo.
5. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986.
6. ALMEIDA, Teofilo de. Assistência hospitalar e um plano nacional para sua organização no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Divisão de Organização Hospitalar. História e Evolução dos Hospitais. 2 ed. Rio de Janeiro, MS, 1964.
7. ALVES, Amaro Luiz & RODRIGUES, Bichat de Almeida. Evolução institucional da saúde pública. Brasília, Ministério da Saúde, 1979.

8. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Psiquiatria social e colonias de alienados no Brasil (1830-1920). Rio de Janeiro, s/ed., 1982.
9. AROUCA, Sérgio & MARQUEZ, Miguel. A arqueologia de la medicina. Educação Méd. Salud, 8(4):1-16, 1974.
10. AS PIONEIRAS. Rio de Janeiro, UFRJ, 1925. (Publicado pelas alunas da classe diplomada em 1925, da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública).
11. ATTALI, Jacques. El orden canibal. Vida y muerte de la medicina. Barcelona, Planeta, 1979.
12. BARBOSA, Plácido & REZENDE, Cássio Barbosa de. Os serviços de saúde pública no Brasil - especialmente na cidade do Rio de Janeiro - 1808 a 1907. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909. 2 V.
13. BAROJA, Júlio Caro. As bruxas e o seu mundo. Trad. Joaquim Silva Pereira. Lisboa, VEGA, 1978.
14. BARRETO, João de Barros. Notas epidemiológicas sobre a febre amarela no Rio de Janeiro, em 1928. In: Archivos de Hygiene - Memórias e Trabalhos, Rio de Janeiro, s/ed., s/d. (Acervo da Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública).
15. BAUSBAM, Leôncio. História sincera da república - das origens até 1889. 4 ed., São Paulo, Alfa-Ômega, 1982.
16. _____. História sincera da república - de 1889 a 1930. 4 ed., São Paulo, Alfa-Ômega, 1981.
17. BERLINGUER, Giovanni. Medicina e política. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1978.

18. BERNARDES DE OLIVEIRA, A. A evolução da medicina até o início de século XX. São Paulo, Pioneira, 1981.
19. BIER, Otto. Bacteriologia e imunologia. 11 ed. São Paulo, Melhoramentos, 1963.
20. BLANCK, Vera Lúcia Guimarães. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1987. Tese de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
21. BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro: 1890 - 1934. Niterói, 1984. Tese de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense.
22. BOLTANSKY, Luc. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
23. BRAGA, José Carlos de Souza. A questão da saúde no Brasil - um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Campinas, 1987. Tese de mestrado apresentada ao Departamento de Economia e Planejamento Econômico da UNICAMPI.
24. BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. História e evolução dos hospitais. 2 ed. , Rio de Janeiro, M.S., 1964. V. 1.
25. BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem, legislação e assuntos correlatos. Rio de Janeiro, Artes Gráficas da FSESP, 1974. 3 V.

26. BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Índice da legislação sanitária federal - 1889-1959. Rio de Janeiro, FSESP, 1961.
27. BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista - a degradação do trabalho no século XX. 3 ed.. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
28. BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Mulher e trabalho: estudo de algumas profissões de nível universitário. São Paulo, 1977. Tese de Mestrado, apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.
29. BURNS, Edward Mac Nall. História da civilização ocidental. Do homem das cavernas até a bomba atômica. 27 ed.. Porto Alegre/Rio de Janeiro, Globo, 1985.
30. CABRAL, Osvaldo Rodrigues. Medicina, médicos e charlatões do passado. Florianópolis, Imprensa Oficial do Estado, 1942.
31. CANDIDO, Francisco de Paula. Algumas considerações sobre a atmosfera. Rio de Janeiro, Typographia de Gueffier, 1833. (Primeiro dos volumes sobre teses, encontrados na Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFRJ).
32. CAPELLA, Beatriz et alii. Profissionalização da enfermagem - uma necessidade social. Florianópolis, 1987. Tema Central da XV Jornada Catarinense de Enfermagem (mimeo).
33. CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação. São Paulo, Cultrix, 1982.

34. CARDOSO, Miriam Limoeiro. La construcción de conocimientos. México, Era, 1977.
35. CARONE, Edgar. Revoluções do Brasil contemporâneo: 1922 - 1977. 2 ed.. São Paulo, DIFEL, 1975.
36. CARVALHO, Amayde Corrêa de. Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1976. Brasília, ABEn, 1976.
37. CARVALHO, Amália Corrêa de. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. São Paulo, 1972. Tese de doutoramento apresentada a Escola de Enfermagem da USP.
38. CELLA, Eva M. et alii. A enfermagem e a constituinte. Jornada Catarinense de Enfermagem, XV, Chapecó, 1986. Anais ... Florianópolis, UFSC, 1987.
39. CELSO, Maria Eugenia. Hymno da enfermeira. A Lâmpada - Órgão Oficial da Associação de Alumnas da Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, 1(1):4, jun. 1936.
40. CERQUEIRA FILHO, Gisálio. A influência das idéias socialistas no pensamento político brasileiro - 1890/1922. São Paulo, Loyola, 1978.
41. CHIAVENATTO, Júlio José. Genocídio americano: a guerra do Paraguai. São Paulo, Brasiliense, 1979.
42. CLAVREUL, Jean. A ordem médica - poder e impotência do discurso médico. São Paulo, Brasiliense, 1983.
43. COMTE, Auguste. Os pensadores. São Paulo, Victor Civita, 1973.
44. CORDEIRO, Hésio. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
45. COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

46. COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário - origem das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1985.
47. COSTA, Zélia Sena. Curso de enfermagem da UNI-RIO. Rio de Janeiro, 1984.
48. CRUZ, Oswaldo Gonçalves. A vehiculação microbiana pelas águas. Rio de Janeiro, 1893. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
49. CUPANI, Alberto Oscar. Positivismo, neopositivismo e funcionalismo. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, Florianópolis, UFSC, 1984. Anais ... Florianópolis, UFSC, 1984.
50. CURTIS, C. A enfermagem e o programa social do Brasil. Anais de Enfermagem, 2(1):5-9, jan., 1949.
51. DANTAS, José & TEIXEIRA, Francisco M.P. História do Brasil-da colônia a república. 2 ed.. São Paulo, Moderna, 1984.
52. DELAUNAY, Albert. Centenario de "la teoria de los gérmenes y sus aplicaciones en la medicina y en la cirugía", presentada por Louis Pasteur en abril de 1878. Gazeta Medica de Mexico, 115(3):145-9, mar. 1979.
53. DEL FIORENTINO, Teresinha Aparecida. Utopia e realidade. O Brasil no começo do século XX. São Paulo, Cultrix, 1979.
54. DONNANGELO, Maria Cecília F. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

55. DOURADO, Haydêe Guanais. Resenha histórica da enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1950.
56. DURKHEIM, Émile. De le divisiôn du trabagio social. Buenos Aires, Schpire, 1967.
57. EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre. Witches, midwives and nurses - a history of women healers. London, Writers and Readers Publishing Cooperative, 1976.
58. ENFERMAGEM: dois símbolos, dois nomes. São Paulo, Instituto Pinheiros, s.d..
59. ESCOLA Ana Neri. Rio de Janeiro, UFRJ, s.d. mimeo. (Coletânea do acervo histórico da Escola de Enfermagem da UFRJ).
60. FARIA, Eliana et alii. Ensino e prática de enfermagem. Itajaí, 1984. Tema Central da XII Jornada Catarinense de Enfermagem. (mimeo).
61. _____. O mercado de trabalho da enfermagem em Santa Catarina. Concórdia, 1981. Tema Central da IX Jornada Catarinense de Enfermagem. (mimeo).
62. FENELON, Dea Ribeiro (org.). 50 textos de história do Brasil. São Paulo, HUCITEC, 1978.
63. FERREIRA, Manoel José. Medicina social no Brasil: antecedentes históricos. Revista Brasileira de Educação Médica, 11(3):1-3, set./dez, 1978.
64. FERREIRA-SANTOS, C.A. A enfermagem como profissão: estudo num hospital escola. São Paulo, Pioneira, 1973.

65. FERREIRA, Sílvia et alii. Realidade e perspectivas da enfermagem em Santa Catarina. Florianópolis, 1983. Tema Central da XI Jornada Catarinense de Enfermagem e IIIº Enf-Sul. (mimeo).
66. FONSECA, Lourenço. Plantas medicinais - de algumas espécies da flora brasileira, que no Brasil tem uso popular no tratamento local das doenças dos olhos ou que como tal poderão ser aplicada. Lisboa, Correio Médico, 1893.
67. FONSECA, Vera M.A. et alii. Questões trabalhistas da enfermagem. Criciúma, 1985. Tema Central da XIII Jornada Catarinense de Enfermagem. (mimeo).
68. FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. Petrópolis, Vozes, 1972.
69. _____. História da loucura. São Paulo, Perspectiva, 1978.
70. _____. História de la medicalización. Educ. Méd. Salud, 11(1):36-58, 1977.
71. _____. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educ. Méd. Salud, 12(1):59-74, 1978.
72. _____. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Educ. Méd. Salud, 10(2):17-35, 1976.
73. _____. Microfísica do poder. 4 ed.. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
74. _____. O nascimento da clínica. 2 ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980.
75. _____. O nascimento do hospital. (Textos de Apoio RESESPEPPE).

76. FRAENKEL, Edith. Histórico do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Annaes de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2(4):14-7, abril, 1934.
77. _____. Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Annaes de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2(4):14-6, out. 1934.
78. GEORGES, Canguilhem. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forence Universitária, 1978.
79. GERMANO, Raimunda M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1984.
80. GIANNONI, Fortunato Gabriel. Medicina empírica. Arq. Méd. ABC, 2(1):20-3, 1979.
81. GIANNOTTI, José Arthur. Trabalho e reflexão. Ensaio para uma dialética da sociabilidade. 2 ed. São Paulo, Brasiliense, 1984.
82. _____. Origens da dialética do trabalho. Estudo sobre a lógica do jovem Marx. 5 ed., Porto Alegre, L & PM, 1985.
83. GIDDENS, Anthony. A estrutura de classes das sociedades avançadas. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
84. GIOVANNI, G. A questão dos remédios no Brasil. São Paulo, Polis, 1980.
85. GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Medicina e história - raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. Dissertação de Mestrado apresentada a área de medicina preventiva do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
86. GORZ, André. Crítica da divisão do trabalho. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

87. GRAMSCI, Antonio. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1984.
88. HAHNER, June E. A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850-1937. São Paulo, Brasiliense, 1981.
89. HARDMAN, Francisco Foot. Nem pátria nem patrão. São Paulo, Brasiliense, 1984.
90. HOLANDA, Sérgio Buarque de. (org.). História geral da civilização brasileira - o Brasil monárquico. 5 ed.. São Paulo, Difel, 1985. V. 3.
91. HUBERMAN, Leo. História da riqueza do homem. 17 ed.. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
92. ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde - nêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
93. JESUS, Tereza de. Paracelso, o médico. Médico moderno. Rio de Janeiro, 4(8):72-6, set. 1985.
94. LABRA, Maria Eliana. O movimento sanitarista nos anos 20. Da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública. no Brasil. Rio de Janeiro, 1985. Tese apresentada a Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas.
95. LADRIÈRE, Jean. Os desafios da racionalidade. Petrópolis, Vozes, 1979.
96. LANDMANN, Jayme. A outra face da medicina. Rio de Janeiro, Salamandra, 1984.
97. : _____. Evitando a saúde e promovendo a doença. 3 ed., Rio de Janeiro, Achiamé, 1982.

98. LAVRADIO, Barão de. Apontamentos sobre a mortalidade da cidade do Rio de Janeiro, particularmente das crianças e sobre o movimento da população no primeiro quadriênio depois do recenseamento feito em 1872. Rio de Janeiro, Typographia Nacional, 1878.
99. LIMA, Izaura Barbosa. Resenha histórica da enfermagem de saúde pública do Ministério da Saúde - 1921-1972. Brasília, Ministério da Saúde, 1973.
100. LIMA SOBRINHO, Vivaldo. A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920 - 1950). Rio de Janeiro, 1981. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ.
101. LINDEMBERG, Iolanda. A enfermeira e o problema da alimentação. In: Semana da Enfermagem, 1a. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1940.
102. LOBO, Francisco Bruno. O ensino de medicina no Rio de Janeiro - homeopatia. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1968.
103. _____. O ensino da medicina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1964/1969. 5 v.
104. _____. Uma universidade no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1967.
105. LOBO, Rachel Haddock. Um exemplo. Annaes de Enfermagem, 1(1):3, maio, 1932.
106. LORENZETTI, Jorge. A problemática do exercício da enfermagem no estado de Santa Catarina. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 7(2):336-43, jul. 1986.

107. _____. Valorização da enfermagem. Joinville, 1982.
Tema Central da X Jornada Catarinense de Enfermagem.
(mimeo.).
108. LOPEZ, Luiz Roberto. História do Brasil Imperial.
Porto Alegre, Mercado Aberto, 1982.
109. LOWY, Michael. Método dialético e teoria política.
Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
110. LUZ, Madel T. As instituições médicas no Brasil. Rio
de Janeiro, Graal, 1979.
111. _____. Medicina e ordem política brasileira. Rio de
Janeiro, Graal, 1982.
112. MACHADO, Roberto et alii. Danação da norma. Rio de
Janeiro, Graal, 1978.
113. _____. Ciência e saber - a trajetória da arqueologia
de Foucault. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
114. MARTINS, João José Neves. Ciência da nutrição: visão
a respeito da alimentação infantil na primeira meta-
de do século XX no Brasil. Rio de Janeiro, 1982. Te-
se de mestrado apresentada ao Centro Biológico do
Instituto de Medicina Social da UERJ.
115. MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. A ideologia alemã.
Trad. Conceição Jardim e Eduardo L. Nogueira. 3 ed.,
Portugal/Brasil, Presença/Martins Fontes. V. 1, Cap.
1: feuerbach.
116. MARX, Karl. Manifesto comunista. Porto Alegre, Villa
Martha, 1980.
117. _____. O capital, crítica da economia política. 8 ed..
São Paulo, DIFEL, 1982. Livro 1, 2 V.

118. MELLO, Carlos Gentile de. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977:
119. MELO, Cristina. A divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo, Cortez, 1986.
120. MERHY, Emerson Elias. O capitalismo e a saúde pública. Campinas, Papyrus, 1985.
121. MESGRAVIS, Laima. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599-1884). São Paulo, Conselho Estadual de Cultura, 1976.
122. MONTERO, Paula. Magia e pensamento mágico. São Paulo, Ática, 1986.
123. MOTT, Maria Lúcia de Barros. Imprensa feminina no século passado. Mulherio. São Paulo, 7(31):15, ago. 1987.
124. MOURA, Carlos Francisco. Médicos e cirurgiões em Mato Grosso no século XVIII e início do XIX. Folha Médica, 76(4):331-4, 1978.
125. NABUCO, José Thomaz. Um médico do Brasil colônia: o Cirurgião-mor Manoel Fernandez Nabuco e sua gente. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
126. NAVA, Ana. Ana Neri. Annaes de Enfermagem, 9(17), abril, 1941.
127. NETO, Alípio Correa. Professores de medicina: passado, presente, futuro. Revista Brasileira de Educação Médica, 11(3):123-8, set./dez., 1978.
128. NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde. Rev. Adm. Públ., Rio de Janeiro, 17(3):61-70, jul./set., 1983.

129. _____. Capital e trabalho nos serviços de saúde. Rio de Janeiro, 1981.
130. _____. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro, 1977. Tese de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ.
131. NUNES, Everardo Duarte (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.
132. OLIVEIRA, Carlos Roberto. Medicina e estado - origem e desenvolvimento da medicina social no Brasil - Bahia 1866-1896. Rio de Janeiro, 1982. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
133. OLIVEIRA, Ezequiel Antunes de. A syphilis nos olhos. Salvador, 1906. Tese para obtenção do grau de Doutor em medicina na cadeira de clínica ophtalmológica da Faculdade de Medicina da Bahia.
134. OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. Enfermagem e estrutura social. Fortaleza, 1979. mimeo.
135. OLIVEIRA, W. Ana Neri. Revista Bras. Enf., 9(2):58-60, jun. 1956.
136. OLIVI, Maria de Lourdes. Contribuição ao debate sobre as tendências da prática de enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro, 1982. (Tese de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz).
137. PAIXÃO, Waleska. Ana Neri e o ano internacional da mulher. Enfermagem em Novas Dimensões, 1(5)223-8, nov./dez. 1975.

138. _____. História da enfermagem. 5 ed., Rio de Janeiro, Julio C. Reis, 1979.
139. PARSONS, Ethel. A enfermagem moderna no Brasil. In: Exposições e relatórios. Rio de Janeiro, UFRJ, 1927. (Acervo histórico da Escola de Enfermagem da UFRJ - Escola Anã Neri).
140. PARSONS, Ethel & CHAGAS, Carlos. A enfermagem moderna - apelo as moças brasileiras. Rio de Janeiro, Oficinas Graphics da Inspeção de Demographia Sanitária, Educação e Propaganda, 1923.
141. PENA, Maria Valéria Junho. Mulheres e trabalhadores. São Paulo, Paz e Terra, 1981.
142. PESSOA, Samuel Barnsley. Parasitologia médica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1963.
143. PESSOA, Samuel. Ensaio médico-sociais. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1978.
144. PINTO, E.C.O. Anna Nery. In: Semana da Enfermagem, la. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1940.
145. PIRES, Denise. A enfermagem dos anos 20 e 30 no Brasil. Florianópolis, UFSC/Curso de Mestrado em Sociologia Política, 1986. (mimeo.).
146. PONTES, Clélea de. Contribuição à história da enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. A Pioneira das Escolas de Enfermagem do Brasil. Rev. Bras. Enf., 24(3-4):199-214, abril/jun. 1971.
147. POSSAS, Cristina. Saúde e trabalho. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

148. POVOA, Hellon. A grande missão da enfermagem como co
laboradora da medicina. In: Semana da Enfermagem,
la. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1940.
149. PULLEN, Bertha. Aspecto da Enfermagem no Brasil.
Annaes de Enfermagem, 2(4):12-3, abril, 1934.
150. REGO, José Pereira. Esboço histórico das epidemias que
tem grassado o Rio de Janeiro desde 1830 a 1870. Rio
de Janeiro, Typographia Nacional, 1872.
151. _____. Memória histórica das epidemias de febre amare-
la e chólera-morbo, que tem reinado no Brasil. Rio
de Janeiro, Typographia Nacional, 1873.
152. REIBNITZ, Kenya S. Retrospectiva histórico-filosófica
da enfermagem brasileira dos anos 20/30, no contexto
social do Brasil. Florianópolis, UFSC/Curso de Mes-
trado em Ciências da Enfermagem, 1983. (mimeo.).
153. RESENDE, M.A. Ensino de enfermagem. Rev. Bras. Enf.,
14(2):110-58, abril, 1961.
154. RIBEIRO, Leonídio. Medicina no Brasil. Rio de Janei-
ro, Imprensa Nacional, 1940.
155. RIBEIRO, Lourival. Pelos caminhos da medicina. Rio de
Janeiro, Vecchi, 1976.
156. RODRIGUES, José Albertino (org.). Émile Durkheim. Co-
leção Grandes Cientistas Sociais. 3 ed.. São Paulo,
Ática, 1984.
157. ROSA, João Ferreira da. Tratado único da constituição
pestilêncial de Pernambuco. Lisboa, 1694. In: NOTÍ-
CIA dos três primeiros livros em vernáculo sobre me-
dicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual
de Pernambuco, 1956.

158. ROSEN, George. Da polícia médica a medicina social - ensaios sobre a história da assistência médica.
Trad. Ângela Loureiro. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
159. SANTOS FILHO, Lycurgo. História geral da medicina brasileira. São Paulo, HUCITEC, 1977. V. 1.
160. SANTOS, Theotonia dos. Conceito de classes sociais.
Petrópolis, Vozes, 1982.
161. SEVIENKO, Nicolau. A revolta da vacina - mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo, Brasiliense, 1984.
162. SILVA, Graciete Borges da. Enfermagem profissional - análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986.
163. SILVA, Maria da Glória Ribeiro da. Prática médica: dominação e submissão. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
164. SINGER, Paul et alii. Prevenir e curar - o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.
165. SOMETTI, José. Feitiço e contra feitiço. Petrópolis, Vozes, 1984.
166. SOURNIA, Jean-Charles & RUFFIE, Jacques. As epidemias na história do homem. Trad. Joel Goes, São Paulo, Edições 70, 1986.
167. STEPAN, Nancy. Gênese e evolução da ciência brasileira. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.
168. SWINDEWOOD, Alan. Estrutura de classes é consciência da classe. In: Marx e a teoria social moderna.
Trad. Carlos Nayfeld. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.

169. TESES. Rio de Janeiro, UFRJ, 1833.
170. UNDERWOOD, Weedenb. Preparação e esterelização de material. A Lâmpada, Rio de Janeiro, 1(1):3-4, jun. 1936.
171. VON MARTINS, Karl Friedrich Philippe. Natureza, doença, medicina e remédios dos índios brasileiros - 1844. Rio de Janeiro, Cia. Ed. Nacional, 1939. Coleção Brasileira.
172. XAVIER, Francisco Júlio. Considerações sobre os cuidados que se devem prestar aos meninos na ocasião do seu nascimento e sobre as vantagens do aleitamento natural. Rio de Janeiro, Typographia Imperial e Constitucional de Seignot-Plancher E.G., 1833. (Constante no primeiro volume de teses da Faculdade de Medicina da UFRJ - 1833).
173. ZWETSCH, Roberto. Uma carta do Acre. In: Saúde da Comunidade - um desafio. São Paulo, Paulinas, 1984.